

Аномалии конституции ДИАТЕЗЫ



ЭКССУДАТИВНО-КАТАРАЛЬНЫЙ
(псевдоаллергический) ДИАТЕЗ (ЭКД) –
своеобразное состояние организма,
сопровождающееся склонностью кожи и
слизистых к возникновению инфильтративно-
дескваматозных процессов, лимфоидной
гиперплазией, лабильностью водно-солевого
обмена, особенностями обмена гистамина, белка
и углеводов.

Наиболее частыми кожными проявлениями при ЭКД являются:

- 1) пастозность кожи щек, которая сопровождается легким шелушением;
- 2) гнейс, молочный струп;
- 3) преходящая эритема кожи щек, ягодиц.

Основной особенностью кожных проявлений считается их обратимость при применении элиминационных мероприятий, гипоаллергенной диеты. К 3-4 годам проявления ЭКД проходят. Несвоевременное и неадекватное проведение у ребенка с ЭКД лечебно-профилактических мероприятий приводит к трансформации ЭКД в атопический дерматит.

Лечение, задачи лечения: предупреждение развития атопического дерматита и других аллергических заболеваний.

Схема лечения: Обязательное лечение: уход, диета, воспитание.

Вспомогательное лечение: антигистаминные препараты, ферменты, витамины, препараты кальция, кетотифен, местное лечение.

Показания для госпитализации. Дети с ЭКД наблюдаются амбулаторно.

Диета: гипоаллергенная с исключением облигатных аллергенов.

Питание детей с ЭКД должно проводиться с учетом следующих положений:

а) необходимо обеспечить детям с ЭКД длительное грудное вскармливание (хотя бы до 4-6 месяцев)

б) детей со слабой чувствительностью к белкам коровьего молока можно кормить кисломолочными смесями (НаН кисломолочный, Бифилин, ацидофильная смесь Малютка и др.);

в) если при исключении из рациона белков коровьего молока сохраняются проявления ЭКД необходимо исключить реакции на глютен (белок злаков). В этом случае следует назначить продукты, не содержащие глютен (каши НаН, Хумана, Хайнц);

г) первый прикорм вводят с 5-6 месяцев в виде гипоаллергенных каш промышленного производства. Наименее аллергогенными

являются: кукурузная и гречневая каши;

г) **первый прикорм** вводят с 5-6 месяцев в виде гипоаллергенных каш промышленного производства. Наименее аллергогенными являются: кукурузная и гречневая каши;

д) **второй прикорм** – овощного пюре (кабачки, патиссоны, капуста, картофель). Объем картофеля не должен превышать в составе овощного пюре 20%. Вначале дают прикорм одного вида овощей, затем его состав постепенно расширяют каждые 3-4 дня;

е) мясное пюре начинают вводить в 6-7 месяцев: постная говядина и свинина, конина, белое мясо индейки;

ж) третий прикорм – в 7-8 месяцев – второе овощное или овоще-крупяные блюда (кабачки, тыква, гречка);

з) требования к обработке продуктов: картофель вымачивают 12-14 часов, крупы – 1-2 часа, мясо дважды проваривают;

и) исключают: яйца, копчености, печень, рыбу, икру, морепродукты, сыры острые и плавленые, грибы, орехи, кофе, шоколад, газированные напитки, мед.

Исключают из диеты:

яйца, копчености, печень, рыбу, икру, морепродукты, сыры острые и плавленые, грибы, орехи, кофе, шоколад, газированные напитки, мед.



Медикаментозное лечение. В лечении ЭКД используют **антигистаминные препараты:** I поколения (супрастин, диазолин, фенкарол, тавегил по 2 мг/кг массы тела в сутки в 3 приёма в течение 10-14 дней); II поколения (зиртек с 6 месяцев 5-10 капель 1 раз в сутки натоцак в течение от 14 дней до 6 месяцев) ксизал; эриус, кестин, телфаст с 4-х летнего возраста по 1 таблетке 1 раз в день утром.

