

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
1-я КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ

А. В. Сукало, В. Ю. Малюгин, И. Э. Бовбель

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2009

УДК 616–053.2–08–039.57–036.12 (075.8)
ББК 57.33 я 73
С 89

Рекомендовано Научно-методическим советом университета в качестве
учебно-методического пособия 29.10.2008 г., протокол № 2

Р е ц е н з е н т доц. В. И. Твардовский

Сукало, А. В.
С 89 Организация амбулаторного наблюдения детей и подростков с хроническими
заболеваниями : учеб.-метод. пособие / А. В. Сукало, В. Ю. Малюгин, И. Э. Бов-
бель. – Минск : БГМУ, 2009. – 92 с.

ISBN 978–985–462–976–6.

Отражены вопросы организации амбулаторно-поликлинического наблюдения больных детей.
Издание охватывает основные сферы деятельности участкового врача-педиатра по организации
медицинского наблюдения и ведению больных детей на педиатрическом участке и в детской по-
ликлинике. Рассматриваются вопросы оформления медицинской документации по реабилитации
больных детей и определению инвалидности.

Предназначено для студентов 4–6-го курсов педиатрического факультета.

УДК 616–053.2–08–039.57–036.12 (075.8)
ББК 57.33 я 73

ISBN 978–985–462–976–6

© Оформление. Белорусский государственный
медицинский университет, 2009

ВВЕДЕНИЕ

Важнейший принцип отечественного здравоохранения — его профилактическое направление и лечебно-оздоровительные мероприятия на основе применения диспансерного метода. Принцип диспансеризации или *динамического наблюдения* заключается в периодических профилактических осмотрах, оздоровлении населения, активном наблюдении за выявленными больными, своевременном квалифицированном лечении.

В последние годы увеличилось количество детей, требующих диспансерного наблюдения и планового лечения в связи с тенденцией к хронизации заболеваний детского возраста, изменению характера течения болезней, протекающих латентно, что требует нового подхода к их лечению и предупреждению обострений.

Раздел 1. Организация динамического наблюдения больных детей в поликлинике

Одним из важнейших разделов работы участкового педиатра является наблюдение детей страдающих хроническими заболеваниями.

Пациентов, подлежащих диспансерному учету («Д»), выявляют врачи всех специальностей:

- при проведении профилактических осмотров;
- на амбулаторных приемах;
- при оказании помощи на дому.

Врач, впервые выявивший больного ребенка, подлежащего «Д», обязан взять его на учет, если выявленное заболевание соответствует профилю специальности врача или передать врачу соответствующей специальности.

Диспансеризация больных, требующих специальных методов профилактики и лечения (туберкулез, злокачественные новообразования, психические расстройства), осуществляется сетью специальных учреждений — диспансеров.

Динамическое наблюдение больного ребенка проводят участковые и врачи-специалисты детских поликлиник. Независимо от того, у врача какой специальности больной ребенок находится на «Д» учете, участковый врач-педиатр обязан знать о состоянии его здоровья и поддерживать тесную связь с соответствующими специалистами.

Основные принципы диспансерного наблюдения больных детей в поликлинике:

- преемственность;
- своевременность;
- полный охват;

- индивидуальный подход;
- этапность наблюдения;
- непрерывность;
- последовательность;
- бесплатность.

Преемственность и своевременность заключаются в том, что в направлении в стационар указывается форма заболевания, предыдущие обострения, данные амбулаторного обследования. В свою очередь при выписке из стационара в поликлинику отправляется эпикриз, где указываются сведения о проведенном обследовании и лечении ребенка и отражены рекомендации по дальнейшему наблюдению, а если необходимо, и продолжению лечения. Большое значение имеет *своевременная* доставка эпикриза в поликлинику, где врач обязан ознакомиться с ним и, в случае впервые установленного диагноза заболевания, поставить ребенка на учет. От участкового педиатра информация поступает в детские дошкольные учреждения (ДДУ) и школы, где также устанавливается наблюдение за больными хроническими заболеваниями, сведения о котором в виде этапного эпикриза передаются в поликлинику.

Динамическое наблюдение предусматривает этапное лечение больных: стационар – местный санаторий (этап долечивания) – противорецидивное амбулаторное лечение – местный санаторий или санаторий на курорте. На плановое стационарное лечение детей направляет врач поликлиники. Перед плановым лечением в стационаре необходимо провести по возможности полное обследование в поликлинических условиях. Плановое стационарное лечение детей школьного возраста целесообразно назначать на время каникул. Вместо санатория этих детей можно направлять в профильные санаторные лагеря или в организуемые на летний период санаторные отделения детских больниц.

Медицинская документация на больного, подлежащего динамическому наблюдению (ф. 112/у и ее маркировка, ф. 030/у, журнальная форма учета).

Ф.112/у. Все данные об осмотре, обследовании и лечении ребенка вносятся в его историю развития, на ее лицевой стороне ставят отметку о том, что ребенок находится на «Д» учете. Отметка включает в себя сведения о дате взятия на учет и о шифре диагноза. В форме 112/у врачом записывается первичный эпикриз и составляется план диспансерного наблюдения на год. Планируются следующие мероприятия:

- осмотры больного врачом-педиатром;
- врачами-специалистами;
- необходимые лабораторные исследования, их кратность;
- инструментальные методы, их кратность;

- курсы противорецидивного (медикаментозного и немедикаментозного) лечения;
- оздоровление и санаторно-курортное лечение.

Согласно составленному плану проводятся осмотры, перед которыми медицинская сестра участка разносит направления на лабораторные исследования, чтобы врач смог полностью оценить состояние больного во время осмотра. В истории развития ребенка о проведенном осмотре врач делает запись с пометкой «Д». *Обращение ребенка по поводу заболевания не может регистрироваться как диспансерный осмотр.* Участковая медсестра должна контролировать выполнение больным рекомендаций и назначений врача, о чем делает соответствующую запись.

По окончании календарного года на каждого ребенка, находящегося под «Д» наблюдением, составляется годовой эпикриз. В нем отражаются:

- длительность заболевания, характер его течения;
- наличие сопутствующих заболеваний;
- проведенные обследования и лечебно-профилактические мероприятия;
- эффективность динамического наблюдения.

Если больного не снимают с учета, одновременно составляется план наблюдения на следующий год.

Ф. 030/у. Для наблюдения за больным оформляется контрольная карта динамического наблюдения (030/у), в которой указывают сроки явки больных на следующий врачебный осмотр, а также отмечают основные профилактические мероприятия. При последующих явках, данные осмотра и проведенных исследований заносят в историю развития. Врач отмечает дату настоящей явки и последующей, а также планирует профилактические мероприятия.

Формы 030/у находятся в кабинете врача, который проводит диспансеризацию, и разложены по месяцам планируемого осмотра пациента. Ответственность за регулярность наблюдения больного, состоящего на диспансерном учете у педиатра или у врачей других специальностей, несет врач, который обеспечивает наблюдение, привлекая для этого медсестру участка.

Журнальная форма учета. На каждом участке должен быть журнал регистрации больных. В журнал заносятся фамилии больных детей по мере выявления в соответствие нозологическим группам (болезни органов пищеварения, дыхания, почек; кардиоревматологические болезни; неврологические заболевания; хронические заболевания носоглотки и другие патологические состояния, подлежащие «Д» учету). Регистрируются дата рождения ребенка, адрес, дата взятия на учет, а при снятии с учета — дата и причина снятия.

В конце года проводится анализ результатов «Д» за текущий год наблюдения в целом и по отдельным нозологическим группам. Составляется отчет, где определяются основные показатели этой работы.

Первая группа показателей характеризует контингент наблюдаемых больных:

$$\text{А. Состав больных: } \frac{\text{Число детей с данным заболеванием} \times 100}{\text{Общее число «Д» больных на конец года}}$$

$$\text{Б. Полнота охвата «Д»: } \frac{\text{Число больных, находящихся на «Д» учете на конец года} \times 100}{\text{Число зарегистрированных больных данным заболеванием}}$$

$$\text{В. Своевременность охвата «Д»: } \frac{\text{Число больных, взятых на учет} \times 100}{\text{Число больных с впервые выявленным заболеванием}}$$

$$\text{Г. Удельный вес впервые зарегистрированных на «Д»: } \frac{\text{Число больных, взятых по данному заболеванию на «Д» учет} \times 100}{\text{Число больных, состоящих на начало года + число больных, впервые зарегистрированных на «Д» учет по данному заболеванию}}$$

Вторая группа показателей — анализ активности динамического наблюдения:

$$\text{А. Показатель плановости и активности наблюдения: } \frac{\text{Число выполненных «Д» больными профилактических посещений} \times 100}{\text{Число назначенных плановых посещений}}$$

Третья группа показателей отражает эффективность диспансеризации:

$$\text{А. Выздоровление: } \frac{\text{Число больных, снятых с «Д» учета в связи с выздоровлением по данному заболеванию} \times 100}{\text{Число больных, состоящих на «Д» учете по данному заболеванию}}$$

$$\text{Б. Улучшение: } \frac{\text{Число детей по данному заболеванию, состояние которых улучшилось} \times 100}{\text{Число больных данным заболеванием, находящихся на «Д» учете}}$$

В. Без перемен (вычисляется аналогично).

Кроме того, учитываются длительность ремиссий, частота обострений, наличие и частота сопутствующих заболеваний.

Целесообразно определять удельный вес детей, у которых не было обострений, было 2–3 обострения, было более 3 обострений в год. Подобным образом анализируется и частота острых заболеваний в диспансерной группе.

Критерии эффективности динамического наблюдения — выздоровление, улучшение, без перемен, ухудшение.

Врач-педиатр детской поликлиники в основном участвует в динамическом наблюдении больных с хронической соматической патологией. Как уже отмечалось ранее, диспансеризацией детей с болезнями эндокринной системы, психоневрологического профиля и т. д., занимаются врачи специализированных диспансеров.

1.1. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ

При проведении диспансеризации детей, страдающих болезнями сердца, сосудов, а также диффузными заболеваниями соединительной ткани, основную функцию несет врач-кардиолог или кардиоревматолог поликлиники. При его отсутствии необходимые мероприятия выполняет участковый педиатр. В перечень заболеваний, подлежащих диспансерному учету и наблюдению, входят врожденные пороки сердца (ВПС) и сосудов, острая ревматическая лихорадка и хронические ревматические болезни, а также болезни сердца неревматического генеза (острый миокардит, острый и подострый инфекционный эндокардит, дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатии, эндокардиальный фиброэластоз). Наблюдению подлежат дети, страдающие гипертензией различного происхождения; с гиперлипидемией, с нарушением функции клапанов (митральная недостаточность: функциональная и с регургитацией, пролапс митрального клапана и синдром выбухающего митрального клапана), а также пациенты, у которых выявлены нарушения ритма и проводимости (предсердно-желудочковые блокады I–III степени), блокады ножек пучка Гиса (передней и задней ветви).

Также динамическим наблюдением охвачены больные с диффузными заболеваниями соединительной ткани (болезнь Рейтера, серонегативный ревматоидный артрит, ревматоидный бурсит, ревматоидный узелок, воспалительная полиартропатия, юношеский артрит при псориазе и болезни Крона, узелковый полиартериит, лекарственная системная красная волчанка и системная красная волчанка с поражением других органов или систем). Под наблюдение попадают дети с юношеским дерматомиозитом, полимиозитом, прогрессирующим системным склерозом, с синдромом CR(E)ST (сочетание кальциноза, синдрома Рейно, дисфункции пищевода,

склеродактилии и телеангиэктазии), системным склерозом, вызванным лекарственными средствами и химическими соединениями и системным склерозом с поражением легких и миопатией.

В ходе диспансерного наблюдения особенно важно выявить признаки, указывающие на нарушения функции органов и систем, вовлеченных в основной процесс. При необходимости, в зависимости от патологии, к осмотрам должны привлекаться врачи других специальностей. В одних случаях, их участие обязательно, в других — по показаниям. Лабораторные и инструментальные исследования должны включать как основные параметры, так и вспомогательные, которые могут указывать на изменения, возникающие в ходе реабилитационной терапии. Примерная схема диспансерного наблюдения представлена в прил. 1.

После выписки из стационара возможно долечивание в условиях местных санаториев кардиологического профиля.

Медицинские противопоказания для направления детей в санатории кардиологического профиля:

- ревматическая болезнь сердца с активностью процесса II и III степени (для местных санаториев), любой степени активности (для курортов);
- недостаточность кровообращения IIБ и III стадии (для местных санаториев), любой стадии (для курортов);
- мерцательная аритмия, пароксизмальная тахикардия с частыми приступами;
- полная атриовентрикулярная блокада при частоте сердечных сокращений менее 50 ударов в 1 минуту;
- наличие приступов Морганьи–Эдемса–Стокса.

1.2. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ БОЛЬНЫХ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Проведение динамического наблюдения в полном объеме в поликлинических условиях сопряжено с определенными трудностями. Во-первых, наблюдение связано с проведением значительного объема лабораторных исследований — анализов мочи и крови, а во-вторых, большинство пациентов нуждается в постоянном контроле врача-нефролога. Участковый врач обязан строго выполнять все предписания и рекомендации нефролога и активно участвовать в наблюдении за ребенком. Контингент больных, наблюдаемых как диспансерная группа с патологией мочеполовой системы, включает в себя: реконвалесцентов острого гломерулонефрита (нефритический синдром) и пациентов с хроническим нефритическим синдромом, с рецидивирующей и устойчивой гематурией, с нефротическим синдромом: врожденным и липоидным нефрозом. Диспансерному наблюдению подлежат дети с изолированной протеинурией (ортостатической) и стойкой с уточненным морфологическим поражением, а также

реконвалесценты острого тубулоинтерстициального нефрита и острого пиелонефрита, страдающие хроническим пиелонефритом (связанным с рефлюксом, обструкцией и нефроуролитиазом, с аномалией лоханочно-мочеточникового соединения и тазового сегмента мочеточника). Необходимо наблюдать детей с исходом острой почечной недостаточности (при тубулярном, кортикальном или медуллярном некрозах). Особую группу составляют пациенты с остеодистрофиями почечного генеза (азотемической, фосфат-диабетом), а также с другими нарушениями, обусловленными дисфункцией почечных канальцев (синдром Лайтвуда–Олбрайта, почечно-канальцевый ацидоз, вторичный гиперпаратиреоз почечного генеза, нефрогенный несахарный диабет). Диспансерное наблюдение должно охватывать детей с врожденной аномалией почки, в том числе «маленькая почка», и с неуточненной инфекцией мочевыводящих путей, неуточненной стойкой изолированной и ортостатической протеинурией. Предлагаемую схему диспансеризации детей, страдающих болезнями мочеполовой системы, см. в прил. 2.

Медицинские противопоказания для направления детей в санатории нефрологического профиля:

- высокая активность патологического процесса в органах мочевой системы;
- хроническая почечная недостаточность в стадии декомпенсации;
- нарушения уродинамики, требующие хирургической коррекции;
- неконтролируемая артериальная гипертензия.

1.3. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ С ПАТОЛОГИЕЙ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

В группу наблюдаемых с патологией органов дыхания, необходимо включать реконвалесцентов бактериальной пневмонии (пневмококковой и др.), бронхита неуточненного, как острый или хронический; больных с хроническим бронхитом (простым и слизисто-гнойным) и легочным альвеолярным микролитиазом. Также диспансерному наблюдению подлежат дети с интерстициальными легочными болезнями при наличии фиброза (диффузный легочный фиброз, фиброзирующий альвеолит (криптогенный), синдром Хаммена–Рича и идиопатический легочный фиброз) и плеврального выпота. Целесообразно наблюдать пациентов, перенесших острую респираторную недостаточность (независимо от причины) и страдающих хронической респираторной недостаточностью. При проведении диспансеризации, целесообразно консультирование больных (за исключением реконвалесцентов острой пневмонии) фтизиатром, торакальным хирургом и другими специалистами. Больные бронхиальной астмой и другими респираторными аллергиями наблюдаются

врачом-аллергологом. Диспансерная схема наблюдения за детьми, страдающими болезнями органов дыхания, представлена в прил. 3.

Медицинские противопоказания для направления детей в санатории пульмонологического профиля:

- все заболевания бронхолегочной системы в остром периоде и не ранее одного месяца после выздоровления;
- бронхиальная астма в период приступов, ранее одного месяца после последнего обострения;
- дыхательная недостаточность выше II степени;
- декомпенсированное легочное сердце.

1.4. ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ ДЕТЕЙ, СТРАДАЮЩИХ БОЛЕЗНЯМИ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Диспансеризация пациентов этой группы имеет свои особенности, обусловленные анатомической близостью органов пищеварительной системы, их морфологическим строением и выполнением общих функций (прил. 4).

Наблюдению подлежат больные с заболеваниями пищевода (гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и гастроэзофагеальный рефлюкс), желудка и двенадцатиперстной кишки (хронический гастрит различной этиологии, функциональная диспепсия, язвенная болезнь, хронический дуоденит). Также наблюдаются пациенты с поражением гепатобилиарной системы (дискинезия желчного пузыря, хронический холецистит, желчнокаменная болезнь) и поджелудочной железы (хронический панкреатит, кистозный фиброз с кишечными и другими проявлениями, киста и псевдокиста поджелудочной железы; атрофия, калькулез поджелудочной железы). Диспансерное наблюдение осуществляется за больными с заболеваниями кишечника (синдром раздраженного кишечника, болезнь Крона, язвенный (хронический) энтероколит и язвенный колит, целиакия).

Медицинские противопоказания для направления детей в санатории гастроэнтерологического профиля:

- все болезни органов пищеварения в период обострения;
- органический стеноз привратника;
- цирроз печени при варикозном расширении вен пищевода;
- печеночная недостаточность;
- аутоиммунный гепатит.

Раздел 2. Детская инвалидность.

Работа медико-реабилитационной экспертной комиссии (мрэк)

2.1. ПОКАЗАНИЯ К УСТАНОВЛЕНИЮ ИНВАЛИДНОСТИ С ДЕТСТВА

В ходе проведения диспансеризации больных возникает необходимость определять у пациента показания к инвалидности. При наличии у пациента болезни, которая ведет к выраженному и резко выраженному ограничению жизнедеятельности и вызывает высокую степень социальной дезадаптации, ВКК поликлиники рассматривает вопрос о возможности обучения и воспитания его на дому и освобождения его от переводных и выпускных экзаменов (прил. 5).

Определение инвалидности детям до 18 лет осуществляется на основании утвержденной «Инструкции по определению инвалидности» № 97 от 25.10.2007 г. с учетом перечня заболеваний и состояний, дающих право на получение социальной пенсии (прил. 8).

Ребенок-инвалид — лицо в возрасте до 18 лет, которое в связи с ограничением *жизнедеятельности* вследствие врожденных, наследственных, приобретенных заболеваний, дефектов или травм, нуждается в социальной помощи и защите.

Для целей медико-социальной экспертизы применяются следующие термины:

1) *анатомический дефект* — необратимый морфологически обусловленный изъян, стойкое необратимое последствие травм, оперативных вмешательств или пороков развития (уродств), ограничивающих жизнедеятельность в одной из категорий;

2) *жизнедеятельность* — совокупность всех видов деятельности в рамках целостного организма, достигаемая за счет взаимодействия функций различных органов и систем в рамках целостного организма, способствующая формированию сложных биосоциальных функций индивидуума (категорий жизнедеятельности), обеспечивающих независимое существование в окружающей среде.

Ограничение *жизнедеятельности* лица выражается в полной или частичной утрате способности или возможности осуществлять:

- самообслуживание;
- обучение;
- передвижение;
- ориентацию;
- общение;
- контроль за своим поведением;
- занятие трудовой деятельностью, что приводит к невозможности выполнять повседневную деятельность способом и в объеме, обычном для человека.

Ограничение жизнедеятельности способствует развитию социальной недостаточности и является медицинским показанием, позволяющим рассматривать данное лицо, как, имеющее основание для установления у него категории «ребенок-инвалид», и право на получение социальной пенсии на детей-инвалидов в возрасте до 18 лет.

Условиями признания гражданина инвалидом являются:

- нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами;
- ограничение жизнедеятельности (полная или частичная утрата способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельное передвижение, ориентировку, общение, контролировать свое поведение, обучаться или заниматься трудовой деятельностью);
- необходимость в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Наличие только одного из указанных условий не является основанием, достаточным для признания гражданина инвалидом.

2.2. КЛАССИФИКАЦИИ ОСНОВНЫХ ВИДОВ НАРУШЕНИЙ ФУНКЦИЙ И ОСНОВНЫХ КРИТЕРИЕВ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СТЕПЕНИ ИХ ВЫРАЖЕННОСТИ

К основным видам оцениваемых нарушений функций организма относятся:

- нарушения психических (восприятия, внимания и памяти, мышления и интеллекта, эмоций и воли, сознания, поведения и др.) и психомоторных функций;
- нарушения языковых и речевых функций (устной и письменной, вербальной и невербальной речи, нарушение голосообразования и прочее);
- нарушение сенсорных функций (зрения и слуха, обоняния и осязания, тактильной и болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушение статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
- нарушение функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;
- нарушения, обусловленные физическим уродством (деформации лица, головы, туловища, конечностей, приводящие к внешнему уродству); аномальные отверстия (пищеварительного, мочевыделительного, дыхательного трактов); нарушение размеров тела.

Выделяются следующие степени выраженности стойких нарушений функций организма человека:

1 степень — легкие (незначительно выраженные);

2 степень — умеренные (умеренно выраженные);

- 3 степень** — выраженные;
- 4 степень** — резко выраженные.

При комплексной оценке различных показателей, характеризующих нарушение основных категорий (критериев) жизнедеятельности человека, выделяют 5 функциональных классов (ФК) их выраженности (в %):

- ФК 0** — отсутствие нарушения жизнедеятельности (0 %);
- ФК 1** — легкое нарушение (от 1 до 25 %);
- ФК 2** — умеренно выраженное нарушение (от 26 до 50 %);
- ФК 3** — выраженное нарушение (от 51 до 75 %);
- ФК 4** — резко выраженное нарушение (от 76 до 100 %).

Вопрос об установлении инвалидности рассматривается после проведения диагностических и лечебных мероприятий и медицинской реабилитации.

Направление детей на медико-реабилитационную экспертную комиссию (МРЭК) осуществляет ВКК детских поликлиник:

- направление детей осуществляется при наличии признаков инвалидности, независимо от возраста;
- направление на МРЭК осуществляется по профилю заболевания.

При первичном направлении заполняется «Направление на МРЭК» (ф. 088/у), карта индивидуальной медицинской реабилитации, карта регистрации ребенка-инвалида (КДИ-у/1-02), амбулаторная «История развития ребенка» (ф. 112/у). В ф. 088/у врач, направляющий больного, должен отразить данные осмотров врачей-специалистов, клинико-лабораторные и инструментальные исследования, проведенные больному в текущем году.

2.3. Задачи и функции МРЭК

Законом «О социальной защите инвалидов» в Республике Беларусь предусмотрено создание службы медицинской и медико-профессиональной реабилитации.

МРЭК выполняет следующие задачи:

- проводит оценку качества лечебно-диагностического процесса на этапе, предшествующем инвалидности;
- определяет степени нарушения жизнедеятельности и социальной недостаточности, в том числе и трудоспособности;
- составляет индивидуальные программы по реабилитации.

При определении степени утраты здоровья МРЭК одновременно устанавливает причину инвалидности.

Освидетельствование детей на МРЭК проводится с участием врачей-специалистов в соответствии с Инструкцией № 97.