Антилибераторы, мембраностабилизаторы показаны при упорном течении ЭКД (кетотифен 0,05 мг/кг массы тела в сутки в 2 приёма во время еды); циннаризин – по 12,5 мг 3 раза в день, длительно в течение нескольких месяцев.

Местное лечение включает ванны с ромашкой, отрубями, чередой. Показаны индифферентные мази без гормонов (например, нафтолановая).

Детям с ЭКД необходимо ограничить необоснованное применение медикаментозных средств. Показан индивидуальный подход к проведению профилактических прививок.

Прогноз. При соблюдении требований к питанию, уходу, окружающей среде, проведении адекватных лечебных мероприятий прогноз благоприятный

ЛИМФОТИКО-ГИПОПЛАСТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ (ЛГД)

– врожденная генерализованная иммунопатия с нарушением одновременно клеточного и гуморального иммунитета и дисфункцией эндокринной системы. При ЛГД отмечается: гиперплазия ретикулярной стромы вилочковой железы и лимфатических узлов, и гипоплазия хромоффинной ткани, ретикулоэпителиального аппарата, аорты, сердца, гладкой мускулатуры, половых желез, а главное – гипофункция надпочечников. Из всех диатезов ЛГД наименее востребованный практически здравоохранением. С практических позиций большее практическое значение имеет синдром увеличенной вилочковой железы (СУВЖ).

Лечение, задачи лечения: предупреждение неблагоприятных реакций организма на стрессы, инфекции, оперативные вмешательства; уменьшение частоты инфекционных заболеваний.

Схема лечения. Обязательное лечение: диета, режим, адаптогены, витамины.

Вспомогательное лечение: иммуномодуляторы, бактериальные лизаты, глюкокортикоиды.

Показания для госпитализации: необходимость проведения углубленного обследования.

Диета. Борьба за грудное вскармливание. В случае его отсутствия -использование адаптированных кисломолочных или гипоаллергенных смесей («NAN ГА» и «Nutrilon ГА»). Постепенно и осторожно вводятся овощи и фрукты, нежирные сорта мяса, рыбы.

Режим. Необходим оптимальный двигательный режим, пребывание на свежем воздухе, массаж. Исключение сильных раздражителей (оральный путь введения медикаментов, применение щадящих процедур и т.д.)

Медикаментозное лечение. Иммуномодуляторы

(Тактивин - от 6 месяцев до 14 лет препарат назначают подкожно из расчета 2–3 мкг на 1 кг массы тела в течение 7-10 дней; тимоген – интраназально детям до 1 года по 10 мкг, 1-3 лет – по 10-20 мкг, 4-6 лет по 20-30 мкг, 7-14 лет 50 мкг в течение 3-10 дней;). Повторные курсы Тактивина до 4 раз в год. Терапию Тактивином проводят под контролем иммунограммы.

Витамины: А курсом 30 дней; В1 курсом 15-30 дней; В5 курсом 10-15 дней; В15 – курсом 2-3 месяца; С – курсом 15-30 дней; В15 - курсом 2-3 месяца

Профилактика ОРИ также включает: ограничение контактов с больными детьми, курсы виферона (мазь) 2 раза в день в нос в течение 10 дней каждого месяца 3 месяца; имунорикс - детям старше 3 лет: по 400 мг (1 флакон) один раз в сутки вне приема пищи в течение 20 дней и более., аскорбиновая кислота и витамины группы В; эхинацею – детям 1-6 лет по 5-10 капель, 6-12 лет по 10-15 капель, старше 21 лет по 20 капель 3 раза в сутки, продолжительностью не менее 8 недель.