1. При освидетельствовании в МРЭК в каждом случае, независимо от характера заболевания и дефекта, проводится комплексное обследование больного. В целях объективной оценки состояния здоровья и степени

социальной адаптации используются данные функциональных и лабораторных методов исследования, опрос родителей, опекуна, личный осмотр больного, анализ необходимых документов.

2. Детям до 18 лет группа инвалидности не определяется, а пишется: «ребенок-инвалид».

3. При освидетельствовании детей МРЭК заполняет «Акт освидетельствования», статистический талон и индивидуальную программу реабилитации ребенка-инвалида.

4. Родителям (опекуну) ребенка-инвалида МРЭК выдает «Удостоверение инвалида», где написано: «ребенок-инвалид» и приклеена фотография ребенка.

5. МРЭК заполняет «Справку МРЭК», в которой в графе «группа инвалидности» указывается: «ребенок-инвалид» и отмечается дата переосвидетельствования. Справка МРЭК в 3-дневный срок направляется в районный (городской) собес по месту жительства родителей или опекуна ребенка.

6. Удостоверение инвалида МРЭК выдается только тем детям-инвалидам, которые прошли освидетельствование после 01.01.1993 г. На детей-инвалидов, прошедших освидетельствование до 01.01.1993 г., удостоверение выдается в райсобесе по месту жительства родителей или опекуна ребенка.

В зависимости от степени выраженности ограничений жизнедеятельности, обусловленных стойкими расстройствами функций организма, возникших в результате заболеваний, дефектов или травм, детям, признанным инвалидами, устанавливается категория «ребенок-инвалид» I, II, III или IV степени утраты здоровья.

I степень утраты здоровья ребенка-инвалида

Определяется при легком ограничении жизнедеятельности с учетом возрастных норм развития соответствующее **ФК 1** вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к легкой социальной дезадаптации, как правило, не приводящее к необходимости установления инвалидности у лиц старше 18 лет, в случаях:

- легкого нарушения 2 и более систем организма, создающего синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности;
- умеренного изолированного нарушения одной из функций организма, компенсированного лекарственными средствами или техническими и иными вспомогательными средствами;
- необходимости постоянной специальной диеты, вследствие врожденных болезней обмена веществ, не сопровождающихся двигательными и психическими нарушениями.

II степень утраты здоровья ребенка-инвалида

Основанием для установления является умеренное нарушение жизнедеятельности соответствующее **ФК 2** вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее к умеренно выраженной социальной недостаточности, в случаях:

- умеренного выраженного нарушения функции одной из систем организма, приводящего к стойкому умеренному ограничению жизнедеятельности;
- легкого нарушения функций 2 и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящего к стойкому умеренному ограничению жизнедеятельности;
- выраженного изолированного нарушения одной из функций организма, частично компенсируемого лекарственными средствами или техническими и иными вспомогательными средствами, приводящего к стойкому умеренному ограничению жизнедеятельности;
- необходимости постоянной специальной диеты вследствие врожденных болезней обмена веществ, сопровождающихся умеренно выраженными нарушениями функций органов и систем;
- относительно неблагоприятного клинико-трудового прогноза вне зависимости от степени нарушения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы;
- анатомических дефектов (пункт 62 инструкции № 97).

III степень утраты здоровья ребенка-инвалида

Определяется при выраженном ограничении жизнедеятельности соответствующего **ФК 3** вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящего к выраженной социальной недостаточности, в случаях:

- выраженного нарушения функции одной из систем организма, приводящего к выраженному нарушению жизнедеятельности;
- умеренного нарушения функций 2 и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения в рамках одной категории жизнедеятельности, приводящего к выраженному ограничению жизнедеятельности;
- неблагоприятного клинико-трудового прогноза вне зависимости от степени нарушения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы;
- анатомического дефекта (пункт 61 инструкции № 97).

IV степень утраты здоровья ребенка-инвалида

Основанием для установления данной степени утраты здоровья является резко выраженное ограничение жизнедеятельности соответствующего **ФК 4** вследствие заболеваний, дефектов или травм, приводящее

к стойко выраженной социальной недостаточности, требующее постоянного постороннего ухода, в случаях:

- резко выраженного нарушения функций одной из систем организма, приводящего к резко выраженному нарушению жизнедеятельности;
- выраженного нарушения функций 2 и более систем организма, создающих синдром взаимного отягощения, приводящего к резко выраженному ограничению жизнедеятельности;
- заболевания с абсолютно неблагоприятным в отношении жизни прогнозом на ближайшее время вне зависимости от степени ограничения жизнедеятельности на момент проведения медико-социальной экспертизы;
- анатомического дефекта (пункт 60 инструкции № 97).

От степени утраты здоровья и причины инвалидности зависит право на пенсию, ее размер, льготы.

В соответствии с Законом Республики Беларусь «О внесении изменений и дополнений» в Закон Республики Беларусь «О пенсионном обеспечении» с 1 августа 1999 г. социальные пенсии детям-инвалидам в возрасте до 18 лет назначаются в размерах в зависимости от степени утраты здоровья:

- первой — 150 %;
- второй — 175 %;
- третьей — 200 %;
- четвертой — 250 % минимального размера пенсии по возрасту.

Документом, подтверждающим инвалидность и степень утраты здоровья, является выписка из акта освидетельствования во МРЭК.

Вне зависимости от степени утраты здоровья у детей категория «ребенок-инвалид» может быть установлена на срок 1 год, 2 года, 5 лет, до 18 лет.

Раздел 3. Медицинская реабилитация

В детской поликлинике продолжается начатое в стационаре или на дому лечение детей-реконвалесцентов после острых или с обострениями хронических заболеваний. Основное условие успешной реабилитации — возможно *раннее начало и непрерывность* восстановительного лечения, эффективность проводимых мероприятий, *строгая их индивидуальность с учетом возраста, пола, характера и тяжести заболевания*. С этой целью в поликлинике работает отделение медицинской реабилитации.

3.1. ФУНКЦИОНИРОВАНИЕ ОТДЕЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Отделение (кабинет) медицинской реабилитации является структурным подразделением детской поликлиники. В случае формирования отде-

ления, оно создается как многопрофильное, включающее по возможности весь арсенал реабилитационных средств. *В сельских районах целесообразно создавать единые отделения медицинской реабилитации для стационарных и амбулаторных больных.*

Основной целью поликлинического этапа медицинской реабилитации является предоставление больному (инвалиду) всего доступного арсенала тренировочных средств и условий, позволяющих ему под руководством и контролем врача-реабилитолога реализовать себя, тренировочными усилиями возможно полнее компенсировать утерянные функции, восстановить здоровье и работоспособность.

Отделение в своей деятельности осуществляет непосредственную связь и тесное взаимодействие с участковыми педиатрами и врачами-специалистами поликлиники.

Направление больных в отделение медицинской реабилитации поликлиники производится заведующими структурными подразделениями организаций здравоохранения, расположенных в районе деятельности данного отделения, а также участковыми врачами и врачами-специалистами.

Прием больных и отбор на реабилитацию осуществляет врач-реабилитолог или заведующий отделением медицинской реабилитации. В отделение принимаются больные после купирования острого периода заболевания или его обострения, а также инвалиды с индивидуальной программой реабилитации.

Основные задачи отделения медицинской реабилитации:

- своевременное формирование индивидуальной программы оздоровления и использования реабилитационных средств и методов;
- выполнение индивидуальной программы по реабилитации больных и инвалидов;
- использование комплекса всех необходимых методов и средств реабилитации;
- проведение разъяснительной работы среди детей и их родителей о средствах и методах восстановления и укрепления, поддержания здоровья и работоспособности.

Для реализации поставленных задач в отделении проводятся такие мероприятия, как:

- составление индивидуальных программ реабилитации больного и инвалида;
- их своевременное осуществление с использованием современных средств и методов;
- выполнение пациентами индивидуальной программы реабилитации;
- освоение и внедрение в практику работы отделения новых современных средств и методов реабилитации, основанных на достижениях науки, техники и передового опыта.

В состав отделения медицинской реабилитации включаются имеющиеся в поликлинике кабинеты:

- лечебной физкультуры;
- механотерапии (тренажеров);
- функциональной стимуляции;
- иглорефлексотерапии;
- массажа, включая подводный;
- сауна, бассейн;
- тренировки ходьбы, трудотерапии и бытовой реабилитации;
- при необходимости логопедическое обучение;
- дневной стационар;
- кабинет раннего вмешательства.

Эти подразделения обеспечивают необходимыми видами медицинской помощи всех больных и инвалидов в соответствии с индивидуальными программами реабилитации.

Динамическое наблюдение за ходом медицинской реабилитации осуществляется соответствующими службами (подразделениями) поликлиники.

Для консультации привлекаются специалисты больницы, поликлиники, в структуре которой находится данное отделение, а также из медицинских научно-исследовательских институтов и других лечебно-профилактических учреждений.

В отделении также проводится экспертиза трудоспособности и выдается направление на МРЭК в соответствии с действующими положениями.

В соответствии с задачами отделения медицинской реабилитации врач-реабилитолог обеспечивает и непосредственно несет ответственность:

- за отбор и прием больных на медицинскую реабилитацию;
- составление и выполнение индивидуального плана медицинской реабилитации и ее эффективность;
- проведение мероприятий по повышению квалификации среднего медицинского персонала;
- формирование индивидуальной программы реабилитации.

Функциональные обязанности врача-реабилитолога:

- вести амбулаторный прием больных;
- каждому больному (инвалиду) разработать индивидуальную комплексную программу реабилитации, определить последовательность использования средств и методов и конкретных исполнителей каждого ее этапа;
- оценивать эффективность использования как отдельных средств и методов реализации индивидуальной программы, так и ее реализации в целом, используя современные методы оценки резервов систем организма;

- в неясных случаях привлекать для консультации заведующего отделением и других специалистов лечебно-профилактического учреждения;
- проводить разъяснительную работу с больными и их родственниками по вопросам режима питания, труда, быта и оздоровительной тренировки систем, обеспечивающих восстановление и поддержание здоровья и трудоспособности;
- проводить экспертизу временной нетрудоспособности в установленном порядке в соответствии с положением об экспертизе временной нетрудоспособности;
- совместно со средними медицинскими работниками, непосредственно обеспечивающими реализацию индивидуальной программы, наметить пути повышения ее результативности;
- качественно и своевременно вести медицинскую документацию, установленные учетно-отчетные формы и составлять отчеты о своей деятельности;
- обеспечить преемственность в проведении медицинской реабилитации между стационаром, поликлиникой и другими структурными подразделениями учреждения здравоохранения, МРЭК, ВКК;
- оказывать консультативную и методическую помощь по вопросам медицинской реабилитации врачам стационара и амбулаторно-поликлинических учреждений в районе деятельности отделения медицинской реабилитации;
- осваивать и внедрять в практику новые современные методы и средства медицинской реабилитации, основанные на достижениях науки и техники и передового опыта лечебно-профилактических учреждений.

3.2. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ ДНЕВНОГО СТАЦИОНАРА ДЕТСКОЙ ПОЛИКЛИНИКИ

Дневной стационар детской поликлиники организуется в структуре городской поликлиники, диспансера, диагностического центра, специализированного центра медицинской реабилитации.

Дневной стационар предназначается для оказания:

- лечебно-диагностической помощи больным, не нуждающимся в круглосуточном медицинском наблюдении;
- реабилитационной помощи инвалидам.

Работой дневного стационара руководит заведующий отделением медицинской реабилитации, а при отсутствии отделения медицинской реабилитации — другим лицом по назначению руководителя учреждения.

Профиль дневного стационара, его мощность, режим работы определяются и утверждаются главным врачом учреждения по согласованию с вышестоящими органами управления здравоохранением, с учетом чис-

ленности населения, характера деятельности учреждения, потребности, а также имеющейся базы лечебно-профилактического учреждения.

В зависимости от вида, объема и характера оказываемой медицинской помощи и системы организации работы дневной стационар может быть многопрофильным или специализированным. Размещение дневного стационара определяется его функциями, характером и объемом проводимых лечебно-диагностических процедур, манипуляций и должно обеспечивать соблюдение действующих санитарно-гигиенических и противоэпидемических правил и норм.

Штаты медицинского персонала дневного стационара устанавливаются по штатным нормативам, утвержденным для дневных стационаров амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений) в зависимости от объема работы и с учетом планового годового числа часов работы дневного стационара в смену и годовой нормой рабочего времени работников (врач, медицинская сестра и т. д.).

В структуре дневного стационара имеются:

- палаты с кроватями или кушетками для больных;
- кабинет врача;
- процедурный кабинет;
- игровая комната и комната для приема пищи (их может и не быть).

Режим работы дневного стационара амбулаторно-поликлинического учреждения:

- 1) устанавливается в одну или две смены с продолжительностью работы одной смены и пребыванием больного в стационаре не менее 6 ч;
- 2) продолжительность пребывания ребенка в дневном стационаре может быть обеспечена по назначению лечащего врача в течение 2 смен;
- 3) в центрах медицинской реабилитации для детей-инвалидов пребывание детей в возрасте первых 4 лет жизни устанавливается не менее 4 ч.

Питание больных в дневном стационаре:

- для подростков организуется за счет средств пациента;
- для детей — за счет средств учреждения, исходя из утвержденного Министерством здравоохранения Республики Беларусь набора продуктов питания на одного больного в день, в зависимости от длительности его пребывания в течение дня: более 10 ч — 3-разовое, от 6 до 10 ч — 2-разовое.

В дневном стационаре центра медицинской реабилитации для детей-инвалидов при пребывании от 4 до 6 ч детей в возрасте первых 4 лет жизни организуется одноразовое питание *(для обеспечения детей питанием в дневном стационаре амбулаторно-поликлиническое учреждение обязано заключить договор с близлежащим лечебным учреждением, имеющим стационар, на приготовление и доставку пищи)*.

Оказание лечебно-диагностической помощи больным дневного стационара обеспечивается привлечением соответствующих структурных подразделений.

Учетно-отчетная медицинская документация в дневном стационаре ведется в следующем порядке:

- регистрация больных, поступающих в дневной стационар, производится в «Журнале приема больных и отказов в госпитализации» (ф. N 001/у) на основании направления врачей больничного или амбулаторно-поликлинического учреждений, с занесением записи в «Медицинскую карту амбулаторного больного» (ф. N 025/у-87) или «Историю развития ребенка» (ф. 112-у);

- на поступивших в дневной стационар больных заводится «Листок назначений»;

- при дневниковых записях в медицинской карте амбулаторного больного, истории развития ребенка, а также на листке назначений проставляется штамп-клише «Дневной стационар»;

- при назначении больному лечебной физкультуры, физиотерапевтического лечения, иглорефлексотерапии и т. п. составляются соответствующие медицинские карты, на которых также проставляется штамп-клише «Дневной стационар»;

- движение больных дневного стационара поликлиники учитывается по форме ф. 007/у «Листок учета движения больных и коечного фонда стационара» в упрощенном варианте.

Статистический отчет о работе дневного стационара представляется администрации учреждения по формам и в сроки, установленные органами здравоохранения.

Все записи о состоянии больного, назначении лечения, диагностических исследованиях и т. п., их результаты вносятся в «Медицинскую карту амбулаторного больного» или «Историю развития ребенка», которые передаются в дневной стационар из подразделения, направившего больного на лечение.

Организация лечебно-диагностического процесса:

- дневной стационар осуществляет свою деятельность на основе преемственности с другими лечебно-профилактическими учреждениями;

- продолжительность лечения больного определяется лечащим врачом, в соответствии с заболеванием и его состоянием;

- медицинский отбор больных на лечение, медицинскую реабилитацию или обследование в дневной стационар проводится лечащими врачами (терапевтами, педиатрами и врачами других специальностей) совместно с заведующими структурных подразделений;

- врач дневного стационара ежедневно осматривает пациентов, выполняет диагностические и лечебные процедуры, составляет и коррек-

тирует индивидуальную программу реабилитации. Динамика состояния, эффективность лечения и выполнение программы реабилитации отражаются врачом в медицинской карте амбулаторного больного (истории развития ребенка) через день (при необходимости чаще);

- при ухудшении состояния здоровья больного и необходимости круглосуточного медицинского наблюдения, больной незамедлительно переводится в соответствующее отделение больницы для круглосуточного пребывания.

Экспертиза временной нетрудоспособности:

- листок нетрудоспособности, справка о временной нетрудоспособности по уходу за больным ребенком (в возрасте до 14 лет, а ребенком-инвалидом — до 18 лет), находящимся на лечении в дневном стационаре, выдается в случаях, когда ребенок по заключению врачебно-консультационной комиссии нуждается в дополнительном уходе.

Порядок госпитализации:

- госпитализация больных в дневной стационар амбулаторно-поликлинического учреждения осуществляется заведующим отделением медицинской реабилитации или другим лицом, на которое возложено руководство;

- по направлению врачей амбулаторно-поликлинического учреждения (при обязательном согласовании с заведующими соответствующих подразделений данного амбулаторно-поликлинического учреждения) с записью в карте амбулаторного больного (истории развития ребенка).

Общие показания к направлению в дневной стационар:

- необходимость врачебного наблюдения на протяжении определенного времени за больным при использовании лечебных средств, в связи с возможными неблагоприятными реакциями;

- необходимость внутривенного капельного введения различных медикаментозных средств на протяжении сравнительно длительного времени (введение сердечных гликозидов, противоаритмических средств, кортикостероидов и др.);

- необходимость введения парентеральными способами фармакологических средств в течение дня через определенные промежутки времени;

- необходимость проведения больным лечебных манипуляций, выполняемых врачами в амбулаторных условиях;

Общие противопоказания к направлению в дневной стационар:

- заболевания, требующие круглосуточного медицинского наблюдения;

- резко ограниченные возможности самостоятельного передвижения пациентов;

– значительное ухудшение состояния здоровья больного при амбулаторном лечении.

Раздел 4. Санаторно-курортное лечение

4.1. ОЗДОРОВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ В МЕСТНЫХ САНАТОРИЯХ И НА КУРОРТАХ

Санаторно-курортное лечение является важным звеном в системе реабилитации и этапной терапии больных детей. Санаторное лечение, как этап в реабилитации детей после пребывания в стационаре, может проводиться в местных санаториях, а также применяется в качестве оздоровления после проведения противорецидивных мероприятий в поликлинике. В этом случае реабилитация может осуществляться как в местных санаториях, так и на курортах.

Курорт — это местность со специфическими минеральными источниками, лечебными грязями, климатическими и другими природными условиями, особенности которых благоприятно влияют на организм больных, страдающих определенной патологией. По богатству лечебных факторов все курорты делятся на 4 основные группы:

- бальнеологические;
- грязевые;
- климатические;
- смешанные — обладающие 2 и более лечебными факторами.

Санатории, в отличие от курортов, не всегда расположены в оптимальных природных условиях, однако комплексное лечение больных определенного профиля в местном санатории в большинстве случаев дает положительные результаты. Существенно дополняют санаторно-курортную помощь детям *санаторно-лесные школы*. Это общеобразовательные учебные заведения интернатного типа, в которых наряду с обучением больных детей школьного возраста, дополнительно проводится активное длительное их лечение и реабилитация. Кроме того, на летний период в ряде детских стационаров на базе различных отделений могут организовываться санаторные отделения.

К обязательным оздоровительным мероприятиям в учреждениях санаторного типа относятся:

1. Гигиенический режим с максимальным пребыванием детей на свежем воздухе.
2. Водные процедуры.
3. Лечебная гимнастика.
4. Лечебное питание.
5. Воздействие на детей с целью оптимизации эмоционального и психического тонуса.

6. Педагогический процесс.

Кроме того, в курортной местности назначаются лечебные процедуры с использованием курортных факторов.

Эффективность санаторно-курортного лечения детей во многом зависит от правильности отбора больных. Санаторно-курортный отбор — это комплекс мероприятий, направленных на выяснение показаний и противопоказаний к курортному лечению у каждого больного. При этом учитываются возможный медицинский профиль санатория, место его расположения, сезон, в котором могут быть максимально использованы курортные факторы для получения положительных результатов в лечении.

Основным лицом в санаторно-курортном отборе является лечащий врач и, прежде всего, участковый педиатр, т. к. медицинский отбор производится на основании результатов всего предшествующего наблюдения за ребенком на дому, при обследовании и лечении его в условиях детской поликлиники и стационара.

Показания для санаторно-курортного лечения.

В санатории направляются больные дети:

- при нетяжелом хроническом течении заболевания;
- в период ремиссии, с нерезкими функциональными нарушениями пораженных органов и систем;
- нуждающиеся в восстановлении нарушенных функций;
- в предупреждении прогрессирования процесса и рецидивов заболевания;
- в повышении адаптационных и компенсаторных возможностей растущего организма.

В санатории для детей, расположенные на территории Республики Беларусь, принимаются дети в возрасте от 3 до 18 лет, а в санатории на курортах — с 5 лет (за исключением санатория «Беларусь», Литовская Республика) (прил. 5).

Порядок оформления медицинской документации:

Врачебно-консультативная комиссия (ВКК) поликлиники по представлению лечащего врача может выдать справку о нуждаемости в санаторно-курортном лечении (ф. 070/у) по месту получения путевки. Справка носит предварительный информационный характер, в ней указываются клинический диагноз, рекомендуемый профиль санатория и сезон лечения. Санатории и курортная зона выбираются в зависимости от медицинских показаний с учетом наличия на курорте соответствующих минеральных вод, грязей, климатических условий, возможностей применения физиотерапевтического лечения.

Получив путевку на санаторно-курортное лечение, больной должен не позднее 10 дней до начала ее срока действия обратиться к лечащему врачу для медицинского обследования: проведения соответствующих

диагностических исследований (лабораторных, рентгенологических и инструментальных) и консультаций врачей-специалистов в зависимости от характера заболевания. Для получения большей эффективности от лечения и профилактики в любой санатории, ребенку проводится санация очагов инфекции в полости рта, носоглотке и дегельминтизация.

На каждого ребенка, выезжающего в санаторий, заполняется санаторно-курортная карта (ф. 072/у), срок действия которой не превышает 1 месяц. В нее вносятся результаты последних исследований. За 3 дня до отъезда ребенка, его должен осмотреть педиатр с целью выявления возможного обострения заболевания, а также для исключения чесотки, педикулеза, микроспории, контакта с инфекционными больными. Сведения о выданной санаторно-курортной карте вносятся в (ф. 112/у).

При завершении санаторно-курортного лечения больному выдается талон обратной связи санаторно-курортной карты формы 072-1/у, который предоставляется лечащему врачу для оценки эффективности лечения и планирования дальнейшего наблюдения. Эффективность лечения в санаториях оценивается по 4-балльной системе: «значительное улучшение», «улучшение», «без улучшения», «ухудшение».

Медицинские противопоказания, исключающие направление больных детей на санаторно-курортное лечение:

1. Все болезни в остром периоде.
2. Соматические заболевания, требующие оказания стационарной медицинской помощи.
3. Острые инфекционные заболевания до окончания срока изоляции.
4. Бактерионосительство дифтерии и кишечных инфекций.
5. Все заразные и паразитарные заболевания глаз и кожи.
6. Злокачественные новообразования.
7. Кахексия, амилоидоз внутренних органов.
8. Туберкулез легких и других органов.
9. Эпилепсия:
 - с частотой генерализованных судорожных приступов более 1 раза в 3 месяца;
 - с простыми и сложными парциальными (фокальными) судорожными приступами более 1 раза в месяц;
 - с бессудорожными приступами (абсансы) более 2–3 раз в день.
10. Психотические расстройства в состоянии декомпенсации.
11. Непсихотические расстройства с выраженными нарушениями поведения и адаптации.
12. Умственная отсталость легкая и умеренная с выраженными расстройствами поведения и дезадаптации, умственная отсталость тяжелая.
13. Все венерические заболевания в острой или заразной форме.
14. Все виды наркомании, токсикомания, хронический алкоголизм.

15. Эхинококк любой локализации.
16. Часто повторяющиеся кровотечения или обильные кровотечения.
17. Беременность во все сроки.
18. Наличие сопутствующих заболеваний, противопоказанных для данного курорта или санатория.

Примечания:

1. Больные дети после радикального лечения злокачественных новообразований (хирургического, рентгенологического, химиотерапевтического, комплексного), находящиеся в состоянии стойкой ремиссии, могут направляться только в санатории, расположенные на территории Республики Беларусь, при удовлетворительном общем состоянии и заключении врача-онколога.

2. Энурез не является противопоказанием для направления ребенка в санаторий.

3. После дифтерии и скарлатины дети могут направляться в санаторий не ранее, чем через 4–5 месяцев после оказания им стационарной медицинской помощи при отсутствии осложнений.

Наряду с общими противопоказаниями для санаторно-курортного лечения не допускается направление в эти учреждения больных с активным воспалительным процессом, со значительными функциональными нарушениями пораженных органов и систем. Такие больные нуждаются в клиническом лечении или в более продолжительном лечении в детских специализированных санаториях.

При направлении в санаторий ребенка-инвалида в возрасте до 18 лет, ВКК поликлиники выдает заключение о возможности его сопровождения.

В санаториях для родителей с детьми, помимо лечения, проводится воспитательная работа и учебная работа в форме консультативных занятий по программе общеобразовательной средней школы.

При направлении в санаторий ребенок должен иметь следующие документы: путевку, санаторно-курортную карту, справки от эпидемиолога или участкового врача-педиатра об отсутствии контакта с инфекционными больными по месту жительства, в детском саду или школе, справку об отсутствии кожных заболеваний, школьный дневник (при направлении в учебный период года).

4.2. НАПРАВЛЕНИЕ ДЕТЕЙ В СОСТАВЕ СПЕЦИАЛЬНЫХ ОРГАНИЗОВАННЫХ ГРУПП НА ОЗДОРОВЛЕНИЕ ЗА РУБЕЖ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМОЕ НА ОСНОВЕ ИНОСТРАННОЙ БЕЗВОЗМЕЗДНОЙ ПОМОЩИ

Для решения вопроса о возможности выезда ребенка на оздоровление за рубеж родители или опекуны обращаются в организацию здравоохранения по месту жительства ребенка или по месту его фактического нахождения.

Врач организации здравоохранения на основании анализа истории развития ребенка (форма 112/у), медицинской карты амбулаторного больного (форма 025/у) или медицинской карты ребенка (форма 026/у — для детей, содержащихся в детских интернатных учреждениях), результатов объективного осмотра ребенка и результатов дополнительного обследования, проведенного по медицинским показаниям, оформляет медицинское заключение (справку).

В данной справке указываются паспортные данные ребенка, сведения о профилактических прививках и перенесенных инфекционных заболеваниях, сведения о перенесенных хирургических операциях и аллергических реакциях, группа крови и резус-фактор, результат осмотра на заразные кожные болезни и сведения об отсутствии контакта с инфекционными больными. В заключении врач указывает диагноз основного и сопутствующего заболевания в соответствии с МКБ X, с указанием срока ремиссии, группу здоровья. Также должны быть отражены сведения о нуждаемости ребенка в специальном режиме питания, проведении поддерживающей или заместительной терапии (указывается название лекарственного средства, доза, кратность приема, длительность курса лечения), постоянном постороннем индивидуальном уходе и сопровождении в период пребывания за рубежом. В справке указывается рекомендуемый период (время года) оздоровления и заключение о возможности выезда ребенка на оздоровление за рубеж, в том числе включения его в состав общей или специальной организованной группы.

В истории развития ребенка или медицинской карте ребенка производится запись, дублирующая медицинское заключение (справку). Медицинское заключение (справка) заверяется печатями и подписями врача и руководителя организации здравоохранения. Срок действия справки 3 месяца от даты выдачи. Существует перечень медицинских противопоказаний для направления детей на оздоровление за рубеж (прил. 7).

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ
Кардиоревматолог, врач-педиатр (общей практики)

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
100-102 Острая ревматическая лихорадка	Педиатр — 1 раз в мес. в течение 1-го года, затем 1 раз в 6 мес.	Детский кардиоревматолог — 1 раз в мес. в течение 1-го года, затем 1 раз в 3 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Невролог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, протеинограмма, определение АСЛ-О 2 раза в год, мазок из зева на стрептококк 2 раза в год. ЭКГ 2 раза в год. Типирование антигенов системы HLA	Диета стол № 10. Режим — охранительный. Санация очагов хронической инфекции. НПВС: ибупрофен — 10 мг/кг/сут, диклофенак — 2–3 мг/кг 1–2 мес.; нимесулид — 5 мг/кг/сут; преднизолон — 1–2 мг/кг; а также делагил — 2–3 мг/кг/сут. Антибактериальная терапия: аугментин — 40–45 мг/кг/сут., бициллин-1 — 1 раз в 4 нед. в дозе 1,2 млн ЕД детям школьного возраста, 600 тыс. ЕД подросткам и детям дошкольного возраста в течение 5 лет; либо Экстенциллин или Ретарпен — 1 раз в 3 нед. 1,2 млн ЕД дошкольникам и 2,4 млн ЕД школьникам. Лечение сердечной недостаточности (сердечные гликозиды, ингибиторы АПФ, бета-блокаторы и мочегонные). Лечение проводится под контролем общего и биохимического ан. крови (1 раз в мес. — 1-й квартал, затем 2 раза в год)	Ремиссия Улучшение состояния Прогрессирование Выздоровление с полным восстановлением функции С учета не снимать Наблюдение до перевода во взрослую поликлинику
105-109 Хронические ревматические болезни сердца	Педиатр — 1 раз в мес. в течение 1-го года, затем 1 раз в 6 мес.	Детский кардиоревматолог — 1 раз в мес. в течение 1-го года, затем 1 раз в 3 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Невролог — по показаниям	То же + белковые фракции, сиаловые кислоты, серомукоид. УЗИ сердца (2 раза в год после атаки, затем 1 раз в год и по показаниям)		

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
И10 Эссенциальная [первичная] гипертензия	Педиатр — 1 раз в 6 мес.	Детский кардиоревматолог — 1 раз в 3 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз год. Эндокринолог — 1 раз в год. Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще	Измерение АД (профиль). Измерение АД на руках и ногах. Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Ан. мочи по Нечипоренко — 2 раза в год. Биохимические исследования крови: холестерин, общий белок, белковые фракции, электролиты (K, Na, Ca, Cl), СРБ — 2 раза в год. Определение титра АСЛ-О. ЭКГ — 2 раза в год. УЗИ почек — 1 раз в год, СМАД	Рекомендации по питанию, образу жизни, устранение факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний. β-адреноблокаторы: пропранолол — 1–2 мг/кг/сут. внутрь, атенолол — 1–2 мг/кг/сут. внутрь. Диуретики: гидрохлортиазид — 2 мг/кг/сут. внутрь, индапамид ретард — 1,5 мг/сут. Ингибиторы АПФ: каптоприл 12,5–25 мг/сут., эналаприл — от 0,1 мг/кг/сут до 40 мг/сут. внутрь. Седативная терапия: валериана — 1 табл. 2–3 раз в день, настойка пустырника — по 1 капле на год жизни 2 нед. Прием препаратов постоянно (под контролем АД). Направление на стационарное лечение (по показаниям)	Улучшение состояния (нормализация показателей АД) Отсутствие эффекта С учета не снимать до перевода во взрослую поликлинику
И15.0 Реноваскулярная гипертензия И15.1 Гипертензия вторичная по отношению к другим поражениям почек	Педиатр — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения, затем 1 раз в 6 мес.	Детский кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз год. Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще	Общий ан. крови: в первые 12 мес. — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Общий ан. мочи — 1 раз в 3 мес. Ан. мочи по Нечипоренко — 1 раз в 6 мес. Ан. мочи по Аддис-Каковскому + белок в суточной моче — в первые 6 мес. наблюдения 2 раза в мес., затем 1 раз в мес., в случае стойкой	Ограничение употребления жидкости, соли. Режим с учетом активности процесса. Санация хронических очагов инфекции. β-адреноблокаторы: пропранолол — 1–2 мг/кг/сут. внутрь, атенолол — 1–2 мг/кг/сут. внутрь. Ингибиторы АПФ: эналаприл или каптоприл — 12,5–25 мг/сут. внутрь или фозиноприл — 5–20 мг/сут. Антагонисты рецепторов ангиотензина II — лозартан — 25–50 мг/сут. Блокаторы кальциевых каналов: амлодипин —	Улучшение состояния (нормализация показателей АД) Отсутствие эффекта С учета не снимать до перевода во взрослую поликлинику

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
			ремиссии в течение года — 1 раз в 3 мес. Ан. мочи по Зимницкому — 1 раз в 6 мес. Биохимические исследования крови: мочевины, мочевая кислота, креатинин, холестерин, общий белок, белковые фракции, электролиты (K, Na, Ca, Cl), СРБ — 2 раза в год. Определение титра АСЛ-О. УЗИ почек — 1 раз в год. УЗИ сердца — 1 раз в год. ЭКГ — 2 раза в год, СМАД. Определение уровня ренина, альдостерона в моче и крови. Определение 17-КС в моче	5–10 мг/сут, нифедипин — до 20 мг/сут. Диуретики: гидрохлортиазид — 2 мг/кг/сут. внутрь, спиронолактон — 3 мг/кг/сут., индапамид — 1,5 мг/сут. внутрь. Лечение интеркуррентных заболеваний. Антиагреганты (дипиридамола — 2–5 мг/сут. внутрь — до 4 нед.). Витамины: А — 5–10 мг/сут., Е — 1–1,5 мг/кг/сут. — курсами до 3 нед.	
П15.2 Гипертензия вторичная по отношению к эндокринным нарушениям	Педиатр — 1 раз в 6 мес.	Детский кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес. Эндокринолог — 1 раз в 3 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год. Нефролог, хирург — по показаниям	Измерение АД (профиль АД). Общий ан. крови — 1 раз в 6 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 6 мес. Биохимическое исследование крови: глюкоза, электролиты (K, Ca, Na, Cl) — 1 раз в год. ЭКГ — 1 раз в год. УЗИ щитовидной железы, надпочечников — 1 раз в год. УЗИ сердца — 1 раз в год, СМАД	Ограничить употребление углеводов, соли. Ингибиторы АПФ: эналаприл или каптоприл — 12,5–25 мг/сут. внутрь, фозиноприл — 5–20 мг/сут. или β-адреноблокаторы: пропранолол — 1–2 мг/кг/сут. внутрь. Антагонисты рецепторов ангиотензина II — лозартан — 25–50 мг/сут. Блокаторы кальциевых каналов: амлодипин — 5–10 мг/сут., нифедипин — до 20 мг/сут. Диуретики: гидрохлортиазид — 2 мг/кг/сут. внутрь, спиронолактон — 3 мг/кг/сут., индапамид — 1,5 мг/сут. внутрь. Лечение основного заболевания (эндокринолог, хирург). Прием препаратов постоянно под контролем АД. Направление на стационарное лечение (по показаниям)	Улучшение состояния (нормализация показателей АД) Отсутствие эффекта С учета не снимать до перевода во взрослую поликлинику

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
I33.0 Острый и подострый инфекционный эндокардит (бактериальный, септический)	Педиатр — 1 раз в 3 мес. после выписки, затем 1 раз в 6 мес.	Кардиоревматолог — 1 раз в мес. первые 3 мес. после выписки, затем 1 раз в 3 мес., в последующем 1 раз в 6 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год. Невролог — 1 раз в год. Инфекционист — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 3 мес. Биохимическое исследование крови: общий белок и белковые фракции, СРБ — 1 раз в 6 мес. Посевы крови на стерильность, посев мочи на флору — 1 раз в год. ЭКГ — 1 раз в 6 мес. УЗИ сердца — 1 раз в год, по показаниям — чаще	Антибактериальная терапия с учётом чувствительности возбудителя или терапия препаратами широкого спектра действия, возможно сочетание антибиотиков. Применение НПВС: ибупрофен — 10 мг/кг/сут., диклофенак — 2–3 мг/кг 1–2 мес., нимесулид — 5 мг/кг/сут. Преднизолон — 1–2 мг/кг. При наличии тромبوэмболических осложнений — гепарин	Улучшение состояния Стабилизация При полной клинико-лабораторной ремиссии наблюдение до передачи во взрослую поликлинику
I34.0 Митральная (клапанная) недостаточность (функциональная, регургитация) I34.1 Пролапс [пролабирование] митрального клапана: — синдром выбухающего митрального клапана	Педиатр — 1 раз в 6 мес. Педиатр — 1 раз в 6 мес.	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год	Общий ан. крови. Биохимическое исследование крови: общий белок, СРБ. ЭКГ То же + определение АСЛ-О. УЗИ сердца	Соблюдение правильного двигательного режима. Детей с ПМК I ст. без регургитации можно считать практически здоровыми. Они могут заниматься физкультурой и спортом. Дети с ПМК 1 ст. с регургитацией I и более степенью не должны заниматься тяжёлыми видами спорта, но могут заниматься физкультурой. Больные с ПМК 2 ст. и регургитацией I–II степени могут заниматься физкультурой в подготовительной группе. Пациентам с ПМК 3 ст. рекомендуются занятия в группах ЛФК (спецмедгруппы). Санация очагов инфекции. Детям с ПМК, сопровождающимся миксоматозом клапанов, для профилактики	

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
				инфекционного эндокардита во время хирургических вмешательств назначаются антибиотики широкого спектра за час до операции и 2 дня после нее	
I40 Острый миокардит	Педиатр — 1 раз в 6 мес.	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год	Общий ан. крови и мочи — 1 раз в 6 мес. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, белковые фракции — 1 раз в 6 мес., ферменты: КФК, ЛДГ, тропонин, АсТ, АлТ. Определение АСЛ-О — 1 раз в год. ЭКГ — 2 раза в год. УЗИ сердца — не реже 1 раза в год. R-графия, эндомиокардиальная биопсия сердца — по показаниям, холтер ЭКГ — при нарушении ритма. Сцинтиграфия, позитронно-эмиссионная компьютерная томография — по показаниям	После выписки из стационара: НПВС: индометацин — 2–3 мг/кг 6 нед., ибупрофен — 10 мг/кг/сут., диклофенак — 2–3 мг/кг 1–2 мес. Нимесулид — 5 мг/кг/сут.; преднизолон — 1–2 мг/кг, а также делагил — 2–3 мг/кг/сут. включая терапию в стационаре. Курсы препаратов метаболической терапии (милдронат — 250–500 мг/сут., предуктал — 30–60 мг/сут., цитохром С — 0,5 мг/кг/сут. в/в, карнитина хлорид — 50 мг/кг/сут., магнерот — 500 мг/сут., элькар — 50 мг/кг/сут.). Лечение сердечной недостаточности (сердечные гликозиды, мочегонные). Санация хронических очагов инфекции. ЛФК	При благоприятном течении снимается с учета по выздоровлению через 5 лет
I42.0 Дилатационная кардиомиопатия	Педиатр — 1 раз в 3 мес. после выписки, затем 1 раз в 6 мес.	Кардиоревматолог — 2 раза в первые 3 мес., затем 1 раз в мес. Во 2-м полугодии — ежеквартально. Затем — 4 раза в год и при любом	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 3 мес. Биохимическое исследование крови: общий белок и белковые фракции, СРБ — 1 раз в 6 мес. Определение МНО крови при назначении антикоагулянта —	Сердечные гликозиды (дигоксин, допамин — 2–5 мкг/кг/мин в/в, капельно), диуретики: метолазон (2,5–5,0 мг/сут.), фуросемид; β-адреноблокаторы: метопролол — 5 мг/сут. 2 раза в день; карведилол — до 50 мг/сут. внутрь. Ингибиторы АПФ: эналаприл или каптоприл — 12,5–25 мг/сут.	Улучшение состояния Стабилизация При полной клинико-лабораторной ремиссии наблюдение

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
		интеркуррентом заболевания	еженедельно. Посевы крови на стерильность, посев мочи на флору — 1 раз в год. ЭКГ — 1 раз в 6 мес. УЗИ сердца с доплером, холтермониторирование — 1 раз в год, по показаниям — чаще. Кардиохирург — 1 раз в год. Генетическое обследование, эндомиокардиальная биопсия. МРТ, ангиокардиография (по показаниям)	внутрь. Антикоагулянты (варфарин — 2,5–5 мг/сут., фенилин — 1 мг/кг/сут. 2 раза в день. Антиаритмические препараты — по показаниям. Метаболическая, электролитная, антиоксидантная терапия (панангин, аспаркам — 1 табл. 2–3 раза в день, эссенциале — 1 капс. 3 раза в день, эмоксипин — 5 мг/кг/сут.; неотон — 1–2 г в/в, капельно, актовегин — 1–2 драже 3 раза в день. Лечение сердечной недостаточности (мочегонные препараты, сердечные гликозиды)	до передачи во взрослую поликлинику
I42.1 Гипертрофическая кардиомиопатия	Педиатр — 1 раз в 3 мес. после выписки, затем 1 раз в 6 мес.	Кардиоревматолог — 2 раза в первые 3 мес., затем 1 раз в мес. Во 2-м полугодии — ежеквартально. Затем — 4 раза в год и при любом интеркуррентом заболевании	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 3 мес. Биохимическое исследование крови: общий белок и белковые фракции, СРБ — 1 раз в 6 мес. Посевы крови на стерильность, посев мочи на флору — 1 раз в год. ЭКГ — 1 раз в 6 мес. УЗИ сердца с доплером, холтермониторирование — 1 раз в год, по показаниям — чаще. Кардиохирург — 1 раз в год. Генетическое обследование, эндомиокардиальная биопсия. МРТ, ангиокардиография (по показаниям)	β-адреноблокаторы: пропранолол — 1–2 мг/кг/сут. внутрь, атенолол — 1–2 мг/кг/сут. внутрь. Ингибиторы АПФ: эналаприл или каптоприл — 12,5–25 мг/сут. внутрь или фозиноприл — 5–20 мг/сут. Блокаторы кальциевых каналов: амлодипин — 5–10 мг/сут., нифедипин — до 20 мг/сут. Метаболическая, электролитная, антиоксидантная терапия (панангин, аспаркам — 1 табл. 2–3 раза в день, эссенциале — 1 капс. 3 раза в день, эмоксипин — 5 мг/кг/сут.; неотон — 1–2 г в/в, капельно, актовегин — 1–2 драже 3 раза в день. Лечение сердечной недостаточности (мочегонные препараты)	Улучшение состояния Стабилизация При полной клинико-лабораторной ремиссии наблюдение до передачи во взрослую поликлинику

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
I42.4 Эндокардиальный фиброзластоз	Педиатр — раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 3 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год	Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. ЭКГ. R-графия органов грудной клетки, эндокардиальная биопсия сердца — по показаниям, холтер ЭКГ — при нарушении ритма. Сцинтиграфия, позитронно-эмиссионная компьютерная томография — по показаниям	Курсы препаратов метаболической терапии (милдронат — 250–500 мг/сут., предуктал — 30–60 мг/сут., цитохром С — 0,5 мг/кг/сут. в/в, карнитина хлорид — 50 мг/кг/сут., магнерот — 500 мг/сут., элькар — 50 мг/кг/сут.) по 30 дней 2 раза в год. Лечение средней недостаточности	Улучшение состояния Отсутствие эффекта
I44 Предсердно-желудочковая блокада I44.0 – I степени I44.1 – II степени I44.2 – III степени	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 3 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, невропатолог, кардиолхирург	ЭКГ в динамике. Общий ан. крови — 1 раз в год. Функциональная проба с атропином — 1 раз в год. УЗИ сердца — 1 раз в год, холтер мониторинг ЭКГ. Электрофизиологическое исследование сердца	Санация очагов хронической инфекции. Лечение основного заболевания. Сезонная поливитаминная терапия. Курсы препаратов метаболической терапии: милдронат — 250–500 мг/сут., предуктал — 30–60 мг/сут., цитохром С — 0,5 мг/кг/сут. в/в, карнитина хлорид — 50 мг/кг/сут., магнерот — 500 мг/сут., элькар — 50 мг/кг/сут. по 30 дней 2 раза в год. Имплантация водителя ритма	Улучшение состояния Отсутствие эффекта
I44.4 I44.5 I45.0 I45.1 I45.2 I45.3 Блокада ножек пучка Гиса (передней и задней ветви)	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год	Общий ан. крови. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, белковые фракции. Определение АСЛ-О, АсАТ, АлАТ. ЭКГ в динамике, холтер мониторинг ЭКГ, УЗИ сердца	Лечение МКД: препараты метаболической терапии (милдронат — 250–500 мг/сут., предуктал — 30–60 мг/сут., цитохром С — 0,5 мг/кг/сут. в/в, карнитина хлорид — 50 мг/кг/сут., магнерот — 500 мг/сут., элькар — 50 мг/кг/сут.). При наличии текущего миокардита — госпитализация	Улучшение состояния Стабилизация

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
M02.3 Болезнь Рейтера	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Уролог, дерматолог, ортопед, офтальмолог — по показаниям	Общий ан. крови. Общий ан. мочи. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок. R-графия наиболее пораженных суставов. То же + белковые фракции, серомукоид, сиаловые кислоты. ЭКГ в динамике. Соскоб из уретры (для выявления хламидий), НЛА типирование (B27). ПЦР, РИФ на хламидийные антигены, бореллии	Курс антибактериальной терапии до 4 нед.: эритромицин — 30 мг/кг/сут. внутрь, сумамед — 30 мг/кг на курс, кларитромицин — 15 мг/кг/сут., метронидазол — 15 мг/кг/сут. внутрь, препараты пенициллинового ряда — 50–100 тыс. ЕД кг/сут. НПВС: диклофенак натрия — 2–3 мг/кг/сут. внутрь в течение 1–6 мес., ибупрофен — 30–40 мг/кг/сут. внутрь. Сульфасалазин — 1 г/сут. внутрь длительно (не менее 6 мес.). Метотрексат — 5–7,5 мг/нед. внутрь. Гидроксихлорохин — 5–8 мг/кг/сут. (по показ.) внутрь	Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции Улучшение состояния в течение 6 мес.
M06.0 Серонегативный ревматоидный артрит M06.2 Ревматоидный бурсит M06.3 Ревматоидный узелок M06.4 Воспалительная полиартропатия	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Дерматолог, ортопед, офтальмолог — 1 раз в 6 мес.	Общий ан. крови — 1 раз в 6 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 6 мес. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, белковые фракции, глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, холестерин серомукоид, сиаловые кислоты, РФ. R-графия наиболее пораженных суставов. ПЦР, РИФ на хламидийные антигены, бореллии	После выписки из стационара: НПВС: диклофенак натрия — 2–3 мг/кг/сут. внутрь, ибупрофен — 30–40 мг/кг/сут. внутрь, нимесулид — 5 мг/кг. Метотрексат — 5–10 мг/м ² 1–2 р/нед. Преднизолон — 0,5 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы. Пульс-терапия. Делагил — 2–3 мг/кг/сут. внутрь. Циклоспорин А — 3,5–4,5 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы, лефлунамид, блокаторы цитокинов (инфликсимаб, ретуксимаб). Внутривенные иммуноглобулины — до 2 г/сут. ФТ: фонофорез с гидрокортизоном, электрофорез с лидазой	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции С учета не снимать