- ЛГД устанавливается на основании особенностей клиники:**
- 1) внешний вид:** избыточная полнота, пастозность тканей (не отеки!), бледность кожи, снижение тургора тканей, некоторая гиподинамия и эмоциональная вялость, диспропорции телосложения (короткая шея и туловище, относительно длинные конечности);
 - 2) лимфопролиферативный синдром:** лимфополиаденопатия, гиперплазия небных и глоточных миндалин, разрастание аденоидов, тимомегалия;
 - 3) склонность к надпочечниковой недостаточности;**
 - 4) сердечно-сосудистый синдром:** приглушенность тонов, функциональный систолический шум на сосудах шеи, тенденция к тахикардии, тенденция к снижению АД;
 - 5) аллергические (неатопические) симптомы:** артралгии;
-
-

6) **синдром сдавления жизненно важных органов у детей** с тимомегалией, осиплость голоса, низкий тембр, «петушиный крик» при плаче, запрокидывание головы во время сна, шумное дыхание, жесткое дыхание (тимическая астма);

7) **гипопластический синдром (редко)**: гипоплазия половых органов, сердца, аорты, щитовидной и паращитовидных желез, хромоаффинной ткани надпочечников.

диагноз основывается на выявлении при рентгенологическом (ультразвуковом) исследовании увеличенной вилочковой железы.

Лабораторные исследования

В анализах крови отмечается повышение общего количества лимфоцитов;

Иммунограмма: снижение уровня Т-лимфоцитов и более высокое содержание В-лимфоцитов.

Показано применение бактериальных лизатов

местного (ИРС-19, имудон) и системного действия (бронхомунал, рибомунил и др.).

При проведении плановых оперативных вмешательств

у детей с СУВЖ рекомендуют применение малых доз (25 мг) гидрокортизона непосредственно перед оперативным вмешательством.

Фитотерапия. Назначают травы и растения, обладающие десенсибилизирующим эффектом: ромашка, тысячелистник, черника, черемша, почки и соцветия березы.

С целью стимуляции функций коры надпочечников используют настой листьев черной смородины, корень солодки.

Рекомендуются адаптогены: пантокрин - внутрь по 10-15 капель или 1/4-1/2 таблетки 2-3 раза в день, запивая водой, за 20-30 мин до еды или через 3 ч после еды. Курс лечения составляет 3-4 недели, заманиха, левзея, настойка женьшеня по 1 капле на год жизни 3 раза в день 10 дней и др.

При тимомегалии: фитотерапия (ромашка, тысячелистник, почки и соцветия березы, черемша, черника, облепиховое масло). При выраженной тимомегалии - короткие курсы глюкокортикоидов.

Вакцинопрофилактика имеет свои особенности . Для детей с **увеличенновилочковой железой I–II степени** остаются те же показания и противопоказания, что и для здоровых детей. Однако, учитывая высокую частоту перинатальной энцефалопатии, в т.ч. гипертензионно-гидроцефального синдрома, у этого контингента детей показано назначение диакарба по схеме. Вакцинацию следует проводить на фоне гипоаллергенной диеты и гипосенсибилизирующей терапии за 3 дня до и 3 дня после прививки.

Дети с СУВЖ III степени требуют наблюдения и временного медицинского отвода от профилактических прививок сроком на 3–6 месяцев. Этим детям рекомендуется повторное обследование для уточнения размеров вилочковой железы. При уменьшении размеров вилочковой железы в период клинического благополучия показана вакцинация на фоне гипоаллергенной диеты и гипосенсибилизирующей терапии. Вакцинация у детей с СУВЖ разной степени требует рациональной тактики подготовки и проведения с учетом индивидуальных особенностей ребенка. У детей с СУВЖ III степени рекомендуют курс иммунокорригирующей терапии Тактивином. После курса Тактивина реакцию Манту можно делать не ранее, чем через 2 месяца, так как возможен ложнополо

После проведения иммунокорригирующей терапии вакцинация показана не ранее чем через 1-2 месяца после ее окончания.

Дети с ЛГД и СУВЖ требуют диспансерного наблюдения иммунолога и эндокринолога.

Прогноз при ЛГД определяется особенностями клинических проявления диатеза, степенью иммунологических нарушений, эффективностью лечебно-профилактических мероприятий. Обычно при ЛДГ прогноз благоприятный.