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
М09.0 Юношеский артрит при псориазе	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Дерматолог, ортопед, офтальмолог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 6 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 6 мес. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, белковые фракции, глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, холестерин, серомукоид, сиаловые кислоты — 2 раза в год. R-графия наиболее пораженных суставов — по показаниям. ПЦР, РИФ на хламидийные антигены, боррелии	После выписки из стационара: НПВС: диклофенак натрия — 2–3 мг/кг/сут. внутрь, ибупрофен — 30–40 мг/кг/сут. внутрь, нимесулид — 5 мг/кг/сут. Метотрексат — 5–7,5 мг/нед. внутрь. Сульфасалазин — 1 г/сут. внутрь. Преднизолон — 0,5 мг/кг/сут. внутрь (по показаниям). Циклоспорин А — 3,5–4,5 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы. Санация очагов инфекции	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции С учета не снимать
М09.1 Юношеский артрит при болезни Крона регионарном энтерите	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Гастроэнтеролог — 2 раза в год. Ортопед, офтальмолог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 6 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 6 мес. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, белковые фракции, глюкоза, билирубин, АсАТ, АлАТ, мочевины, холестерин, серомукоид, сиаловые кислоты — 2 раза в год. R-графия наиболее пораженных суставов — по показаниям	НПВС: диклофенак натрия — 2–3 мг/кг/сут. внутрь, ибупрофен — 30–40 мг/кг/сут., нимесулид — 5 мг/кг/сут. внутрь. Циклоспорин А — 3,5–4,5 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы. Сульфасалазин — 1–2 г/сут. внутрь. Санация очагов инфекции	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции С учета не снимать
М30.0 Узелковый полиартериит	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза	Общий ан. крови — 1 раз в 3–6 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 3–6 мес. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, мочевины, серомукоид, сиаловые кислоты, АсАТ,	Контроль и коррекция поддерживающей базисной терапии. Глюкокортикостероиды (преднизолон) — 0,5–1 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы в течение 6–12 мес. и более. Пульс-терапия,	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
		в год. Нефролог, пульмонолог — 1 раз в год. Гастроэнтеролог, ортопед, офтальмолог — по показаниям	АлАТ — 1 раз в 3–6 мес. Иммунологические исследования: Т- и В-лимфоциты, их количество и функциональная активность, Ig A, M, G, ЦИК. Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, тромбиновое время, время свертывания, кровотечения, протромбиновое время — 1 раз в 6 мес. ЭКГ — 1 раз в 6 мес. УЗИ органов брюшной полости. УЗИ сердца — 1 раз в 6 мес. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям	внутривенные иммуноглобулины. Цитостатические иммунодепрессанты (азатиоприн, циклофосфамид) — 1–3 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы в течение 1–3 лет и более. Препараты 4-аминохинолинового ряда (гидроксихлорохин — 5–8 мг/кг на ночь 1–1,5 года). НПВС: индометацин — 2–3 мг/кг 1–3 мес.; диклофенак — 2–3 мг/кг 2–3 мес. внутрь. При обострении очаговой хронической инфекции или ОРИ — антибактериальная терапия (препараты пенициллинового ряда — 50–100 тыс. ЕД/кг/сут.). Санация очагов инфекции	С учета не снимаются
М32.0 Лекарственная системная красная волчанка М32.1 Системная красная волчанка с поражением других органов или систем: – болезнь Либмана–Сакса;	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Нефролог, пульмонолог — 1 раз в год, по показаниям — чаще. Дерматолог, офтальмолог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 3–6 мес. Общий ан. мочи, по Нечипоренко — 1 раз в 3–6 мес. Проба Зимницкого — по показаниям. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, мочевина, креатинин, холестерин, серомукоид, сиаловые кислоты, АсАТ, АлАТ, электролиты (K, Ca, Na, Cl) — 1 раз в 3–6 мес. Иммунологические исследования: Т- и В-лимфоциты, их количество и функциональная активность, Ig A, M, G, ЦИК.	После выписки из стационара: глюкокортикостероиды (преднизолон) — 1–2 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы 1–3 года и более. Пульс-терапия. Цитостатические иммунодепрессанты (азатиоприн, циклофосфамид) — 1–3 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы 1–3 года и более. Циклоспорин А — 3–5 мг/кг/сут с постепенным снижением дозы. Селлсепт (микофенолата мофетил) — 24–32 мг/кг/сут. Блокаторы цитокинов (инфликсимаб, ретуксимаб). Ремикеид. Препараты 4-аминохинолинового ряда	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции С учета не снимаются

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
<p>– перикардит при системной красной волчанке; – системная красная волчанка: – с поражением почек; – поражением легких</p>			<p>Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, тромбиновое время, время свертывания, кровотечения, протромбиновое время — 1 раз в 6 мес. Кровь на RW. Определение LE-клеток и АНФ, антител к ДНК. Исследование крови на антифосфолипидный синдром (антитела к кардиолипину, волчаночный антикоагулянт, антитела к гликопротеинам). ЭКГ — 1 раз в 6 мес. УЗИ органов брюшной полости. УЗИ сердца — 1 раз в 6 мес. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям</p>	<p>(гидроксихлорохин — 5 мг/кг на ночь 1–1,5 года и более). НПВС: индометацин — 2–3 мг/кг/сут. 1–3 мес; диклофенак — 2–3 мг/кг/сут. 2–3 мес., нимесулид — 5 мг/кг/сут. При очагах хронической инфекции и ОРИ — антибактериальная терапия (препараты пенициллинового ряда — 50–100 тыс. ЕД/кг/сут.). Внутривенные иммуноглобулины — 0,4–2,0 г/кг/сут. Курс — 2–4 в/в инъекции. Курантил — 25–50 мг/сут.</p>	
<p>М33.0 Юношеский дерматомиозит М33.2 Полимиозит</p>	<p>Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще</p>	<p>Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Нефролог, пульмонолог — 1 раз в год. Невролог, дерматолог, гастроэнтеролог, ортопед, офтальмолог — по показаниям</p>	<p>Общий ан. крови — 1 раз в 3–6 мес. Общий ан. мочи, по Нечипоренко — 1 раз в 3–6 мес. Проба Зим-ницкого — по показаниям. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, мочевины, креатинин, холестерин, серомукоид, сиаловые кислоты, АсАТ, АлАТ ЛДГ, электролиты (К, Са, Na, Cl) — 1 раз в 6 мес. Иммунологические исследования: Т- и В-лимфоциты, их количество и функциональная активность, Ig A, M, G, ЦИК. Коагулограмма:</p>	<p>После стационарного лечения: глюкокортикостероиды (преднизолон) — 1–2 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы 1–1,5 года и более. Пульс-терапия. Цитостатические иммунодепрессанты (азатиоприн, метатрексат) — 2–3 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы 1–3 года и более. Препараты 4-аминохинолинового ряда (гидроксихлорохин — 5 мг/кг на ночь 1–1,5 года). НПВС: индометацин — 2–3 мг/кг/сут. 1–3 мес., диклофенак — 2–3 мг/кг/сут. 2–3 мес. и более, нимесулид — 5 мг/кг/сут.</p>	<p>Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции С учета не снимаются</p>

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
			АЧТВ, фибриноген, тромбиновое время, время свертывания, кровотечения, протромбиновое время — 1 раз в 6 мес. Кровь на HBs AG. ЭКГ — 1 раз в 6 мес. УЗИ органов брюшной полости. УЗИ сердца — 1 раз в 6 мес. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям	Препараты витамина Д ₂ — 2000 ЕД/сут. 1–2 мес. для предупреждения остеопороза. При очагах хронической инфекции и ОРИ — антибактериальная терапия (препараты пенициллинового ряда 50–100 тыс. ЕД/кг/сут.)	
<p>М34.0 Прогрессирующий системный склероз</p> <p>М34.1 Синдром CR(E)ST: сочетание кальциноза, синдрома Рейно, дисфункции пищевода, склеродактилии и телеангиэктазии</p> <p>М34.2 Системный склероз, вызванный лекарственными средствами и химическими соединениями</p>	Педиатр — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще	Кардиоревматолог — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Нефролог, пульмонолог — 1 раз в год. Невролог, дерматолог, гастроэнтеролог, ортопед, офтальмолог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 3–6 мес. Общий ан. мочи, по Нечипоренко — 1 раз в 3–6 мес. Проба Зим-ницкого — по показаниям. Биохимическое исследование крови: СРБ, общий белок, мочевины, креатинин, холестерин, серомукоид, сиаловые кислоты, АсАТ, АлАТ, электролиты (К, Са, Na, Cl) — 1 раз в 3–6 мес. Иммунологические исследования: Т- и В-лимфоциты, их количество и функциональная активность, Ig A, M, G, ЦИК. Коагулограмма: АЧТВ, фибриноген, тромбиновое время, время свертывания, кровотечения, протромбиновое время — 1 раз в 6 мес. ЭКГ — 1 раз в 6 мес. УЗИ органов брюшной полости.	Цитостатики (препарат выбора — Д-пеницилламин) — 5 мг/кг 2–3 года и более. Глюкокортикостероиды (преднизолон — 0,5–1 мг/кг/сут. с постепенным снижением дозы до поддерживающей 5–7,5 мг/сут. 1–1,5 года и более). НПВС: индометацин — 2–3 мг/кг/сут. до 6 мес. и более, диклофенак — 2–3 мг/кг до 6 мес. и более, нимесулид — 5 мг/кг/сут. Препараты 4-аминоинолинового ряда (гидроксихлорохин — 5–8 мг/кг на ночь 1–1,5 года). При очагах хронической инфекции и ОРИ — антибактериальная терапия (препараты пенициллинового ряда — 50–100 тыс. ЕД/кг/сут.). Противовирусные препараты (лидаза — 64 ЕД в/м № 10), препараты, улучшающие реологию крови:	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции С учета не снимаются

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
M34.8 Другие формы системного склероза: – с поражением легких; – миопатией			УЗИ сердца — 1 раз в 6 мес. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям, ФГДС	курантил — 25–50 мг/сут., аспирин — 0,1 г/год жизни, не более 2–3 г/сут., пентоксифиллин, сермион. Аллпростадил — 0,1–0,4 мкг/кг/мин, в/в, капельно; лозартан — 25–10 мг/сут. внутрь	
Q20-28 Врожденные аномалии системы кровообращения Q20 – сердечных камер и соединений Q21 – сердечной перегородки Q22 – легочного и трехстворчатого клапана Q23 – аортального и митрального клапанов Q24 Другие врожденные аномалии сердца Q25 – крупных артерий Q26 – крупных вен	До оперативного лечения: в фазе первичной адаптации до 1 мес. — педиатр 1 раз в нед., затем 1 раз в мес. до 12 мес., потом 1 раз в 3 мес. В фазе относительной компенсации — 1 раз в 6 мес. После оперативного лечения — 1 раз в мес. в течение 6 мес., затем 1 раз в 3 мес. Через 1 год после операции — 1 раз в год	До оперативного лечения: в фазе первичной адаптации до 1 мес. — кардиоревматолог — 1 раз в нед., затем 1 раз в мес. до 12 мес., потом 1 раз в 3 мес. В фазе относительной компенсации — 1 раз в 6 мес. Кардиохирург — 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — по показаниям. После оперативного лечения: кардиоревматолог — 1 раз в мес. в течение 6 мес., затем 1 раз в 3 мес. Через 1 год после	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи — 1 раз в 3 мес. ЭКГ — 1 раз в год, по показаниям — чаще. УЗИ сердца — 1 раз в год, по показаниям — чаще. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям. Холтер-ЭКГ	Режим дня, питания. Санация очагов инфекции. ЛФК. Медикаментозное лечение: в период первичной адаптации при НК — сердечные гликозиды (в возрастных дозировках); ингибиторы АПФ: эналаприл или каптоприл — 12,5–25 мг/сут. внутрь; диуретики: спиронолактон — 3 мг/кг /сут. внутрь; препараты метаболической терапии (милдронат — 250–500 мг/сут., предуктал — 30–60 мг/сут., цитохром С — 0,5 мг/кг/сут. в/в, карнитина хлорид — 50 мг/кг/сут., магнерот — 500 мг/сут., элькар — 50 мг/кг/сут.). После операции по рекомендации кардиохирурга: сердечные гликозиды в поддерживающей дозе до 9 мес., препараты метаболической терапии, гипотензивные препараты, мочегонные препараты	Благоприятный исход оперативного лечения Адаптация к физической нагрузке При благоприятном результате операции снятие с учета через 3 года

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
Q27 Другие врожденные аномалии системы периферических сосудов Q28 Другие врожденные аномалии системы кровообращения		операции — 1 раз в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Кардиохирург — по показаниям			
E78 Гиперлипидемия	Педиатр — 1 раз в год	Кардиоревматолог — 1 раз в год, консультация генетика, гастроэнтеролог, эндокринолог, нефролог — по показаниям	Липидограмма (холестерин, липопротеиды низкой и очень низкой, а также высокой плотности с определением индекса атерогенности) — дважды с повтором через неделю — 1 раз в год, биохимическое исследование (амилаза, Алт, Аст, щел. фосфатаза, глюкоза крови, мочевины, креатинин) — 1 раз в год. УЗИ печени и брахиоцефальных артерий — 1 раз в год. При наследственной отягощённости — определение апопротеидов А и В, липопротеида (а)	Соблюдение гипополипидемической диеты. Статины и фибраты — по жизненным показаниям при возрасте старше 10 лет. Секвестранты желчных кислот — холестирамин, колестипол — 4–8 г/сут. Никотиновая кислота и её производные — 0,05–1 г/сут. Препараты ω-3 и ω-6 полиненасыщенных жирных кислот (эйконол, антисклерол) — внутрь по 1–2 капс. 3 раза в день	Улучшение, возможная нормализация показателей липидограммы

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЯМИ МОЧЕПОЛОВОЙ СИСТЕМЫ

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
N 00 Острый нефритический синдром	Педиатр: в первые 6 мес., после активных проявлений — 1 раз в мес.; в последующие 6 мес. — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год	Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 2 раза в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год	Ан. мочи (общий + по Аддис-Каковскому + белок в суточной моче) в первые 6 мес. наблюдения — 2 раза в мес., затем 1 раз в мес., в случае стойкой ремиссии в течение года — 1 раз в 3 мес. Ан. мочи по Зимницкому — 2 раза в год. Общий ан. крови: в первые 12 мес. — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Биохимический ан. крови: мочевины, мочевого азота, креатинина, холестерина, общего белка, белковых фракций, электролиты (K, Na, Ca, Cl), СРБ — 2 раза в год	Диета: стол № 7. Санация хронических очагов инфекции. После стационарного лечения (по показ.) — антибиотики широкого спектра при наличии интеркуррентных заболеваний; симптоматическое лечение гипотензивная терапия: ингибиторы АПФ: эналаприл — 0,1–1 мг/кг/сут 1 раз на ночь; блокаторы Са каналов: нифедипин — 5 мг под язык, адalat — 5–10 мг/сут в один прием; β-блокаторы: метопролол — 1 мг/кг/сут в один прием, диуретики: фуросемид — 1–5 мг/кг/сут внутрь на 3 приема (под контролем АД). Фитотерапия: канефрон — курсами по 10–15 дней в месяц в течение квартала	Улучшение состояния с парциальными, частичными нарушениями функции почек Выздоровление с полным восстановлением функции почек Наблюдение в течение 5 лет При частых обострениях с учета не снимать
N 02 Рецидивирующая и устойчивая гематурия	Педиатр: в первые 6 мес., после активных проявлений — 1 раз в мес.; в последующие 6 мес. — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год	Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще.	Ан. мочи (общий + по Аддис-Каковскому + белок в суточной моче) в первые 6 мес. наблюдения — 1 раз в 10 дн., затем 1 раз в мес., в случае стойкой ремиссии в течение года — 1 раз в 3 мес. Ан. мочи по Зимницкому — 2 раза в год. Общий ан. крови: в первые 6 мес. — 1 раз в 10 дн., затем 1 раз	Стол и режим в зависимости от активности процесса. Санация хронических очагов инфекции. Лечение интеркуррентных заболеваний. Антиагреганты: дипиридамол — 2–5 мг/сут внутрь 4 нед. Витамины: А — 5–10 мг/сут 3 нед., Е — 1–1,5 мг/кг/сут 3 нед. Фитотерапия: канефрон — 10–15 дн./мес.	Улучшение состояния с парциальными, частичными нарушениями функции почек Выздоровление с полным восстановлением функции почек

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
		Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год	в 3 мес., затем 2 раза в год. Биохимический ан. крови: мочевины, мочевая кислота, креатинин, холестерин, общий белок, белковые фракции, электролиты (K, Na, Ca, Cl), СРБ — 2 раза в год. Определение титра АСЛ-О. УЗИ почек — 1 раз в год	в течение полугода, отвар крапивы двудомной, тысячелистника, плодов шиповника курсами — по 10 дн./мес. в течение квартала. При прогрессировании или отсутствии эффекта направление в стационар областного или республиканского уровней	Наблюдение в течение 5 лет При частых обострениях с учета не снимать
N 03 Хронический нефритический синдром	Педиатр: в первые 6 мес., после активных проявлений — 1 раз в мес.; последующие 6 мес. — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год	Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год	Ан. мочи (общий + по Аддис-Каковскому + белок в суточной моче) в первые 6 мес. наблюдения — 2 раза в мес., затем 1 раз в мес., в случае стойкой ремиссии в течение года — 1 раз в 3 мес. Ан. мочи по Зимницкому — 2 раза в год. Общий ан. крови: в первые 12 мес. — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Биохимический ан. крови: мочевины, мочевая кислота, креатинин, холестерин, общий белок и фракции, электролиты (K, Na, Ca, Cl), СРБ — 2 раза в год. Определение титра АСЛ-О. УЗИ почек — 1 раз в год	Диета: стол № 5 в стадии ремиссии. Режим с учетом активности процесса. Санация хронических очагов инфекции. Лечение интеркуррентных заболеваний. Антиагреганты (дипиридамол — 2–5 мг/сут внутрь до 4 нед.). Витамины: А — 5–10 мг/сут, Е — 1–1,5 мг/кг/сут курсами до 3 нед. Ингибиторы АПФ: эналаприл — 0,05–0,1 мг/кг на ночь. Фитотерапия: канефрон курсами по 15 дней в месяц 3–4 раза в год. Госпитализация в стационар областного или республиканского уровней для проведения курса противорецидивной терапии	С учета не снимать
N.04 Нефротический синдром: врожденный НС,	Педиатр: в первые 6 мес., после активных проявлений — 1 раз в мес.; последующие	Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или	Ан. мочи (общий + по Аддис-Каковскому + белок в суточной моче) в первые 6 мес. наблюдения — 2 раза в мес., затем 1 раз в мес., в случае стойкой ремиссии в течение года — 1 раз в 3 мес.	Диета — стол № 7. Иммуносупрессивная терапия: лейкеран — 0,15–0,4 мг/кг/сут, циклоспорин А — 2–5 мг/кг/сут, циклофосфан — 2 мг/кг/сут, мофетилмикофенолат — 500 мг/м ² /сут.	С учета не снимать

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
– липоидный нефроз	6 мес. — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год	обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год	Ан. мочи по Зимницкому — 2 раза в год. Общий ан. крови: в первые 12 мес. — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Биохимический ан. крови: мочевины, мочевая кислота, креатинин, холестерин, общий белок, белковые фракции, электролиты (K, Na, Ca, Cl), СРБ — 2 раза в год. Определение титра АСЛ-О. УЗИ почек — 1 раз в год	Иммуномоделирующая терапия: левамизол — 2,5 мг/кг через день. Ингибиторы АПФ и блокаторы рецепторов ангиотензина с антипротеинурической целью: эналаприл — 0,05–0,1 мг/кг/сут; лозартан — 50–100 мг/сут. Антиагреганты: дипиридамол, пентоксифиллин — 2–3 мг/кг/сут. Карбонат Са — 0,5–1 г/сут. Симптоматическая (гипотензивная, диуретическая) терапия. Поддерживающая терапия: ГКС – преднизолон (снижение дозы по схеме)	
№ 06 Изолированная протеинурия с уточненным морфологическим поражением: – протеинурия (изолированная, ортостатическая, стойкая) с морфологическим поражением	Педиатр: в первые 6 мес., после активных проявлений — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год	Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. 1 год, затем 2 раза в год. Общий ан. мочи — 1 раз в 3 мес. Посев мочи на БК — 1 раз в год. Ан. мочи по Аддис–Каковскому — 2 раза в год. Ан мочи по Зимницкому — 1 раз в год. Ортостатическая проба — 2 раза в год. Биохимический анализ крови: мочевины, креатинин, глюкоза, протеинограмма, электролиты (K, Na, Ca, Cl) — 2 раза в год, затем 1 раз в год. УЗИ почек (с определением подвижности), мочевого пузыря — 1 раз в год	Ограничение физических нагрузок, ЛФК. Ингибиторы АПФ: эналаприл — 0,05–0,1 мг/кг/сут на ночь. Блокаторы ангиотензиновых рецепторов: лозартан — 50–100 мг/сут. Антиагреганты: дипиридамол — 3–5 мг/кг 2–3 нед.	Улучшение состояния Стабилизация При полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 3 лет снятие с учета

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
<p>N10 Острый тубулоинтерстициальный нефрит Острый пиелонефрит N11.0 Необструктивный хронический пиелонефрит, связанный с рефлюксом N11.1 Хронический обструктивный пиелонефрит Пиелонефрит (хронический), связанный с аномалией: – лоханочно-мочеточникового соединения, – тазового сегмента мочеточника</p>	<p>Педиатр: в первые 3–6 мес. после активных проявлений — 1 раз в мес.; в последующие 6 мес. — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год</p>	<p>Нефролог — 1 раз в 6 мес. в первый год после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, уролог, гинеколог — по показаниям</p>	<p>Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес., затем 2 раз в год. Биохимический ан. крови: мочевины, креатинина, глюкозы, протеинограмма, электролиты (K, Na, Ca, CL), СРБ — 1 раз в год. Определение титра АСЛ-О — 1 раз в год. Общий ан. мочи — 1 раз в мес. первые 3–6 мес., затем 1 раз в 3 мес., в последующем — 2 раза в год. Посев мочи на флору и чувствительность к антибиотикам — 1 раз в 3 мес. на 1 году, затем по показаниям. Посев мочи на бак — 1 раз в год. Ан. мочи по Зимницкому — 1 раз в год. Мазок из влагалища — 1 раз в год, затем по показаниям. УЗИ почек, мочевого пузыря — 1 раз в год, по показаниям — чаще</p>	<p>Противорецидивная терапия показана детям при стихании активности процесса: до 2 лет после перенесенного острого пиелонефрита в течение 2 мес. до проведения микционной цистографии; старше 2 лет после перенесенного острого пиелонефрита при наличии расширения ЧЛС эхоскопически в течение 2 мес. до проведения микционной цистографии; с ПМР не менее 6 мес. до исчезновения ПМР; с рецидивирующим течением пиелонефрита не менее 6 мес.; с тяжелыми ВАМП до момента проведения хирургической коррекции — мочевые антисептики внутрь: нитрофурановые пр-ты (фуразолидон — 5–7 мг/кг/сут в 3 приема 2–3 нед.), пр-ты налидиксовой к-ты — 50–60 мг/кг/сут в 4 приема 2–3 нед., производные оксихинолина — нитроксолин в дозе 8–10 мг/кг на 4 приема, курс 2–3 нед. Производные сульфаниламида — ко-тримоксазол — 5 мг/кг/сут по триметоприму 2 раза в день, курс 7–8 дн. Общая продолжительность непрерывной антибакт. терапии — 4–6 нед., смена препарата каждые 7–10–14 дн. При завершении непрерывной терапии в течение 2–3 мес. поддерживающая: уросептики ежемесячно по 10 дн. или ежедневный прием ½ сут. дозы фуразолидона на ночь. Антиоксиданты через 3–5 дн. после начала антибактериальной</p>	<p>При полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 3 лет реконвалесцент, острого тубулоинтерстициального нефрита, острого пиелонефрита снимается с учета Дети с хроническим пиелонефритом с учета не снимаются</p>