НЕРВНО-АРТРИТИЧЕСКИЙ ДИАТЕЗ (НАД)
(урекимический или мочекислый диатез) -
наследственно обусловленный,
энзимодефицитный синдром с нарушением
пуринового обмена и повышением синтеза
мочевой кислоты. Характерна
неустойчивость углеводного и липидного
обмена, кетоацидоз, нарушение
ацетилирования.

НАД наиболее ярко проявляется в детей в возрасте 6-7 лет. В анамнезе: плохая прибавка в массе тела, неустойчивый стул, снижение аппетита. Часто отмечается белый быстрый дермографизм, тахикардия, субфебрилитет, симпатикотония.

Дети с НАД предрасположены к развитию гипотрофии, рвоте, психоневрозам, инфекционно-метаболическому артриту, дисметаболическим нефропатиям, интерстициальному нефриту, сахарному диабету.

Нервно-психический синдром: повышенная возбудимость, хорееподобные гиперкинезы, тики, ночные страхи, эмоциональная лабильность, ускоренное развитие психики и речи (дети – вундеркинды);

Дисметаболический синдром: извращение аппетита, анорексия, медленная прибавка массы тела, «беспричинные» повышения температуры, транзиторные аритмии, приглушенность тонов сердца, симптомы ацетонемических кризов (внезапная, частая, циклическая рвота с развитием обезвоживания, повышением температуры, появлением запаха ацетона), болевые симптомы (боли в животе, дизурические проявления, боли в мышцах разгибателях, мигрени, невралгии, артралгии, реже артриты).

Спастический синдром: склонность к повышению артериального давления, бронхоспазмы, головные боли, запоры, кардиалгии.

Лечение, задачи лечения: нормализация обмена мочевой кислоты, предупреждение негативного влияния мочевой кислоты на внутренние органы.

Схема лечения: Обязательное лечение: диета, режим.

Вспомогательное лечение: витаминотерапия, седативная терапия, нормализация обмена мочевой кислоты.

Показания для госпитализации: ацетонемическая рвота, необходимость углубленного обследования.

Диета: **ограничение в рационе:** телятины, птицы, субпродуктов (печень, сердце, мозги, почки, легкие), колбасных изделий, грибов (белые, шампиньоны), рыбных бульонов, студня, щавеля, шпината, ревеня, петрушки, спаржи, цветной капусты, полированного риса, овсяной крупы, соусов, бобов, рыбы, кофе, какао, крепкого чая, пряностей, специй;
- **обильное щелочное питье**, особенно во вторую половину дня (с 1 месяца 1 чайная ложка теплого дегазированного боржоми на кг массы на сутки);

- клюква, лимоны;
- витамин В6 в утренние часы;
- цитратная смесь;

в период ацетонических кризов рекомендуют: яблочные, арбузные, картофельные и другие разгрузочные дни;

в) рекомендуют в диете: молоко, молочные продукты, овощи (кроме запрещенных), фрукты и ягоды, мучные и крупяные изделия, варенье, мед, сахар, сливочное и растительное масла.

рекомендуют в диете: молоко, молочные продукты, овощи (кроме запрещенных), фрукты и ягоды, мучные и крупяные изделия, варенье, мед, сахар, сливочное и растительное масла.

Режим охранительный: достаточный отдых, ограничение чрезмерных психо-эмоциональных нагрузок, гимнастика, водные процедуры.

Седативная терапия (травы: валериана, хвощ, мята, пустырник, при необходимости - медикаментозная терапия).

Транквилизаторы (при отсутствии эффекта от фитотерапии) - сибазон, диазепам, седуксен – максимальная суточная доза для детей 10 мг 2-3 раза в день курсом по 10-14 дней.