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
				<p>терапии в течение 3–4 нед.: вит. Е; вит. А в течение 2 нед.; вит. С. Для улучшения почечного кровотока курсом 7–10 дн.: антиагреганты (ксантинола никотинат, пентоксифиллин) в дозе 5–10 мг/кг/сут в 2–3 приема. Для проф-ки дисбактериоза биопрепараты циклами по 30 дн. Антигистаминные пр-ты 2–3 курса по 5–7 дн. каждый. ФТ: ЭВТ № 5–7 и ультразвук № 8–10 на проекцию почек (в период стихания острых явлений); в ремиссию — тепловые процедуры (аппликации парафина, озокерита на область почек) № 8–12; электрофорез 1%-ного р-ра фурадолина № 8–10. Фитотерапия назначается при поддерживающей антибактериальной терапии в дни, свободные от приема антибиотика, уросептика. Целесообразно каждые 10–14 дней менять лекарственные травы</p>	
N.17.0 Острая почечная недостаточность с тубулярным некрозом Тубулярный некроз острый	Педиатр: в первые 6 мес., после активных проявлений — 1 раз в мес.; последующие 6 мес. — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год	Нефролог — 1 раз в 3 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог,	Ан. мочи общий: в первые 6 мес. — 2 раза в мес., затем 1 раз в мес.; на 2-м году — 1 раз в 3 мес. Проба Зимницкого первые 6 мес. — 1 раз в 3 мес., в последующем — 2 раза в год. Определение аммонийацидогенеза, миллиосмолярности мочи, клиренса,	Режим в зависимости от состояния. Стол № 5 в течение 12 мес. от начала реконвалесценции. Гипотензивные, диуретические препараты, леспенефрил, кетостерил — по показаниям. Мембраностабилизирующие препараты. Витамины А, гр. В, С, Е. Ангиопротекторы — по показаниям	При благоприятном течении снимается с учета по выздоровлению через 1 год. При формировании нового заболевания см. соотв. нозологию

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
<p>N.17.1 Острая почечная недостаточность с острым кортикальным некрозом Кортикальный некроз: – острый, – почечный</p> <p>N.17.2 Острая почечная недостаточность с медуллярным некрозом Медуллярный (папиллярный) некроз: – острый, – почечный</p>	стоматолог — 2 раза в год, офтальмолог — 1 раз в год		β ₂ -микροглобулина. Ан. крови общий: первые 6 мес. — 1 раз в мес., в последующем — 1 раз в квартал. Биохимический ан. крови (протеинограмма, мочевины, креатинин, холестерин, К, Са, Р,) — 1 раз в 6 мес., по показаниям — чаще. УЗИ почек — 1 раз в год. РРГ — по показаниям		
<p>N20.0 Камни почки: – нефролитиаз БДУ, – конкременты или камни в почке, – коралловые конкременты, – камень в почке</p> <p>N20.1 Камни мочеточника Конкремент в мочеточнике</p> <p>N20.2 Камни почек с камнями мочеточника</p>	Педиатр: в первые 6 мес., после активных проявлений — 1 раз в 3 мес.; затем 2 раза в год	Нефролог — 1 раз в 6 мес. в первый год наблюдения после установления диагноза или обострения, затем 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год.	Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Ан. мочи по Нечипоренко — 2 раза в год. Ан. мочи по Аддис-Каковскому. Биохимические исследования крови: мочевины, креатинин, электролиты (Са, Р, К, Na, Cl, Mg), щелочная фосфатаза, холестерин — 1 раз в год. УЗИ почек, мочевого пузыря — 1 раз в год. Обзорная рентгенограмма области почек по показаниям	Санация хронических очагов инфекции; антибактериальное лечение мочевыми антисептиками в течение 6 мес. после операции; витамины А, гр. В, Е. Витамин С — по показаниям, обогащение пищи витаминами. Санаторное лечение	Отсутствие проявлений мочевой инфекции Отсутствие рецидивного камнеобразования или отхождения микролитов при почечной колике Снятие с учета при отсутствии рецидивного камнеобразования в течение 5 лет после

Продолжение табл. 2

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
N20.9 Мочевые камни неуточненные – калькулезный пиелонефрит N21.0 Камни в мочевом пузыре – конкременты в дивертикуле мочевого пузыря – камень мочевого пузыря N21.1 Камни в уретре N21.8 Другие камни в нижних отделах мочевых путей		Уролог — 2 раза в год, по показаниям — чаще			операции или самостоятельного отхождения микролитов при спорадическом камнеобразовании

48

При тяжелом и среднетяжелом течении пиелонефрита — стационарное лечение. При легком течении пиелонефрита лечение может проводиться в поликлинике, начиная с в/м введения цефалоспоринов 3-го поколения: цефотаксим в дозе 50–100 мг/кг/сут в 2 приема 7–8 дн., цефтриаксон — 20–100 мг/кг/сут.

Продолжение табл. 2

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
N.25.0 Почечная остеодистрофия: – азотемическая остеодистрофия	Педиатр — 1 раз в 3 мес. в течение 1 года наблюдения, затем 2 раза в год	Нефролог, ортопед, офтальмолог, эндокринолог — 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Гинеколог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи + электролиты (K, Na, Ca, CL) — 1 раз в мес. первые 6 мес., затем 1 раз в 3 мес. Биохимический ан. крови: мочевина, креатинин, холестерин, общий белок и белковые фракции, электролиты (K, Na, Ca, P, Cl), ЩФ, глюкоза — 1 раз в	Диета с ограничением продуктов, богатых фосфатом. Карбонат Ca от 1,0 до 1,6 г/сут (по элементарному Ca). Активные метаболиты вит. Д (кальцитриол, кальцидол — 0,25–1 мкг/сут) и др. Курсы повторять через	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции Хронизация Прогрессирование Отсутствие эффекта Развитие ятрогенных осложнений

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
			мес. до нормализации показателей, затем 1 раз в 6 мес. Рентгенография костей нижних конечностей — 1 раз в год. УЗИ почек — 1 раз в год	1,5–2 мес. Госпитализация в стационар (по показ.)	С учета не снимать
N.25.1 Тубулярные нарушения, связанные с потерей фосфатов Почечный(ая): – рахит, – карликовость	Педиатр — 1 раз в 3 мес. в течение 1 года наблюдения, затем 2 раза в год	Нефролог, ортопед, офтальмолог, эндокринолог — 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Гинеколог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи + электролиты (K, Na, Ca, CL) — 1 раз в мес. первые 6 мес., затем 1 раз в 3 мес. Биохимический ан. крови: общий белок и белковые фракции, мочевины, креатинин, холестерин, электролиты (K, Na, Ca, P, Cl), ЩФ, глюкоза — 1 раз в мес. до нормализации показателей, затем 1 раз в 6 мес. Рентгенограмма костей нижних конечностей — 1 раз в год. УЗИ почек — 1 раз в год	Диета богатая фосфором (яйца, рыба, сливочное масло и др.). Фосфатный буфер — по 50–100 мл/сут. Витамин Д ₃ — по 10000–25000 МЕ ежедневно 1 мес. Затем доза — индивидуально до снижения активности ЩФ и увеличения фосфора в крови. Метаболиты витамина Д ₃ : альфакальцидол — по 0,25–1 мкг/сут, кальцитриол — 0,5–1,5 мкг/сут, оксидевит — 1 мкг/сут. Массаж нижних конечностей	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции Хронизация Прогрессирование Отсутствие эффекта Развитие ятрогенных осложнений С учета не снимать
N.25.8 Другие нарушения, обусловленные дисфункцией почечных канальцев: – синдром Лайтвуда–Олбрайта, – почечно-канальцевый ацидоз,	Педиатр — 1 раз в 3 мес. в течение 1 года наблюдения, затем 2 раза в год	Нефролог, ортопед, офтальмолог, эндокринолог — 2 р/год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, гинеколог — по показаниям	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи + электролиты (K, Na, Ca, CL) — 1 раз в мес. первые 6 мес., затем 1 раз в 3 мес. Биохимический ан. крови: общий белок и белковые фракции, мочевины, креатинин, холестерин, электролиты (K, Na, Ca, P, Cl), ЩФ, глюкоза — 1 раз в мес. до	Диета, режим (см. выше). Нестероидные противовоспалительные препараты — по показаниям: курс лечения 4–6 мес., включая лечение в стационаре; дезагреганты, ангиопротекторы: курс лечения 3 мес., включая лечение в стационаре; вит. А, В, С, Е; мочегонные, гипотензивные по показаниям;	Улучшение состояния Стабилизация Компенсация функции Хронизация Прогрессирование Отсутствие эффекта Развитие ятрогенных осложнений. С учета не снимать Улучшение состояния

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
–вторичный гиперпаратиреоз почечного генеза, – нефрогенный несахарный диабет			нормализации показателей, затем 1 раз в 6 мес. Рентгенография костей нижних конечностей — 1 раз в год. УЗИ почек — 1 раз в год	леспенефрил — при повышенном уровне мочевины в крови; при рецидивирующем течении — делагил, плаквенил: курс лечения 4–6 мес., фитотерапия; ЛФК. Санаторно-курортное лечение. Ограничение соли и белка. Жидкость по диурезу. Гидрохлортиазид 2 мг/кг + индометацин 1–3 мг/кг/сут внутрь до нормализации клинических показателей	Стабилизация Компенсация функции Хронизация Прогрессирование Отсутствие эффекта Развитие ятрогенных осложнений. С учета не снимать
N27.0 Маленькая почка односторонняя N27.1 Маленькая почка двусторонняя N27.9 Маленькая почка неуточненная	Педиатр — 2 раза в год, по показаниям — чаще	Нефролог, уролог — 1 раз в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год	Общий ан. крови — 1 раз в год. Общий ан. мочи — 1 раз в год. Посев мочи на микрофлору, БК — 1 раз в год. Биохимический ан. крови: общий белок, мочевина, мочевиная кислота, креатинин, глюкоза, СРБ — 1 раз в год. УЗИ почек — 1 раз в год. Обзорная рентгенография — 1 раз в год	Ограничение физических нагрузок. Диета с учетом функции почек. Симптоматическая терапия (гипотензивные препараты по показ.)	С учета не снимать
N39.0 Инфекция мочевыводящих путей без уточненной локализации	Педиатр — 1 раз в 3 мес. в течение 1 года наблюдения, затем 2 раза в год	Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Нефролог, уролог, гинеколог — по показаниям	Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Ан. мочи по Нечипоренко или Аддис–Каковскому — 2 раза в год. Лейкоцитограмма мочи (соотношение нейтрофилов и лимфоцитов) — 3-стаканная	Диета № 5. Увеличенная водная нагрузка, коррекция запоров, частое и полное опорожнение мочевого пузыря, правильная личная гигиена. Антибиотики внутрь или уросептики при	Снятие с учета при условии полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 2 лет

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
			проба. Посев мочи на микрофлору и чувствительность к антибиотикам — 2 раза в год. Биохимический анализ крови: общий белок, электролиты (K, Na, Ca, CL), СРБ, мочевины, креатинин, глюкоза — 1 раз в год. Мазок из влагалища на флору. УЗИ почек, мочевого пузыря — 1 раз в год	неэффективности в течение 3 дн. в/м — полусинтетические пенициллины или цефалоспорины 3-го поколения. По показаниям антигистаминные препараты 5–7 дн. Фитотерапия: отвары цветов ромашки, василька полевого, травы зверобоя, листа толокнянки, брусники (травы чередовать). ЛФК	
N39.1 Стойкая протеинурия неуточненная	Педиатр — 1 раз в 3 мес.	Нефролог — 2 раза в год, по показаниям — чаще. Стоматолог, отоларинголог, офтальмолог — 2 раза в год	Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, холестерин, ионограмма, протеинограмма) — 1 раз в 3 мес. Ан. мочи по Зимницкому с определением белка в каждой порции — 2 раза в год. Ан. кала на яйца гельминтов, соскоб на энтеробиоз — 2 раза в год. Лабораторные исследования в зависимости от основного заболевания	Дозированный двигательный режим. Диета № 7, гиполипидемическая диета. НПВС, снижающие протеинурию (индометацин — 2–3 мг/кг/сут, ибупрофен — 10 мг/кг/сут в 3 приема). Антиагреганты (дипиридамол — 3–5 мг/кг/сут в 3 приема). Ингибиторы АПФ (по показ.): каптоприл (0,5 мг/кг/сут в 3–4 приема). Глюкокортикоиды (преднизолон — 0,5–0,7 мг/кг/сут) — по показ. Стабилизаторы клеточных мембран: витамины (А — 5–10 мг/сут, Е — 1–1,5 мг/кг/сут). Вит. В ₆ — 1 мг/кг/сут. АТФ — 0,5–1 мл, чередуя с кокарбоксилазой 25–100 мг/сут в/м 10 инъекций. ЛФК	С учета не снимаются

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
N39.2 Ортостатическая протеинурия неуточненная	Педиатр — 2 раза в год	Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Нефролог, гинеколог, офтальмолог — по показаниям	Общий ан. крови — 2 раза в год. Биохимический анализ крови: электролиты (K, Na, Ca, CL), тимоловая проба, АлАТ, АсАТ — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Ан. мочи по Зимницкому с определением белка в каждой порции — 2 раза в год. Ан. кала на яйца гельминтов, соскоб на энтеробиоз — 2 раза в год. УЗИ почек, мочевого пузыря — 1 раз в год	Дозированный двигательный режим. Диета № 5. Антиоксидантная терапия в течение 3–4 нед.: витамин Е из расчета 1–2 мг/кг/сут; витамин А из расчета 1 капля на год жизни 3,44%-ного р-ра 1 раз в день в течение 2 нед.; кислота аскорбиновая — 0,1–0,15 г/сут. Антиагреганты (дипиридамол — 3–5 мг/кг/сут в 3 приема). ЛФК	Снятие с учета при условии полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 2 лет

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДЕТЕЙ С БОЛЕЗНЯМИ БРОНХОЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
<p>J13 Пневмония, вызванная <i>Streptococcus pneumoniae</i> J15.8 Другие бактериальные пневмонии J15.9 Бактериальная пневмония не-уточненная</p>	<p>Педиатр — 1 раз в 6 мес.</p>	<p>Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год Консультация детского пульмонолога</p>	<p>Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям. Бактериологическое исследование мокроты — по показаниям Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям. Бактериологическое исследование мокроты — по показаниям. Иммунологическое исследование: Т, В-лимфоциты, Ig A, M, G, ЦИК</p>	<p>Массаж общий и грудной клетки, дыхательная гимнастика (курсы в течение 2–3 мес.). Оздоровление в загородной зоне или местном санатории</p>	<p>Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции Снятие с учета через 1 год</p>
<p>J40 Бронхит не-уточненный, как острый или хронический</p>	<p>Педиатр — 1 раз в 6 мес.</p>	<p>Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Консультация детского пульмонолога</p>	<p>Общий ан. крови — 2 раза в год. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Р-графия органов грудной клетки — по показаниям. Бактериологическое исследование мокроты — по показаниям. Иммунологическое исследование: Т, В-лимфоциты, Ig A, M, G, ЦИК</p>	<p>Стол и режим в зависимости от активности процесса. Санация хронических очагов инфекции. Лечение интеркуррентных заболеваний. При отсутствии эффекта направление в стационар областного или республиканского уровней</p>	<p>Выздоровление с полным восстановлением физиологического процесса или функции Снятие с учета через 1 год</p>

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
J41 Простой и слизисто-гнойный хронический бронхит	Педиатр — 1 раз в 6 мес.	Детский пульмонолог — 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, кардиолог — 1 раз в год. Консультация фтизиатра — 1 раз в год	Общий ан. крови — 1 раз в 3 мес. Общий ан. мочи — 2 раза в год. Спирография — 1 раз в год. R-графия органов грудной клетки — по показаниям. Бактериологическое исследование мокроты — 1 раз в год. ЭКГ — 1 раз в год. УЗИ сердца — 1 раз в год	Стол и режим в зависимости от активности процесса. Санация хронических очагов инфекции. Лечение интеркуррентных заболеваний. Ингаляции щелочные. Массаж общий и грудной клетки. ЛФК. Витамины: А — 5–10 мг/сут, Е — 1–1,5 мг/кг/сут курсами до 3 нед. При отсутствии эффекта направление в стационар областного или республиканского уровней. При бактериальной инфекции: антибиотики гр. аминопенициллина, «защищенные». При неэффективности — «новые» макролиды: амоксициллин/клавуланат внутрь или азитромицин — 5–12 мг/кг/сут 5 дн. Муколитики	Достижение ремиссии С учета не снимать
J84.0 Альвеолярные и париесто-альвеолярные нарушения Легочный альвеолярный микролитиаз	Педиатр — 1 раз в 6 мес.	Детский пульмонолог — 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год, кардиолог — 2 раза в год. Эндокринолог — 1 раз в год. Консультация фтизиатра — 1 раз в год	Общий ан. крови: в первые 12 мес. — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Биохимические исследования крови: глюкоза, мочевины, креатинин, холестерин, общий белок, белковые фракции, электролиты (К, Na, Са, Cl), Иммунологическое исследование: Т, В-лимфоциты, Ig А, М, G, ЦИК — 1 р/год. СРБ — 2 р/год. Спирография — 1 раз в год. ЭКГ — 1 раз в год. УЗИ сердца — 1 р/год	Поддерживающие индивидуальные дозы кортикостероидов (преднизолон) — 1,0–2,5 мг/сут в течение 1–2 года. По показ.: препараты калия (оротат калия) — 10–20 мг/кг/сут; дигоксин — 0,01 мг/кг/сут. Симптоматическое лечение	Достижение ремиссии С учета не снимать

Диагноз по МКБ X	Частота наблюдения	Осмотр врачами других специальностей	Наименование и частота лабораторных и других диагностических исследований	Основное лечебно-оздоровительное мероприятие	Критерии оценки эффективности диспансеризации
J84.1 Другие интерстициальные легочные болезни с упоминанием о фиброзе: – диффузный легочный фиброз, – фиброзирующий альвеолит (криптогенный), – синдром Хаммена–Рича, – идиопатический легочный фиброз	Педиатр — 1 раз в 6 мес.	Детский пульмонолог — 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Хирург — по показаниям	Общий ан. крови, мочи — 2 раза в год. Биохимические исследования крови: общий белок, белковые фракции, электролиты (K, Na, Ca, Cl) холестерин — 2 раза в год. Иммунологическое исследование: Т, В-лимфоциты, Ig A, M, G, ЦИК — 1 раз в год. Спирография — 1 раз в год. ЭКГ — 1 раз в год. УЗИ сердца — 1 раз в год	Поддерживающие индивидуальные дозы кортикостероидов: преднизолон — 1,0–2,5 мг/сут. По показ.: препараты калия: оротат калия — 10–20 мг/кг/сут; дигоксин — 0,01 мг/кг/сут. Симптоматическое лечение и/или поддерживающие индивидуальные дозы комплексобразующих соединений: пеницилламина — 1–2 мг/кг/сут и/или иммуномодуляторы: азатиоприна — 1–1,5 мг/кг/сут. Дезагреганты: пентоксифиллин — 1,5–3 мг/кг внутрь 2–3 р/дн., курсы — 2–4 нед.	Улучшение состояния Стабилизация При полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 3 лет снятие с учета
J90 Плевральный выпот, не классифицированный в других рубриках Плеврит с выпотом J91 Плевральный выпот при состояниях, классифицированных в других рубриках J96.0 Острая респираторная недостаточность J96.1 Хроническая респираторная недостаточность					Дети с хроническими неспецифическими заболеваниями легких с учета не снимаются

ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРИ БОЛЕЗНЯХ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
K31 Другие болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (включены функциональные расстройства желудка)	Педиатр — 2 раза в год, отоларинголог, стоматолог — 1 раз в год. Гастроэнтеролог — при установлении диагноза, далее — по показаниям. Другие специалисты — по показаниям	Данные анамнеза (давность клинических проявлений). Болевой синдром (локализация, длительность, частота, связь с приемом пищи). Диспептический синдром (нарушение аппетита, тошнота, рвота, отрыжка, изжога). Астеновегетативный синдром (утомляемость, головная боль, вялость, раздражительность и др.)	Анализ крови, копрограмма — 2 раз в год. ЭГДС — с биопсией, рН-метрия при установлении диагноза, в дальнейшем — по показаниям	Диета № 5, при клинико-лабораторной ремиссии — чередование с № 15. При болевом синдроме — спазмолитики, обволакивающие средства. При повышенной кислотообразующей функции — антациды курсами 2–3 нед., при пониженной — стимулирующая, заместительная терапия. При моторных нарушениях — прокинетики курсом 2 нед. Седативные средства растительного происхождения — курсы по 4 нед. Фитотерапия — курсы по 4 нед 2 раза в год. Минеральные воды — курсы по по 4 нед 2 раза в год. ФТЛ — электросон, ДМВ на воротниковую обл. и др. Психо-, рефлексотерапия	Отсутствие жалоб, диспептических проявлений, изменений при ЭГДС и в биоптатах Нормализация моторики и кислотности Снятие с учета через 1 год после ликвидации клинических и параклинических проявлений
K21 Гастроэзофагальный рефлюкс K21.0 Гастроэзофагальный рефлюкс с эзофагитом (рефлюкс-эзофагит)	Педиатр — 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Гастроэнтеролог — 1 раз в год, по показаниям — чаще	Данные анамнеза (давность клинических проявлений). Диспептический синдром (изжога, регургитация, рвота). Болевой синдром (боли за грудной клеткой и в эпигастрии, связь с приемом	Анализ крови, мочи — 2 раза в год. ЭГДС с биопсией слизистой оболочки пищевода — при постановке диагноза, затем — по показаниям.	Диета № 5, исключение продуктов и медикаментов, провоцирующих ГЭР. При ГЭР без эзофагита и эзофагите I ст. — антациды 2–3 нед., прокинетики 3–4 нед. При эзофагите II степени — H ₂ -блокаторы 3 нед. с переходом на поддерж. курс или ингибиторы протонной помпы на 3 нед. с постепенной отменой, антациды — после отмены	Отсутствие жалоб, диспептических проявлений, изменений при проведении инструментально-лабораторных исследований Снятие с учета через 2 года

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
K21.9 Гастроэзофагальный рефлюкс без эзофагита (эзофагиальный рефлюкс БДУ)	Другие специалисты — по показаниям	продуктов, снижающих давление в нижнем пищеводном сфинктере)	Внутрипищеводная рН-метрия, специальные методы исследования (эзофаготонометрия, рентгенологические, сцинтиграфия пищевода) — по показаниям	антисекреторных препаратов 3–4 нед. ГЭР с эзофагитом III–IV ст. — ингибиторы протонной помпы — 3–4 нед. с переходом на поддерж. курс, прокинетики курсом 3–4 нед, репаранты — на 4 нед. Седативные растительного происхождения (валериана, пустырник) — на 4 нед. ФТЛ: СМТ-форез с церукалом на обл. эпигастрия, ДМВ на воротниковую зону, электросон. Санаторное лечение — «Пралеска», «Неман», «Случь». В ремиссии — сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкае	
K29.4 Хронический атрофический гастрит	Педиатр — в течение первого года после выявления или обострения заболевания — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Осмотр гастроэнтеролога — 1 раз в год, по показаниям — чаще. При сочетании с аутоиммунными	Данные анамнеза (генетическая предрасположенность — наличие у родственников или больного хронических заболеваний ЖКТ, аутоиммунных заболеваний). Диспепсический синдром (снижение аппетита, тошнота, отрыжка воздухом, неустойчивый стул).	Общий анализ крови, мочи, копрограмма — 2 раза в год; ФГДС с биопсией — 1 раз в год. При установлении диагноза аутоиммунного хронического атрофического гастрита: обнаружение в крови аутоантител к париетальным клеткам желудка, уровень гастринемии, иммунограмма; интрагастральная рН-метрия по показаниям;	Диета № 2 с ограничением молока, в стадии стойкой ремиссии № 15, с исключением плохо переносимых продуктов, а также вызывающих брожение в кишечнике. Обволакивающие средства растительного происхождения — на 2–3 нед., средства заместительной терапии (ферменты) курсами до 2 нед.; стимулирующие кислотно- и секреторное образование препараты — на 2–3 нед.; витаминотерапия (А, Е, С, гр. В); фитотерапия — 2–3 курса в год по 4 нед. ФТЛ, методы,	Отсутствие жалоб, диспепсических явлений, улучшение самочувствия, отсутствие изменений при ЭГДС и в биоптатах, нормализация кислотности Снятие с учета при отсутствии клинических и параклинических

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
	заболеваниями — эндокринолог, гематолог и другие специалисты — по показаниям	Болевой синдром (длительность, частота, связь с приемом пищи, локализация болей). Астеновегетативный синдром (головные боли, утомляемость, вялость, раздражительность)	биохимический анализ крови (билирубин, общий белок и фракции, ЩФ, алат, альфа-амилаза, сывороточное железо) — 1 раз в год; УЗИ органов брюшной полости с определением сократительной функции желчного пузыря — однократно, далее — по показаниям	способствующие улучшению микроциркуляции в слизистой желудка; курсы хлоридно-натриевых минеральных вод — по 30–40 дней 2–3 курса в год. Психо- и рефлексотерапия. Санаторное леч. «Пралеска», «Неман», «Случь», сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкае	проявлений в течение 3 лет
К 29.3 Хронический поверхностный гастрит К 29.5 Хронический гастрит: – антральный, – фундальный К29.6 Другие гастриты К 29.7 Гастрит неуточненный	Педиатр — 2 раза в год. Осмотр гастроэнтеролога — 1 раз в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Другие специалисты — по показаниям	Данные анамнеза (наследственно-конституционная обусловленность, давность клинических проявлений). Диспепсический синдром (нарушение аппетита, тошнота, рвота, регургитация, отрыжка воздухом, изжога, изменение стула). Болевой синдром (длительность, частота, связь с приемом пищи, локализация болей).	Анализ крови, мочи, копрограмма — 2 раза в год; ЭГДС с биопсией; исследование на НР; интрагастральная рН-метрия однократно, затем по показаниям; биохимический анализ крови (билирубин, общий белок и фракции, ЩФ, алат, альфа-амилаза) — по показаниям; УЗИ органов брюшной полости с определением сократительной функции желчного пузыря — однократно, в дальнейшем — по показаниям	Диета № 5, в стадии стойкой ремиссии — чередование с диетой № 15, с исключением плохо переносимых продуктов. Противоречивое лечение — 2 раза в год. Антациды или антисекреторные (H2-блокаторы, ингибиторы протонной помпы), обволакивающие, репаратанты — курс 2–3 нед. При обнаружении НР: схемы эрадикационной терапии на 7 дней, при устойчивости — резервные схемы с препаратами солей висмута, симптоматические средства; витаминотерапия (А, Е, гр. В) — 2–3 нед.; седативные растительные средства — 2 курса в год на 4 нед; ФТЛ:	Отсутствие жалоб, диспепсических явлений, улучшение самочувствия, отсутствие изменений при ЭГДС и в биоптатах, нормализация кислотности Снятие с учета при отсутствии клинических и параклинических проявлений в течение 3 лет При хроническом аутоиммунном

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
		Астеновегетативный синдром (головные боли, утомляемость, вялость, раздражительность)		СМТ, озокерит и др. на эпигастр. обл. Фитотерапия — 2 курса в год по 4 нед; курсы щелочных минеральных вод по 30–40 дней (не ранее 2 мес. после обострения). Психо- и рефлексотерапия. Санаторное леч. «Пралеска», «Неман», «Случь», сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкай	атрофическом гастрите с учета не снимаются
K25 Язва желудка K26 Язва двенадцатиперстной кишки	Педиатр: каждые 3 месяца в течение первого года и после обострения, в последующем — 2 раза в год. Гастроэнтеролог — 2 раза в год, по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 1 раз в год. Психотерапевт и другие специалисты — по показаниям	Данные анамнеза (наследственная предрасположенность). Диспепсический синдром (снижение или усиление аппетита, тошнота, рвота, отрыжка кислым, изжога, поносы, запоры). Болевой синдром (длительность, частота, наличие болей натощак, ночных, «мойнигановский ритм боли», связь с приемом пищи, локализация боли). Астеновегетативный синдром (головные боли,	Анализ крови, мочи, копрограмма — 2 раза в год. ФГДС с биопсией; исследование на НР; интрагастральная рН-метрия — 1 раз в год; УЗИ органов брюшной полости с определением сократительной функции желчного пузыря — однократно, затем по показаниям	Стол № 5 (на период обострения — № 1) зигзагообразный (чередование с общим столом) в период стойкой ремиссии. Противорецидивное лечение — 2 раза в год (в периоды наиболее вероятного обострения); в зависимости от клинического течения назначаются средства, способствующие снижению кислотности и обволакивающие средства: антациды, H ₂ -гистаминоблокаторы или ингибиторы протонной помпы — 2 нед, затем поддерживающая терапия до 4–6 нед.; при выявлении НР: эрадикационная терапия в сочетании с препаратами солей висмута, репаратанты (после обострения) на 4 нед., витамины А, Е, гр. В; ФТЛ (методы, способствующие улучшению микроциркуляции в пилорoduodenальной зоне); щелочные	Отсутствие или урежение обострений, отсутствие осложнений, нормализация данных ФГДС и кислотности Снятие с учета при полной клинико-лабораторной ремиссии в течение 5 лет

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
		головокружение, утомляемость, вялость, раздражительность)		минеральные воды (не ранее 6 мес. после обострения) курсом до 4 нед; фитотерапия — 2–3 курса в год по 4 нед. Противорецидивное лечение в условиях отделения мед. реабилитации; психо-рефлексотерапия. Санаторное леч. «Пралеска», «Неман», «Случь», сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкае	
K 58 Синдром раздраженного кишечника K 59 Другие функциональные заболевания кишечника	Педиатр — 2 раза в год, ЛОР, стоматолог — 1 раз в год. Гастроэнтеролог, психоневролог — при установлении диагноза, далее — по показаниям. Другие специалисты — по показаниям	Данные анамнеза (давность клинических проявлений). Болевой синдром (локализация, длительность, частота, связь с приемом пищи). Диспептический синдром (тошнота, вздутие живота, нарушения стула). Астеноневротический синдром	Анализ крови, копрограмма, соскоб на энтеробиоз — 2 раза в год, мазок на ПКФ — 1 раз в год, исследование кала на простейшие. Бактериограмма — по показаниям. Ректороманоскопия — по показаниям	Диета № 2. Противорецидивное лечение — 2 раза в год. Курсы лечения в отделении мед. реабилитации — седативные средства, фитотерапия — курсы по 4 нед. ФТЛ — 1–2 курса в год. Психо-рефлексотерапия	Снятие с учета через 1 год после ликвидации клинических и параклинических проявлений
K50 Болезнь Крона K51 Язвенный колит K51.0 Язвенный (хронический) энтероколит	Педиатр — 1 раз в 3 месяца, при тяжелом течении — ежемесячно. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Гастроэнтеролог или	Болевой синдром (схваткообразные боли в животе сразу после приема пищи, ноющие боли во второй половине дня, усиление болей после погрешности в диете,	На первом году наблюдения или после обострения: ан. крови, копрограмма — при каждом осмотре; ан. мочи — 2 раза в год; ан. кала на дисбиоз — 1 раз	Диета в пределах стола № 4 с обогащением белками. После выписки из стационара продолжается прием салицилатов внутрь длительно (до 6–12 мес. от начала лечения) в малых постепенно снижающихся дозах. Доза снижается постепенно каждые 2 нед. на 0,25 г под контролем стула.	Отсутствие или урежение обострений, нормализация стула, восстановление слизистой кишечника по данным ректо- и колоноскопии

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
K51.1 Илеоколит K51.2 Проктит K51.3 Рекетосигмоидит	проктолог — 2 раза в год. При тяжелом течении — чаще. Психотерапевт, хирург, аллерголог и др. специалисты — по показаниям	уменьшение после дефекации и отхождения газов). Диспепсический синдром (метеоризм, поносы, запоры, их чередование, кал в виде «пробки»). Астеновегетативный синдром. Проявления пищевой аллергии. Наличие и степень выраженности дисбактериоза кишечника. Признаки анемизации. Показатели физического развития и гиповитаминоз	в 3 мес.; биохимический. ан. крови (контроль функции почек при лечении месалазином) — 2 раза в год, по показаниям — чаще. На втором году и в последующие годы — ан. крови, мочи, копрограмма — 2 раза в год; ан. кала на дисбиоз — 2 раза в год; б/х. ан. крови, иммунограмма — по показаниям. По показаниям — тесты на переносимость дисахаров и потовая проба. УЗИ кишечника, ректо-, колоноскопия с биопсией, R-логическое исследование — по показаниям	Поддерживающая доза составляет 0,25–0,125 г. При ухудшении стула возвращаются к предыдущей дозе салазопиридозина. Гипосенсибилизирующая терапия короткими курсами (5–6 дней) ежемесячно. Фитотерапия с чередованием трав по 10–14 дней. Биопрепараты курсами по 2–3 мес. 2–3 раза в год. Седативные средства до 4 нед. Витаминотерапия (витамины А, С, гр. В, РР, фолиевая кислота). Ферментотерапия — курсы по 10 дней, 2–3 курса. Профилактические курсы лечения — 2–3 раза в год: мексаза, мексаформ, нитрофурановые препараты — на 10–14 дней; ферменты — 7–10 дней с 7-дневными перерывами (2–3 курса); коррекция дисбиоза: биопрепараты на 1–2 мес. в зависимости от степени дисбиоза; спазмолитики — по показаниям; коррекция анемии и витаминных нарушений (А, Е, гр. В); курсы минеральных вод; физио- и фитотерапия (лучше в условиях санатория). Санаторное леч. «Пралеска», «Неман», «Случь», сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкае	С учета не снимаются При передаче в подростковый кабинет полное обследование в стационаре

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
K82.3 Другие уточненные заболевания желчного пузыря: – искинезия	Педиатр — 2 раза в год. Гастроэнтеролог — по показаниям. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Психотерапевт — по показаниям	Болевой синдром — болезненность в правом подреберье (положительные пузырные симптомы — Ке-ра, Ортнера, Мерфи, Куршакова и т. д.). Синдром диспепсии (снижение аппетита, тошнота, рвота). Астеновегетативный синдром (слабость, вялость, головная боль, головокружение, утомляемость)	Ан. крови, копрограмма, кал на я/г — 2 раза в год; кал на лямблии — по показаниям. Биохимический ан. крови — по показаниям. УЗИ печени, желчного пузыря — 1 раз в год. Дуоденальное зондирование — по показаниям	Диета стол № 5 — в течение 6 мес. Режим в зависимости от дискинезии. Противорецидивное лечение — 2 раза в год: при гипермоторной дискинезии — холеретики, холеспазмолитики курсами по 2–4 нед. 2–3 курса; при гипомоторной дискинезии — холекинетики по 2–3 нед. 2–3 курса 2 раза в год. Фитотерапия — 2–3 курса в год по 2–4 нед. ФТЛ — 1–2 курса в год. Санаторное лечение «Пралеска», «Неман», «Случь»	Отсутствие жалоб Нормализация психовегетативных реакций Нормализация данных УЗИ Нормальные функциональные показатели проб печени Снятие с учета через 1 год
K80 Желчнокаменная болезнь (холелитиаз) K81 Холецистит K81.1 Хронический холецистит K83 Холангит	Педиатр — 1 раз в 3 мес. на первом году, затем 2 раза в год. Гастроэнтеролог — 2 раза в год. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Психотерапевт, хирург и другие специалисты — по показаниям	Болевой синдром болезненность в правом подреберье (положительные пузырные симптомы). Диспептический синдром. Признаки астеновегетативного синдрома. Гепатомегалия, окраска кожных покровов	Ан. крови, копрограмма — 2 раза в год; биохимический анализ крови — 1 раз в год. УЗИ печени, желчного пузыря — 1 раз в год по показаниям — чаще. Дуоденальное зондирование — по показаниям. Специальные методы исследования по показаниям (компьютерная томография, ядерно-магнитный резонанс, ретроградная холангиопанкреатография)	Диета стол № 5, с ограничением животных жиров. Противорецидивное лечение — 2 раза в год: холеспазмолитики курсами по 2–4 нед. 2–3 курса. По показаниям — препараты желчных кислот. Фитотерапия — 2–3 курса в год по 2–4 нед. Витамины: антиоксидантный комплекс — 2–3 курса в год. ФТЛ — по показаниям. Санаторное леч. «Пралеска», «Неман», «Случь». В ремиссии — сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкае	Отсутствие жалоб, обострений, камнеобразования Снятие с учета через 3 года после ликвидации клинических и параклинических проявлений При холелитиазе с учета не снимается

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
<p>K86 Другие болезни поджелудочной железы K86.1 Другие хронические панкреатиты: – непрерывно рецидивирующий, – возвратный (рецидивирующий), – инфекционный</p>	<p>Педиатр — на 1-м году после установления диагноза или обострения — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Гастроэнтеролог — 2 раза в год по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раз в год. Психотерапевт, эндокринолог — по показаниям</p>	<p>Общее состояние: болевой синдром; диспептический синдром; астеновегетативный синдром; весовую кривую</p>	<p>Ан. крови, копрограмма — 1 раз в 3 мес. на 1-м году; изоамилаза панкреатическая, липаза крови, амилаза мочи — 2 раза в год; глюкозо-толерантный тест — 1 раз в год; инсулин ИФА — 1 раз в год. УЗИ органов брюшной полости — 1 раз в год; дуоденальное зондирование (для определения бикорбанатного остатка) — по показаниям</p>	<p>Диета № 5. Противорецидивное лечение: на первом году наблюдения — 4 раза в год, в последующем — 2 раза в год. Заместительная ферментотерапия: в первые 6 мес. — 2 нед. каждого мес., затем 2 раза в год. Курсы минеральных вод — 2 раза в год. Фитотерапия. ФТЛ: индуктотермия, парафиновые озокеритовые аппликации на область живота — 2 раза в год. Санаторное леч. «Пралеска», «Неман», «Случь». В ремиссии — сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкае</p>	<p>Отсутствие обострения Улучшение общего состояния, достижения клинико-лабораторной ремиссии С учета не снимаются</p>
<p>K86.2 Киста поджелудочной железы K86.3 Псевдокиста поджелудочной железы K86.8 Другие уточненные заболевания поджелудочной железы (атрофия, калькулез, фиброз и др.)</p>	<p>Педиатр — на 1-м году после выявления или обострения — 1 раз в 3 мес., затем 2 раза в год. Гастроэнтеролог — 2 раз в год по показаниям — чаще. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Психотерапевт, эндокринолог, хирург — по показаниям</p>	<p>Общее состояние: болевой синдром; диспептический синдром; астеновегетативный синдром; весовая кривая</p>	<p>Ан. крови, копрограмма — 1 раз в 3 мес. на 1-м году; изоамилаза панкреатическая, липаза крови, амилаза мочи — 2 раза в год; глюкозо-толерантный тест — 1 раз в год; инсулин ИА — 1 раз в год. УЗИ органов брюшной полости — 1 раз в год; дуоденальное зондирование (для определения бикорбанатного остатка) — по показаниям</p>	<p>Диета № 5. Противорецидивное лечение: на первом году наблюдения — 4 раза в год, в последующем — 2 раза в год по 4 нед. Ферментотерапия: в первые 6 мес. — 2 нед. каждого месяца, затем 2 раза в год. Курсы минеральных вод — 2 раза в год. Фитотерапия. ФТЛ: индуктотермия, парафиновые озокеритовые аппликации на область живота — 2 раза в год. Сан.-кур. лечение в сан. «Белоруссия» в Друскининкае</p>	<p>Отсутствие обострения Улучшение общего состояния, достижения клинико-лабораторной ремиссии С учета не снимаются</p>

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
E84 Кистозный фиброз E84.1 Кистозный фиброз с кишечными проявлениями E84.8 Кистозный фиброз с другими проявлениями E84.9 Кистозный фиброз неуточненный	Педиатр: в течение 6 мес. после выявления заболевания — 1 раз в мес., затем — 1 раз в 3 мес. Гастроэнтеролог, пульмонолог, отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Другие специалисты — по показаниям	Данные анамнеза: наследственно-конституциональная обусловленность; частота и характер стула; динамика веса; функциональное состояние поджелудочной железы и печени; наличие и степень выраженности легочных проявлений заболевания	Ан. крови, копрограмма перед осмотром педиатра; бактериограмма — 1–2 раза в год. УЗИ органов брюшной полости — 1 раз в год. По показаниям: биохимический ан. крови, иммунограмма, пилокарпиновый тест, проба Швахмана (R-плен. тест); дуоденальное зондирование, R-графия грудной клетки, бронхография	Противорецидивное лечение (весной и осенью на 4 нед.) — 2 раза в год. Курсы индивидуальных поддерживающих доз панкреатина 1,0–2,5 г/сут под контролем копрограммы. Курсы биопрепаратов — 1–1,5 мес. Витаминотерапия — 1 мес. ФТЛ (ингаляции муколитиков) — 1 раз в 2–3 мес. № 10–15	С учета не снимаются
K90.0 Целиакия (глютенчувствительная энтеропатия)	Педиатр: в первые 6 мес. после выписки из стационара — ежемесячно, затем 1 раз в 3 мес. При стойкой ремиссии — 1 раз в 6 мес. Гастроэнтеролог — 1 раз в 6 мес.; обследование в гастроэнтерологическом отделении — 1 раз в год. Аллерголог, эндокринолог и др. — по показаниям	Данные анамнеза: наследственно-конституциональная предрасположенность; перенесенные желудочно-кишечные заболевания; волнообразное течение. Клинические признаки: непереносимость глютенсодержащих продуктов (овес, пшено, рожь, ячмень); потеря массы тела, отставание в росте;	Биопсия слизистой оболочки дуоденум — при установлении диагноза; элиминационный тест с глиадином, гликемические кривые с нагрузкой ди- и моносахаридами — 1 раз в год; мочевая экскреция Д-ксилозы — 1 раз в год; общий анализ крови, копрограмма, бактериограмма — соотв. кратности осмотров; биохимический анализ крови — 1 раз в год,	Высококалорийная диета с исключением продуктов, содержащих глютен (мука, крупа из зерна пшеницы, ячменя, ржи, овса и др.). Первые 6 мес. после выписки — щадящее питание: сахар заменить глюкозой, исключить молоко. Прием заместительных ферментов после стационара — 1 мес.; биопрепаратов — 1–1,5 мес. Фитотерапия — 1 мес. По показаниям — препараты железа, кальция.	Отсутствие жалоб, нормальные показатели физического развития, функций нервной системы, улучшение аппетита, нормализация стула С учета не снимаются

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
		снижение аппетита; увеличение живота; полифекалия, стеаторея; гиповитаминоз, при длительном течении — нарушение всех видов обмена; нарушение функций ЦНС (вялость, адинамия)	при стойкой ремиссии — по показаниям. Ig A, Ig J крови — по показаниям	Противорецидивное лечение — 2 раза в год. Витамины, антигистаминные — по показаниям. Массаж детям до 3 лет общий, старше — массаж живота, нижних конечностей, ЛФК. Курсовое лечение в отделении мед. реабилитации	
<p>65</p> <p>K73 Хронический гепатит K73.0 Хронический персистирующий гепатит K73.2 Хронический активный гепатит</p>	<p>Педиатр — 1 раз в 1–2 мес. 1 год, при стабилизации процесса — 1 раз в 3 мес. При вирусной этиологии: инфекционист, гепатолог или гастроэнтеролог — 1 раз в 3 мес. Отоларинголог, стоматолог — 2 раза в год. Психотерапевт — 1 раз в год.</p>	<p>Анамнез (перенесенный острый гепатит, парентеральные вливания, переливания крови и ее заменителей, беременность и роды, перинатальная патология, оперативные вмешательства). Жалобы (утомляемость, вялость, диспепсические изменения, боль в животе, похудание, боль в суставах, субфебрилитет). Объективные данные: астеновегетативный синдром; абдоминально-болевой синдром; мезенхимально-воспалительный</p>	<p>Ан. крови — 1 раз в 3 мес., ан. мочи (желчные пигменты, уробилин) — 1 раз в 3 мес.; биохимический ан. крови — 1 раз в год; иммунограмма — 1 раз в год; серологические маркеры всех парентеральных гепатитов: при постановке диагноза, в дальнейшем — по показаниям: при ХВГВ — НВ А, анти-НВ, анти-соч, анти-соч дМ, анти-Нве, Нве; при необходимости — РСР, ДНК; при ХВГД — то же и анти-НД; при ХВГС — анти-НС, при необходимости РСР, РНК; УЗИ органов брюшной полости — 2 раза</p>	<p>Режим дня и питания. Диета № 5. Ограничение физической нагрузки. Противорецидивное лечение — 2 раза в год: желчегонные средства, гепатопротекторы, витаминотерапия курсами по 4 нед. При высокой степени активности — госпитализация. По показаниям при ХАГ — кортикостероидная терапия. При аутоиммунном гепатите — иммунодепрессанты. При вирусной этиологии — интерферонотерапия. ФТЛ, фитотерапия — в ОМР. ГБО.</p>	<p>С учета не снимаются</p>

Диагноз по МКБ X	Частота осмотра педиатром и специалистами	Обратить особое внимание	Метод обследования	Реабилитация	Критерии оценки эффективности диспансеризации и снятие с учета
		синдром (желтушный зуд, гиперпигментация, внешнепеченочные признаки хронизации); артралгии; гепатомегалия; лимфоаденопатия	в год; доплерография — 1 раз в год; исследование на ВИЧ — 2 раза в год; ФГДС — по показаниям; биопсия печени для диагностики; в дальнейшем — по показаниям	Санаторное лечение при отсутствии активности процесса: «Пралеска», «Неман», «Случь»	
K74 Фиброз и цирроз печени K74.0 Фиброз печени K74.3 Первичный билиарный цирроз печени K74.4 Вторичный билиарный цирроз печени K74.5 Билиарный цирроз, неуточненный K. Другие формы циррозов печени	Педиатр — 1 раз в 3 мес., по показаниям — чаще. Гастроэнтеролог — 1 раз в год	Те же, увеличение объема живота, асцит, пастозность	Те же (см. выше). АД. ЭКГ. УЗИ сердца — по показаниям	То же (см. выше) + мочегонные, коррекция электролитного состава, коррекция коагулопатии	С учета не снимаются

ОФОРМЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДОКУМЕНТАЦИИ ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ НА ДОМУ И ОСВОБОЖДЕНИЯ ОТ ПЕРЕВОДНЫХ ЭКЗАМЕНОВ

Перечень медицинских показаний для обучения и воспитания учащихся на дому

1. Злокачественные новообразования всех локализаций — до 6 месяцев после окончания лечения.
2. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:
 - 2.1) гемолитические анемии — до 6 месяцев от наступления ремиссии и окончания получения гормональной терапии;
 - 2.2) апластические анемии — до 6 месяцев от наступления ремиссии и окончания иммуносупрессивной терапии;
 - 2.3) нарушения свертываемости крови, тромбоцитопеническая пурпура и другие геморрагические заболевания:
 - наследственный дефицит фактора VIII, IX и другие нарушения свертываемости — тяжелое течение;
 - гемартроз с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
 - пурпура и другие геморрагические состояния — до 6 месяцев от наступления ремиссии;
 - 2.4) агранулоцитоз — до 6 месяцев от наступления ремиссии;
 - 2.5) отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:
 - первичные иммунодефициты — с момента установления диагноза;
 - саркоидоз — до 1 месяца от наступления ремиссии;
 - 2.6) состояния после трансплантации костного мозга — до 2 лет после окончания иммуносупрессивной терапии.
3. Болезни органов дыхания:
 - 3.1) дыхательная недостаточность;
 - 3.2) озена;
 - 3.3) бронхиальная астма (тяжелое течение) с частыми приступами.
4. Болезни системы кровообращения:
 - 4.1) сердечная недостаточность 2–3 степени;
 - 4.2) острая ревматическая лихорадка — активная фаза;
 - 4.3) болезни вен, лимфатических сосудов или лимфатических узлов, значительно затрудняющих передвижение.
5. Болезни органов пищеварения:
 - 5.1) печеночная недостаточность;
 - 5.2) хронический гепатит в стадии декомпенсации;

- 5.3) цирроз печени.
6. Болезни кожи и подкожной клетчатки:
- 6.1) дерматит и экзема распространенные — тяжелое течение в период обострения;
- 6.2) генерализованный пустулезный псориаз;
- 6.3) акродерматит стойкий (Аллопо).
7. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:
- 7.1) болезни костно-мышечной системы, требующие лечения гипсовой повязкой, затрудняющей самостоятельное передвижение и самообслуживание;
- 7.2) болезни костно-мышечной системы — после оперативного лечения и невозможности самостоятельного передвижения и самообслуживания;
- 7.3) системные поражения соединительной ткани — активная фаза;
- 7.4) артропатии:
- юношеский (ювенильный) артрит с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
 - первичный генерализованный остеоартроз;
 - псориатические артропатии с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
 - другие артропатии с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями.
8. Беременность с 28 недель до 70 дней послеродового периода.
9. Болезни мочеполовой системы:
- 9.1) гломерулярные болезни с выраженными и резко выраженными нарушениями функции почек и высокой степенью активности — непрерывно-рецидивирующее течение;
- 9.2) хронический тубулоинтерстициальный нефрит, непрерывно-рецидивирующее течение;
- 9.3) хроническая почечная недостаточность.
10. Болезни нервной системы:
- 10.1) последствия полиомиелита с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
- 10.2) последствия воспалительных болезней нервной системы с выраженными и резко выраженными двигательными и другими остаточными нарушениями;
- 10.3) наследственная атаксия с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
- 10.4) спинальная мышечная атрофия с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
- 10.5) дистония торсионная (генерализованная форма);
- 10.6) демиелинизирующие болезни центральной нервной системы;

- 10.7) эпилепсия с частыми припадками;
- 10.8) полиневропатии и другие поражения периферической нервной системы с выраженными и резко выраженными двигательными и другими остаточными нарушениями;
- 10.9) прогрессирующие мышечные дистрофии с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
- 10.10) врожденные миопатии с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;
- 10.11) детский церебральный паралич и другие паралитические синдромы с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями.
11. Психические расстройства и расстройства поведения:
- 11.1) шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;
- 11.2) аффективные расстройства настроения:
- маниакальный эпизод;
 - депрессивный эпизод;
 - биполярное аффективное расстройство;
- 11.3) органические, включая симптоматические, психические расстройства: деменция при других уточненных болезнях — эпилептическая, посттравматическая, постгипоксическая и другая; другие психические расстройства вследствие повреждения или дисфункции головного мозга либо вследствие физической болезни; расстройства личности и поведения вследствие болезни, повреждения или дисфункции головного мозга;
- 11.4) поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте: гиперкинетические расстройства, расстройства поведения, смешанные расстройства поведения и эмоций, расстройства социального функционирования с началом, специфическим для детского возраста, другие поведенческие и эмоциональные расстройства, начинающиеся обычно в детском и подростковом возрасте, неорганические дневные энурез и энкопрез;
- 11.5) невротические, связанные со стрессом, и соматоформные расстройства;
- 11.6) поведенческие синдромы, связанные с физиологическими нарушениями и физическими факторами: расстройства приема пищи — тяжелая степень;
- 11.7) расстройства зрелой личности и поведения с частыми декомпенсациями и социальной дезадаптацией: специфические расстройства личности, смешанное и другие расстройства личности;
- 11.8) нарушение психологического развития: общие расстройства развития — детский аутизм; атипичный аутизм; синдром Ретта; гиперактивное расстройство, сочетающееся с умственной отсталостью и стереотипными движениями; синдром Аспергера;

11.9) умственная отсталость, осложненная выраженными нарушениями поведения: легкая и умеренная умственная отсталость.

12. Врожденные аномалии (пороки развития), деформации и хромосомные нарушения:

12.1) spina bifida с выраженными и резко выраженными двигательными и тазовыми нарушениями;

12.2) врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия;

12.3) буллезный эпидермолиз.

13. Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин:

13.1) внутричерепная травма (тяжелая степень) — до 6 месяцев после выписки из стационара;

13.2) травмы спинного мозга с выраженными и резко выраженными двигательными и тазовыми нарушениями;

13.3) последствия травм с выраженными и резко выраженными двигательными и тазовыми нарушениями;

13.4) переломы позвоночника, требующие длительного лечения.

14. Недержание кала.

15. Асцит.

16. Состояние, связанное с наличием искусственного отверстия (колостома, гастростома, трахеостома и др.).

Порядок освобождения учащихся от переводных и выпускных экзаменов

Учащиеся переводных и выпускных классов могут быть освобождены от экзаменов только в исключительных случаях на основании заключения медицинской комиссии и подбираются на нее медработником школы. В перечень заболеваний входят следующие болезни и состояния:

1. Инфекционные и паразитарные болезни:

1.1) кишечные инфекции (холера, тиф и паратиф, дизентерия, ботулизм) — до выздоровления и окончания срока изоляции;

1.2) бактериальные зоонозы — до выздоровления и окончания срока изоляции;

1.3) другие бактериальные болезни (дифтерия, коклюш, скарлатина, менингококковая инфекция, септицемия, актиномикоз и др.) — до выздоровления и окончания срока изоляции;

1.4) рикетсиозы — до выздоровления и окончания срока изоляции;

1.5) вирусные геморрагические лихорадки — до выздоровления и окончания срока изоляции;

1.6) вирусные инфекции (ветряная оспа, опоясывающий лишай, корь, краснуха) — до выздоровления и окончания срока изоляции;

1.7) острый вирусный гепатит — до выздоровления;

- 1.8) ВИЧ-инфекция — постоянно;
- 1.9) другие вирусные болезни:
 - 1.9.1) эпидемический паротит — до выздоровления и окончания срока изоляции,
 - 1.9.2) инфекционный мононуклеоз (среднетяжелое и тяжелое течение) — постоянно;
 - 1.10) активный туберкулез легких и других органов — постоянно;
 - 1.11) туберкулезный менингит (острый период) — постоянно.
- 2. Злокачественные новообразования всех локализаций — до 6 месяцев от наступления ремиссии.
- 3. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:
 - 3.1) анемии различной этиологии (среднетяжелая и тяжелая форма) — не менее 6 месяцев после нормализации показателей;
 - 3.2) агранулоцитоз — до 6 месяцев от наступления ремиссии;
 - 3.3) идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура — не менее 6 месяцев после нормализации уровня тромбоцитов;
 - 3.4) геморрагический васкулит — не менее 9 месяцев после обострения;
 - 3.5) состояние после трансплантации костного мозга — до 2 лет после окончания иммуносупрессивной терапии;
 - 3.6) гемофилия (среднетяжелая и тяжелая формы) — постоянное освобождение;
 - 3.7) первичные иммунные дефициты (тяжелое течение) — постоянное освобождение;
 - 3.8) саркоидоз — постоянное освобождение.
- 4. Болезни эндокринной системы:
 - 4.1) заболевания гипофиза, щитовидной железы, надпочечников, паращитовидных желез (со значительным нарушением функции);
 - 4.2) состояние после медицинских процедур на эндокринной железе (оперативное удаление, лучевая терапия и др.) в стадии субкомпенсации или декомпенсации на фоне заместительной терапии;
 - 4.3) сахарный диабет (среднетяжелая и тяжелая формы) — постоянное освобождение.
- 5. Психические расстройства и расстройства поведения:
 - 5.1) шизофрения, шизотипические и бредовые состояния;
 - 5.2) психозы различной этиологии;
 - 5.3) расстройства поведения и личности с социальной дезадаптацией и с частыми декомпенсациями;
 - 5.4) невротические состояния, связанные со стрессом и соматоформными расстройствами;

5.5) органические расстройства, включая симптоматические психические — индивидуально по заключению ВКК и врача-психиатра.

6. Болезни нервной системы — постоянное освобождение:

6.1) последствия полиомиелита с выраженными и резко выраженными нарушениями;

6.2) последствия воспалительных болезней ЦНС с выраженными и резко выраженными двигательными и другими остаточными нарушениями;

6.3) наследственные атаксии с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;

6.4) спинальная мышечная атрофия с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;

6.5) дистония торсионная (генерализованная форма);

6.6) демиелинизирующие болезни ЦНС;

6.7) эпилепсия;

6.8) полиневропатии и другие поражения периферической НС с выраженными и резко выраженными двигательными и другими остаточными нарушениями;

6.9) прогрессирующие мышечные дистрофии с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;

6.10) врожденные миопатии с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;

6.11) детский церебральный паралич (ДЦП) с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями;

6.12) spina bifida с выраженными и резко выраженными двигательными нарушениями.

7. Болезни глаза и его придаточного аппарата:

7.1) болезни склеры, роговицы, сосудистой оболочки, сетчатки, зрительного нерва, имеющие прогрессирующее или рецидивирующее течение — постоянное освобождение;

7.2) двухсторонняя афакия или артифакия — постоянное освобождение;

7.3) односторонняя афакия или артифакия — до 1 года после хирургического вмешательства;

7.4) глаукома — постоянное освобождение;

7.5) осложненная хориоретинальная миопия независимо от степени — постоянное освобождение;

7.6) состояние после оперативного вмешательства на сетчатке — постоянное освобождение;

7.7) состояние после лазерной коагуляции на сетчатке — индивидуально до 3 месяцев после вмешательства.

8. Проникающие ранения и контузии органа зрения средней и тяжелой степени тяжести — не менее 6 месяцев после травмы, далее индивидуально в зависимости от исхода.

9. Болезни органа слуха: двухсторонняя тугоухость III–IV степени — постоянно от письменных экзаменов с восприятием текста на слух.

10. Болезни системы кровообращения:

10.1) острая ревматическая лихорадка — до 1 года после атаки;

10.2) хронические ревматические болезни с явлениями сердечной недостаточности;

10.3) болезни, характеризующиеся повышенным кровяным давлением II–III степени;

10.4) неревматические поражения клапанного аппарата и мышцы сердца с явлениями сердечной недостаточности;

10.5) кардиомиопатии (дилатационная, гипертрофическая, рестриктивная);

10.6) врожденные аномалии системы кровообращения с явлениями сердечной недостаточности;

10.7) последствия оперативных вмешательств на сердце, органах кровообращения с явлениями сердечной недостаточности;

10.8) сердечная недостаточность — постоянное освобождение.

11. Болезни органов дыхания:

11.1) хронические болезни нижних дыхательных путей, врожденные аномалиями легкого с частыми обострениями (2 и более раз в год) или явлениями дыхательной недостаточности — постоянное освобождение;

11.2) бронхиальная астма (тяжелое течение) — постоянное освобождение;

11.3) муковисцидоз — постоянное освобождение;

11.4) операции по поводу гипоплазии легких бронхоэктатической болезни — до 6 месяцев после операции;

11.5) пневмония, подтвержденная рентгенологическим исследованием — до выздоровления.

12. Болезни органов пищеварения:

12.1) язва желудка и двенадцатиперстной кишки в период обострения — постоянное освобождение;

12.2) язвенный колит — постоянное освобождение;

12.3) болезнь Крона — постоянное освобождение;

12.4) хронический гепатит (умеренная или высокая степень активности) — постоянное освобождение;

12.5) фиброз и цирроз печени; печеночная недостаточность — постоянное освобождение.

13. Болезни кожи в резко выраженной степени (эпидермолиз, распространенные экзема и псориаз, диффузный нейродермит и др.) — постоянное освобождение.

14. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:

14.1) ревматоидный артрит, юношеский (ювенильный) артрит и другие воспалительные артропатии с нарушением функции суставов и частыми обострениями — постоянное освобождение;

14.2) системные поражения соединительной ткани — постоянное освобождение;

14.3) деформации позвоночника и грудной клетки III–IV степени со значительными нарушениями функции органов грудной клетки — постоянное освобождение.

15. Болезни мочеполовой системы:

15.1) гломерулярные хронические болезни (быстро прогрессирующий нефритический синдром, хронический нефритический синдром, хронический нефротический синдром, наследственная нефропатия) — постоянное освобождение;

15.2) хронический тубулоинтерстициальный нефрит — до 3 месяцев после последнего обострения;

15.3) почечная недостаточность — постоянное освобождение;

15.4) острый нефритический синдром — до 1 года после выписки из стационара;

15.5) острый тубулоинтерстициальный нефрит — до 1 месяца после выписки из стационара, далее индивидуально в зависимости от исхода.

16. Беременность, роды: нормально протекающая — с 22 недель, патологически протекающая — в течение всей беременности.

17. Послеродовой период — до 70 дней.

18. Операции по поводу аппендицита — 2 недели после выписки из стационара.

19. Операции по поводу грыжи — 2 недели после выписки из стационара.

20. Операции по поводу непроходимости кишечника — 1 месяц после выписки из стационара.

21. Переломы костей верхних конечностей — в период иммобилизации от всех экзаменов, до 1 месяца со дня снятия иммобилизации от письменных экзаменов при переломах костей ведущей руки.

22. Переломы костей нижних конечностей — 2–3 недели со дня снятия иммобилизации.

23. Переломы черепа, позвоночника — 3 месяца после выписки из стационара, далее индивидуально в зависимости от исхода.

24. Черепно-мозговые травмы, травматические повреждения спинного мозга:

24.1) без последствий или с минимальными неврологическими нарушениями — до 2 месяцев после получения травмы;

24.2) со стойкими умеренно выраженными и выраженными неврологическими нарушениями — постоянное освобождение.

25. Последствия травм, отравлений и других воздействий внешних причин с выраженными и резко выраженными нарушениями функций органов и систем — постоянное освобождение.

26. Состояние, связанное с наличием искусственного отверстия (трахеостома, гастростома, илеостома, колостома, цистостома и др.) — постоянное освобождение.

27. Тяжелые нарушения речи (моторная и сенсорная алалия, афазия, выраженная дизартрия) — постоянное освобождение от устных экзаменов.

28. Высокая степень заикания — постоянное освобождение от устных экзаменов.

29. Другие болезни, не вошедшие в данный перечень и приведшие к выраженным и резко выраженным ограничениям жизнедеятельности — индивидуально по заключению ВКК.

САНАТОРНО-КУРОРТНЫЕ ДЕТСКИЕ УЧРЕЖДЕНИЯ

Государственное учреждение Республиканский детский пульмонологический центр реабилитации «Боровое» (Мядельский район) — неспецифические заболевания легких, БА.

Государственное учреждение Республиканский детский нефрологический центр реабилитации «Острошицкий городок» — хронические заболевания мочеполовой системы.

Государственное учреждение Республиканский детский центр реабилитации «Пралеска» (Воложинский район) — неспецифические заболевания легких, хронические заболевания желудочно-кишечного тракта.

Республиканская детская больница медицинской реабилитации — онкогематологическая, нефрологическая, урологическая реабилитация.

За пределами Республики Беларусь

Управление делами Президента

Мисхор, Украина

Друскининкай, Литовская республика

Елочка (Каменецкий район) лег., туб.

Сосновый бор (Ивацевичский район) НЗЛ, ССС

Пески (Кобринский район) НЗЛ, ССС

Лахва (Лунинецкий район) кост., туб.

Минская область (лег. туб., забол. почек)

Пуховичи НЗЛ, заб. ССС

Ивенец кост. туб.

Беларусь (Минский район) НЗЛ, сах. диабет

Пралеска (Воложинский район) заб. ЖКТ, сах. диабет, НЗЛ

Дружба (Минский район, городище) НЗЛ

Случь (Слуцкий район) НЗЛ, заб. ССС

Солнышко (Слуцкий район) заб. ЖКТ

Витебская область

Луки (Витебский район) лег. и кост. туб.

Богусhevск (Сенненский район) НЗЛ

Лепель (Лепельский район) заб. опорно-двиг. аппарата

Браслав лег. туб. для подростков

Гродненская область

Поречье НЗЛ, органы пищеварения

Краски (Волковысский район) лег. туб.

Волковыск (Волковысский район) лег. туб.

Ласточка (Дятловский район) НЗЛ

Могилевская область

Чечевичи (Кировский район)	кост. туб.
Лапичи (Осиповичский район)	НЗЛ
Вязье (Осиповичский район)	заб. ССС, опорно-двиг. апп.
Могилев-2	лег. туб.

Санатории республиканского подчинения

Острошицкий городок	мочевыд. система
«Белоруссия», Друскининкай	заб. ЖКТ, церебр. парал.
«Белоруссия», Мисхор	НЗЛ

Санатории для почечных больных

Железноводск, сан. «Салют»	мочекислые диатезы
Розы Люксембург (Кореиз)	
Трускавец, сан. «Источник»	
Байрам-Али (Туркмения)	

Неспецифические заболевания органов дыхания

Анапа, «Голубая волна»
Феодосия, «Волна»
Сочи, «Юность»

Ревматологический профиль

Сочи, Цхалтубо (кур. Лиселидзе, сан. «Цислори»)

Костно-туберкулезные санатории

Евпатория, сан. «Южный»
Евпатория, сан. «Орленок» (с 2 до 6 лет)
Алупка, сан. им. Боброва

Для детей с ДЦП

Евпатория, сан. «Искра»

Детские оздоровительные лагеря санаторного типа

«Свислочь» (Осиповичский район)	НЗЛ, заб. ЖКТ
«Неман» (от Гродно 5 км)	ревматизм, ВПС, ВСД

Санатории для детей с родителями

«Белоруссия», Друскининкай	эндокрин. пат., сах. диабет, гипоплаз. щит. железы
«Белоруссия», Мисхор	НЗЛ, заб. почек
«Боровое» (на озере Нарочь)	НЗЛ

**ПЕРЕЧЕНЬ МЕДИЦИНСКИХ ПРОТИВОПОКАЗАНИЙ
ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕТЕЙ НА ОЗДОРОВЛЕНИЕ
ЗА РУБЕЖ**

1. Острые болезни — до выздоровления.
2. Хронические болезни в стадии обострения.
3. Инфекционные и паразитарные заболевания до выздоровления и окончания срока изоляции.
4. Контакт с инфекционными больными — до окончания срока изоляции.
5. Носительство возбудителей инфекционных болезней.
6. Активный туберкулез различной локализации — до выздоровления и перевода в неактивную группу диспансерного учета.
7. Злокачественные новообразования всех локализаций — в стадии обострения и в течение 6 месяцев от наступления ремиссии.
8. Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм:
 - 8.1) анемии, связанные с питанием — до нормализации уровня гемоглобина;
 - 8.2) гемолитические анемии — в стадии обострения и в течение 6 месяцев от наступления ремиссии;
 - 8.3) апластические анемии — в стадии обострения и в течение 6 месяцев от наступления ремиссии;
 - 8.4) гемофилия и другие нарушения свертываемости крови;
 - 8.5) пурпура и другие геморрагические состояния в стадии обострения и в течение 12 месяцев от наступления ремиссии или при содержании числа тромбоцитов в крови менее $100 \times 10^9/\text{л}$;
 - 8.6) агранулоцитоз;
 - 8.7) гистиоцитоз — в стадии обострения и в течение 6 месяцев от наступления ремиссии;
 - 8.8) иммунодефицитные расстройства — тяжелое течение;
 - 8.9) саркоидоз — в период обострения.
9. Болезни глаза и его придаточного аппарата:
 - 9.1) острые воспалительные состояния (кератиты, увеиты, ретиниты);
 - 9.2) состояния после тяжелых внутриглазных операций — в первые 3 месяца после оперативного вмешательства;
 - 9.3) глаукома декомпенсированная;
 - 9.4) отслойка сетчатки операбельная.
10. Болезни системы кровообращения:
 - 10.1) острая ревматическая лихорадка;

- 10.2) хронические ревматические болезни сердца с явлениями сердечной недостаточности;
- 10.3) врожденные аномалии системы кровообращения с явлениями сердечной недостаточности;
- 10.4) состояния после оперативных вмешательств на сердце с явлениями сердечной недостаточности и в течение года после оперативного вмешательства;
- 10.5) легочное сердце и нарушение легочного кровообращения;
- 10.6) неревматические поражения клапанного аппарата и мышцы сердца с явлениями сердечной недостаточности;
- 10.7) атриовентрикулярная блокада второй степени и полная;
- 10.8) экстрасистолия — частая, ранняя, сверхранняя, политопная и желудочковая;
- 10.9) пароксизмальная тахикардия;
- 10.10) фибрилляция и трепетание предсердий;
- 10.11) аневризмы магистральных артерий.
- 11. Болезни органов дыхания:
 - 11.1) озена;
 - 11.2) хронические болезни нижних дыхательных путей с явлениями дыхательной недостаточности;
 - 11.3) астма — тяжелое течение.
- 12. Болезни органов пищеварения:
 - 12.1) язва желудка и двенадцатиперстной кишки — в течение 3 месяцев после обострения, с рецидивирующим течением и склонностью к осложнениям;
 - 12.2) грыжи рецидивирующие, затрудняющие ходьбу или нарушающие функцию внутренних органов;
 - 12.3) язвенный колит;
 - 12.4) болезнь Крона;
 - 12.5) выпадение заднего прохода и прямой кишки;
 - 12.6) стеноз заднего прохода и прямой кишки;
 - 12.7) свищ заднего прохода и прямой кишки;
 - 12.8) хронический активный гепатит;
 - 12.9) фиброз и цирроз печени;
 - 12.10) печеночная недостаточность;
 - 12.11) панкреатит хронический рецидивирующий;
 - 12.12) желчнокаменная болезнь с приступами колики;
 - 12.13) синдромы оперированного желудка;
 - 12.14) врожденные аномалии органов пищеварения с клиническими проявлениями и нарушением функции.

13. Сахарный диабет инсулинзависимый с нестабильным или быстро прогрессирующим течением; с выраженными осложнениями, ограничивающими жизнедеятельность — в состоянии декомпенсации.

14. Другие болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ — в стадии декомпенсации.

15. Болезни кожи и подкожной клетчатки:

15.1) дерматит и экзема распространенные — в период обострения;

15.2) псориаз генерализованный пустулезный, артропатический, стойкий акродерматит;

15.3) врожденная буллезная ихтиозиформная эритродермия;

15.4) буллезный эпидермолиз.

16. Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани:

16.1) ревматоидный артрит, юношеский (ювенильный) артрит и другие воспалительные артропатии с нарушением функции сустава и частыми обострениями;

16.2) системные поражения соединительной ткани;

16.3) хронический остеомиелит с наличием секвестральных полостей, секвестров или часто открывающихся свищей;

16.4) остеонекроз;

16.5) болезни костно-мышечной системы в момент нахождения в гипсовой повязке.

17. Болезни мочеполовой системы:

17.1) гломерулярные болезни, непрерывно-рецидивирующее течение;

17.2) тубулоинтерстициальные болезни, непрерывно-рецидивирующее течение;

17.3) острый нефритический синдром — в течение 12 месяцев после выписки из стационара;

17.4) острый тубулоинтерстициальный нефрит — в течение 3 месяцев после выписки из стационара;

17.5) почечная недостаточность;

17.6) мочекаменная болезнь, требующая оперативного лечения или с приступами почечной колики;

17.7) врожденные аномалии мочевой системы с нарушением выделительной функции.

18. Психические расстройства и расстройства поведения:

18.1) шизофрения, шизотипические и бредовые расстройства;

18.2) органические психические расстройства;

18.3) диссоциативные (конверсионные) расстройства;

18.4) психические расстройства и расстройства поведения, связанные с употреблением психоактивных веществ.

19. Болезни нервной системы:

19.1) эпилепсия;

19.2) поражения отдельных нервов, нервных корешков и сплетений с выраженными стойкими расстройствами движения, чувствительности или трофики, стойким болевым синдромом, частыми обострениями.

20. Состояния, связанные с наличием искусственного отверстия (трахеостома, гастростома, илеостома, колостома, цистостома и другие).

**Перечень медицинских противопоказаний
для направления детей на оздоровление за рубеж
в составе общих организованных групп**

1. Хронические болезни в стадии ремиссии, исключая:
 - 1.1) хронические болезни миндалин и аденоидов;
 - 1.2) хронический гастродуоденит;
 - 1.3) дискинезию желчного протока и желчного пузыря;
 - 1.4) пролабирование митрального клапана;
 - 1.5) бронхиальную астму, легкое течение, при отсутствии приступов в течение 6 месяцев;
 - 1.6) хронический средний отит;
 - 1.7) нейросенсорную потерю слуха;
 - 1.8) болезни мышц глаза, нарушения содружественного движения глаз, рефракции и аккомодации;
 - 1.9) церебральный паралич и другие паралитические синдромы при легкой и умеренной степени нарушения двигательной функции и сохранении способности к самостоятельному передвижению и самообслуживанию;
 - 1.10) деформирующие дорсопатии I–II степени;
 - 1.11) деформации стоп.
2. Злокачественные новообразования всех локализаций в стадии ремиссии.
3. Психические расстройства и расстройства поведения, исключая:
 - 3.1) тики;
 - 3.2) специфические расстройства речи и языка, учебных навыков;
 - 3.3) умственную отсталость легкой степени;
 - 3.4) соматоформную дисфункцию вегетативной нервной системы, легкое течение;
 - 3.5) энурез;
 - 3.6) энкопрез;
 - 3.7) заикание.
4. Болезни, требующие специального режима питания, проведения поддерживающей или заместительной терапии, постоянного постороннего индивидуального ухода и сопровождения в период пребывания за рубежом.

Раздел 1. Наименование заболевания и патологических состояний, дающих право на получение социальной пенсии сроком на 1 год

1. Выраженные двигательные, психические, речевые нарушения после черепно-мозговых травм, нейроинфекции.
2. Состояния, требующие длительной восстановительной и реабилитационной терапии в послеоперационном периоде.
3. Стойкое выраженное нарушение функции почек, высокая степень активности патологического процесса в почечной ткани.
4. Гематологические состояния, возникающие при геморрагическом васкулите с длительностью его течения более 2 месяцев и ежегодными обострениями.
5. Осложненное течение язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки, дисфункциональные маточные кровотечения на фоне коагулопатии и тромбоцитопатий.
6. Патологические состояния, обусловленные длительным (более 3 месяцев) применением сильнодействующих препаратов, назначаемых по жизненным показаниям и требующие терапевтической коррекции. К ним относятся выраженные обменные, иммунные, сосудистые поражения и др.

Раздел 2. Наименование патологических состояний, дающих право на получение социальной пенсии сроком от 2 до 5 лет

2.А. Патологические состояния, дающие право на получение социальной пенсии сроком на 2 года.

Таблица 5

Наименование заболевания и патологического состояния	Характеристика клинической картины и функционального состояния
П.1. Нервно-психические заболевания	
1. Последствия врожденных и приобретенных органических поражений нервной системы (травматической, инфекционной, интоксикационной, соматогенной, наследственно-дегенеративной и др. природы), включая детские церебральные параличи и опухоли нервной системы	Стойкие выраженные двигательные нарушения (параличи и глубокие парезы 2 и более конечностей, стойкие генерализованные гиперкинезы, расстройства координации и т. д.), резко нарушающие возможности передвижения, самообслуживания. Умеренно выраженные стойкие двигательные нарушения (парезы конечностей, стойкие генерализованные гиперкинезы, нарушения координации и т. д.), сочетающиеся с нарушениями речи, зрения, слуха, приводящие к стойкой социальной дезадаптации ребенка.

Наименование заболевания и патологического состояния	Характеристика клинической картины и функционального состояния
	Стойкие терапевтические резистентные эпилептиформные состояния (1 и более больших дневных припадков в месяц или частные ежедневные малые или бессудорожные припадки). Затяжные психотические состояния продолжительностью 3 месяца и более. Выраженные расстройства функции тазовых органов, обусловленные повреждениями спинного мозга
2. Эпилепсия	Частые терапевтические резистентные припадки (1 и более больших дневных припадков в месяц или частые, 2–3 раза в неделю, малые или бессудорожные припадки). Затяжные психотические состояния продолжительностью 3 месяца и более. Выраженное слабоумие (соответствует степени имбецильности или идиотии)
3. Шизофрения и эндогенные психозы, экзогенноорганические психозы	Затяжные психотические состояния продолжительностью 3 месяца и более. Выраженное стойкое слабоумие
4. Олигофрения	Умственная отсталость в степени имбецильности или идиотии. Умственная отсталость в степени дебильности в сочетании с выраженными нарушениями слуха, зрения, речи, опорно-двигательного аппарата и функций других органов и систем, приводящие к стойкой социальной дезадаптации ребенка. Умственная отсталость в степени имбецильности, но может обучаться по индивидуальной программе
П.2. Поражения и заболевания глаз	
1. Двухсторонние врожденные и приобретенные поражения органов зрения	Стойкое снижение остроты зрения до 0,2 (с коррекцией) в лучше видящем глазу или снижение поля зрения в лучше видящем глазу до 25° от точки фиксации во всех направлениях
П.3. Поражения и заболевания ЛОР-органов	
1. Врожденные и приобретенные поражения органа слуха, тяжелые формы слабослышания или глухоты	Отсутствие слуховой функции, нарушение речи или слабослышание 3–4 степени или глухоты
2. Врожденные или приобретенные заболевания гортани и трахеи	Отсутствие самостоятельного дыхания, постоянный уход взрослых

Наименование заболевания и патологического состояния	Характеристика клинической картины и функционального состояния
П.4. Заболевания внутренних органов	
1. Врожденные и приобретенные болезни дыхательных органов (включая состояние после резекции легких)	Стойкая дыхательная недостаточность 2 и более степеней или тяжелые и частые приступы бронхиальной астмы (4 и более в году)
2. Хронический туберкулез легких	Стойкая дыхательная недостаточность 2 и более степеней или выраженная интоксикация
3. Склерозирующие вяло текущие резистентные к терапии варианты гломерулонефрита, подтвержденные результатами биопсии почек или обследованием в специализированном нефрологическом стационаре	Нефротический синдром, гипертония, резистентная к терапии, высокая степень активности нефротического процесса
4. Заболевания, патологические состояния, пороки развития ЖКТ печени или/и желчевыводящих путей (циррозы печени, хронический агрессивный гепатит, непрерывно рецидивирующий язвенный процесс, терминальный илеит и т. п.)	Стойкое, резко выраженное нарушение функции пищеварения или/и функций печени
5. Заболевания, патологические состояния ССС, пороки сердца врожденные и приобретенные и крупных сосудов (неоперабельные или не подлежащие оперативному вмешательству до определенного возраста, состояния после оперативного вмешательства на сердце и крупных сосудах), нарушения ритма сердца, в т. ч. после имплантации кардиостимулятора	Застойная сердечная недостаточность 2–3 и более степеней или хроническая выраженная гипоксемия
6. Заболевания, патологические состояния крови: – врожденные и приобретенные заболевания крови; – геморрагические васкулиты.	Не менее 1 криза в течение года со снижением гемоглобина менее 100,0 г/л. Сочетание 2 и более синдромов с течением заболевания более 2 мес. Ежегодные обострения
7. Доброкачественные новообразования	Выраженное нарушение функции и/или косметический дефект вследствие доброкачественного новообразования

Наименование заболевания и патологического состояния	Характеристика клинической картины и функционального состояния
П.5. Заболевания кожи	
1. Кератиты. Ихтиоз (тяжелые формы), эритродермия Брока (буллезная и небуллезная формы), дискератоз Дорье и др. Буллезные дерматозы (дистрофический эпидермолиз). Тяжелые формы кожных болезней (псориазная эритродермия, псориазная артропатия, пустулезный псориаз, атопическая эритродермия), диффузный нейродермит, красный волосистый лишай Деверти. Тяжелые формы наследственных заболеваний (пигментная ксеродема и др.). Диффузные заболевания соединительной ткани (тяжелые формы склеродермии, дерматомиозит и др.)	Нарушение функции конечностей (мутиляции, контрактуры, синдактилии, эритропатии и др.), приводящие к затруднению в самообслуживании и передвижению, обширное поражение кожных покровов и слизистых (изъязвления, рубцы, эритродермия и др.), приводящие к нарушению функции жевания, глотания, стойкой физической и социальной дезадаптации

2.Б. Патологические состояния, дающие право на получение социальной пенсии сроком на 5 лет

Таблица 6

Наименование заболевания и патологического состояния	Характеристика клинической картины и функционального состояния
П.1. Генетические заболевания	
1. Фенилкетонурия 2. Галактоземия 3. Мукополисахаридоз 4. Муковисцидоз 5. Целиакия	С момента установления диагноза
П.2. Иммунодефицитные состояния (первичные врожденные) с момента установления	
П.3. Заболевания крови	
1. Острый лейкоз, лимфогранулематоз	С момента установления диагноза
П.4. Онкологические заболевания	
1. Злокачественные новообразования	С момента установления диагноза
П.5. Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации, ортопедические заболевания и последствия травм	
1. Оперированная гидроцефалия	После хирургического лечения
2. Заболевания, патологические состояния, пороки развития опорно-двигательного аппарата (полиартрит, независимо от этиологии, коллагенозы, поражения скелета при обменных заболеваниях, тяжелые формы остеомиелита)	Выраженные обширные деструкции костной ткани, функциональная недостаточность суставов 2–3 ст., нарушающая возможность передвижения и самообслуживания

Наименование заболевания и патологического состояния	Характеристика клинической картины и функционального состояния
3. Заболевания, патологические состояния, повреждения, пороки развития костей суставов	1. Травматическая ампутация (ладони, плеча, бедра или комбинации) 2. Отсутствие или врожденное недоразвитие 1 и более конечностей или их сегментов, приводящее к выраженному нарушению функции 3. Деформация позвоночника и грудной клетки 3–4 ст., резко нарушающие опорно-двигательные или приводящие к нарушениям функции органов дыхания 2 ст., или кровообращения 2 ст. 4. Выраженные нарушения функции верхних и нижних конечностей (контрактуры, параличи) после заболеваний или травм
4. Заболевания, повреждения или пороки развития пищевода, ЖКТ и мочевыводящих путей (состояние после тотальной резекции желудка или $2/3$ тонкой кишки; хроническая кишечная спаечная непроходимость с множественными свищами, коррилируемая и не подлежащая коррекции непроходимость пищевода с наложенной гастростомой и без нее. Больные, имеющие искусственный пищевод	Стойкие, резко выраженные нарушения функции пищеварения или мочевыделения. Стойкое, выраженное недержание мочи и кала, каловые, мочевые и мочекаловые свищи, не поддающиеся хирургической коррекции или не подлежащие по срокам хирургическому лечению
5. Системное поражение скелета (несовершенное костеобразование, фиброзная дисплазия, болезнь Олье, эпифизарная дисплазия, в т. ч. множественная псевдохондродисплазия и т. д.), рахитоподобные заболевания	1. Нарушения функции опорно-двигательного аппарата за счет деформации костного скелета, контрактуры и анкилозы суставов 2 или более конечностей 2. Патологические изменения костной ткани и патологические изменения мышц (остеопороз, хрящевые включения и пр.), приводящие к патологическим переломам и деформациям костей и мышц, повторным патологическим переломам, функциональной недостаточности суставов 2–3 ст.
6. Врожденные пороки развития лица с частичной или полной аплазией органов; приобретенные дефекты и деформация мягких тканей и лицевого скелета	Нарушение функции дыхания, жевания, глотания, речи

Раздел 3. Наименование заболевания и патологических состояний, дающих право на получение социальной пенсии на срок до достижения 18-летнего возраста

П.1. Нервно-психические заболевания:

1. Стойкие необратимые параличи 1 или более конечностей, стойкие выраженные необратимые формы гиперкинезов (типа двойного атетоза, хорееатетоза). Выраженные нарушения координации.
2. Олигофрения или слабоумие различного генеза, соответствующие степени идиотии или имбецильности.
3. Стойкие терапевтические резистентные в течение 2 лет и более судороги.

П.2. Поражения и заболевания глаз:

1. Двусторонние стойкие необратимые и неизлечимые врожденные и приобретенные поражения органов зрения до 0,2 (с коррекцией) в лучшем видящем глазу или сужение поля зрения до 25° от точки фиксации во всех направлениях.
2. Отсутствие или слепота одного глаза.

П.3. Заболевания внутренних органов:

1. Заболевания, патологические состояния и пороки развития органов дыхания, не подлежащие оперативному лечению с явлениями дыхательной недостаточности 2 ст. и сердечной недостаточностью. Гормонозависимая бронхиальная астма.
2. Заболевания, патологические состояния, врожденные и приобретенные пороки сердца (неоперабельные, с нарушением кровообращения 2 ст.), злокачественная гипертензия.
3. Цирроз печени, органический агрессивный гепатит. Гликогеновая болезнь. Выраженное стойкое необратимое нарушение функции печени или врожденных, наследственных, приобретенных заболеваний.
4. Заболевания почек, в т. ч. наследственные, патологические состояния, пороки развития почек и органов мочевого выделения с хронической почечной недостаточностью и/или злокачественной гипертонией, синдромом несахарного мочеизнурения. Почечный несахарный диабет.

П.4. Онкологические заболевания:

1. Некурабельные злокачественные новообразования.
2. Доброкачественные новообразования, не подлежащие хирургическому лечению, при нарушении функций органа.

П.5. Эндокринные заболевания:

1. Врожденный и приобретенный гипотиреоз. Отставание в физическом развитии.
2. Гиперпаратиреоз: при деформации скелета, резко нарушающей опорно-двигательные функции.
3. Гипопаратиреоз при наличии терапевтических резистентных частых приступов судорог.
4. Сахарный диабет (все инсулинозависимые формы).
5. Несахарный диабет (питуитрин-резистентная форма).
6. Болезнь Иценко–Кушинга при выраженной гипертонии и остеопорозе, приводящем к переломам костей.
7. Хроническая надпочечниковая недостаточность (аддисонические кризы, развивающиеся на фоне заместительной терапии).
8. Врожденная дисфункция коры надпочечников (сольтеряющая форма с развитием кризов на фоне заместительной терапии).
9. Церебрально-гипофизарный нанизм.
10. Синдром Шерешевского–Тернера.

П.6. Заболевания, патологические состояния, пороки развития системы кровообращения:

1. Гематосаркомы (лимфосаркома и др.), злокачественный гистиоцитоз, х-гистиоцитоз, гемоглобиноз.
2. Врожденные и приобретенные гипо- и апластические состояния кроветворения (гемоглобин ниже 100 г/л, тромбоциты ниже 100 тыс. в 1 мм^3 , лейкоциты 4 тыс. в 1 мм^3).
3. Гемофилия А, В, С, дефицит У, УП факторов свертывания, редкие виды коагулопатии. Болезнь Виллебранда. Тромбастения Гланцмана. Наследственные и врожденные формы тромбоцитопатий с момента установления диагноза.
4. Хроническая тромбоцитопеническая пурпура независимо от спленэктомии при непрерывно рецидивирующем течении с тяжелыми геморрагическими кризами, числом тромбоцитов 50 тыс. и менее в 1 мм^3 .
5. Хронический лейкоз, миелолейкоз.

П.7. Иммунодефицитные состояния:

1. Агамма (гипогаммаглобулинемия) при подтверждении лабораторными анализами снижения суммарной концентрации сывороточных иммуноглобулинов до 300 мг/л и менее или уровня иммуноглобулина до 200 мг/л и менее у детей старше 1 года. Наличие хронических очагов инфекции, приводящих к стойкой социальной дезадаптации ребенка.
2. Хроническая гранулематозная болезнь. Хроническое септическое состояние, в т. ч. абсцедирующее поражение легких, печени и других органов.

3. Синдром гипериммуноглобулинемии E при сочетании рецидивирующих, преимущественно «холодных» абсцессов подкожной клетчатки, легких, печени и др. органов с концентрациями иммуноглобулина E в сыворотке крови выше 1000 КЕД/л.

4. Иммунодефицитные состояния: развернутая картина ВИЧ-инфекции.

П.8. Хирургические заболевания и анатомические дефекты и деформации:

1. Неустранимое, несмотря на лечение, выраженное, постоянное недержание кала и мочи, каловые и мочекаловые свищи, порождающие нечистоплотность.

2. Выраженные стойкие необратимые нарушения функции опорно-двигательного аппарата, отсутствие 1 и более конечностей или сегментов. Системное поражение скелета, приводящее к анкилозам, контрактурам, патологическим переломам, деформациям скелета; пороки развития опорно-двигательного аппарата при отсутствии возможности самостоятельных передвижений и самообслуживания.

3. Патологические состояния, возникающие при отсутствии (врожденном или приобретенном) или выраженном недоразвитии важных органов (легкого, печени с атрезией желчевыводящих путей, почки, мочевого пузыря), приводящие к стойкому нарушению функций.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Инструкция* о порядке и критериях определения группы и причины инвалидности, перечня медицинских показаний, дающих право на получение социальной пенсии на детей инвалидов в возрасте до 18 лет и степени утраты их здоровья. Постановление МЗ РБ № 97 от 25.11.2007.
2. *Инструкция* о порядке медицинского отбора больных на санаторно-курортное лечение. Постановление МЗ РБ № 38 от 31.05.2006.
3. *О внесении* изменений и дополнений в постановление МЗ РБ от 31 мая 2006 г. № 38. Постановление МЗ РБ № 101 от 8.11.2007.
4. *Динамическое* наблюдение детского населения Республики Беларусь : учеб.-метод. пособие. Минск : МГМИ, 2001. 119 с.
5. *Поликлиническая* педиатрия : учеб. пособие / Е. П. Сушко [и др.]. Минск : Выш. шк., 2000. С. 155–248.
6. *Бовбель, И. Э.* Современные подходы к диагностике и лечению заболеваний органов пищеварения у детей : учеб.-метод. пособие / И. Э. Бовбель, В. Ю. Малюгин, А. В. Сукало. Минск : БГМУ, 2006. 63 с.
7. *Клиника, диагностика и лечение* инфекции мочевой системы у детей : учеб.-метод. пособие / З. А. Станкевич [и др.]. Минск : Технопринт, 2005. 35 с.
8. *Протокол* диагностики и лечения нефротической формы гломерулонефрита у детей / Н. А. Коровина [и др.]. М., 2000. 60 с.
9. *Нефротический* синдром у детей / М. С. Игнатова [и др.]. М. : Оверлей, 2006. 48 с.
10. *Чичко, М. В.* Сосудистые дистонии у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / М. В. Чичко, А. М. Чичко, А. В. Сукало. Минск : БГМУ, 2007. 52 с.
11. *Беляева, Л. М.* Нарушения ритма сердца и проводимости у детей и подростков : учеб.-метод. пособие / Л. М. Беляева, Е. К. Хрусталева, Е. А. Колупаева. 2-е изд., перераб. и доп. Минск : БелМАПО, 2007. 48 с.
12. *Бовбель, И. Э.* Антибактериальная терапия внебольничных пневмоний у детей в поликлинике : учеб.-метод. пособие / И. Э. Бовбель, В. Ю. Малюгин. Минск : БГМУ, 2007. 27 с.
13. *Пневмонии* / под общ. ред. Н. П. Шабалова / Детские болезни. СПб. : Питер Ком, 1999. С. 253–256.

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Раздел 1. Организация динамического наблюдения больных детей в поликлинике	3
1.1. Диспансеризация детей с заболеваниями системы кровообращения.....	7
1.2. Диспансеризация больных с заболеваниями мочеполовой системы	8
1.3. Диспансеризация детей с патологией bronхолегочной системы	9
1.4. Диспансеризация детей, страдающих болезнями органов пищеварения.....	10
Раздел 2. Детская инвалидность. Работа медико- реабилитационной экспертной комиссии (МРЭК).....	11
2.1. Показания к установлению инвалидности с детства.....	11
2.2. Классификации основных видов нарушений функций и основных критериев жизнедеятельности и степени их выраженности	12
2.3. Задачи и функции МРЭК.....	13
Раздел 3. Медицинская реабилитация	16
3.1. Функционирование отделения медицинской реабилитации	17
3.2. Организация работы дневного стационара детской поликлиники.....	19
Раздел 4. Санаторно-курортное лечение.....	23
4.1. Оздоровление детей в местных санаториях и на курортах...	23
4.2. Направление детей в составе специальных организованных групп на оздоровление за рубеж, осуществляемое на основе иностранной безвозмездной помощи	27
Приложение 1	28
Приложение 2	42
Приложение 3	53
Приложение 4	56
Приложение 5	67
Приложение 6	76
Приложение 7	78
Приложение 8	82
ЛИТЕРАТУРА	90

Учебное издание

Сукало Александр Васильевич
Малюгин Виктор Юрьевич
Бовбель Инна Эрнстовна

ОРГАНИЗАЦИЯ АМБУЛАТОРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А. В. Сукало
Редактор Н. А. Лебедко
Компьютерная верстка Н. М. Федорцовой

Подписано в печать 30.10.09. Формат 60×84/16. Бумага писчая «КюмЛюкс».
Печать офсетная. Гарнитура «Times».
Усл. печ. л. 5,35. Уч.-изд. л. 4,8. Тираж 100 экз. Заказ 392.

Издатель и полиграфическое исполнение:
учреждение образования «Белорусский государственный медицинский университет».
ЛИ № 02330/0494330 от 16.03.2009.
ЛП № 02330/0150484 от 25.02.2009.
Ул. Ленинградская, 6, 220006, Минск.