При выраженной гиперурикемии у детей старше 10 лет показаны: этамид – детям школьного возраста по 1/2-1 таблетке 4 раза в сутки, курс лечения 10-12 дней, спустя 5-7 дней курс повторяют, лечение проводят под контролем лабораторных исследований мочи; бутадион – детям до 6 месяцев не назначают, 6-12 месяцев разовая доза 0,01 г, 1-3 лет 0,02 г, 3-4 лет 0,03г., 5-6 лет 0,04 г, 7-9 лет 0,05-0,06 г., 10-14 лет 0,08-0,1 г 3 раза в день во время еды, курс лечения 15-30 дней; аллапуринол –10-20 мг/кг в сутки, принимают внутрь 3 раза в день после еды, запивая большим количеством воды, в течение 2-4 недель; оротовая кислота – внутрь за 1 час до или через 4 часа после еды по 0,25-0,3 г 2-3 раза в день, колхицин – для профилактики 1 мг вечером, курс 3 месяца, применяется у детей старше 12 лет.

Прогноз при НАД определяется
выраженностью проявлений
диатеза, степенью нарушений
обмена мочевой кислоты,
реакцией ребенка на
проведение лечебно-
профилактических мероприятий.

АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ (атопическая экзема, синдром atopической экземы/дерматита) (АД) – хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, которое начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте и приводит к физической и эмоциональной дезадаптации ребенка и членов его семьи.

АД развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими аллергическими заболеваниями.

Рабочая классификация АД

Возрастные периоды болезни:

- I возрастной период - младенческий (до 2-х лет);
- II возрастной период - детский (от 2-х лет до 13 лет);
- III возрастной период - подростковый и взрослый (от 13 лет и старше).

Стадии болезни:

- стадия обострения (фаза выраженных клинических проявлений, фаза умеренных клинических проявлений);
- стадия ремиссии (неполная и полная ремиссия).

Эпидемиология процесса: ограниченно-локализованный; распространенный; диффузный.

Степень тяжести процесса: легкое течение; средней тяжести; тяжелое течение

Лечение, задачи лечения: уменьшение выраженности симптомов болезни; обеспечение длительного контроля над заболеванием, путем предотвращения или снижения тяжести обострения; изменение естественного течения заболевания. Полное излечение пациента в некоторых случаях невозможно.

Схема лечения: Основные направления терапии АД: устранение причинных факторов, вызывающих обострение (диета, гипоаллергенный быт), лечебно-косметический уход за кожей; наружная противовоспалительная терапия, антигистаминные препараты.

Вспомогательное лечение: энтеросорбция, лечебный плазмаферез, фототерапия, цитостатики, антибиотики, витамины, иммуномодуляторы, пробиотики.

Показания к госпитализации: обострение АД, сопровождающееся нарушением общего состояния; распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием; рецидивирующие кожные инфекции; неэффективность стандартной противовоспалительной терапии; необходимость проведения аллергологического обследования.

Диета при АД должна исключать продукты, роль которых в развитии АД доказана. Для детей первого года жизни оптимальным питанием является грудное молоко. При его отсутствии при легких проявлениях АД используют адаптированные смеси с низкой степенью гидролиза (гипоаллергенные смеси – Нан гипоаллергенный, Хипп ГА, Хумана ГА и др.). При выраженных проявлениях АД показано назначение смесей на основе высокой степени гидролиза белка (Алфаре, Нутрилон Пепти ТСЦ, Нутрамиген и др.). Прикормы детям с АД рекомендует водить на 1 месяц позже, чем здоровым.

Наружная терапия АД включает в себя уход за кожей (увлажнение и смягчение) и использование лекарственных средств, наносящихся на кожу. Наружная терапия АД является обязательной частью лечения. Основными задачами наружной терапии при АД являются: а) купирование зуда и воспаления; б) повышение барьерной функции кожи, восстановление водно-липидного ее слоя; в) проведение адекватного ухода за кожей.

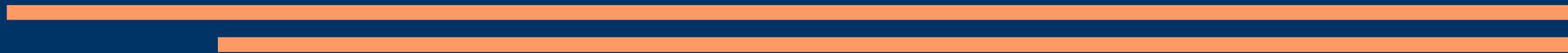
Уход за кожей должен осуществляться в зависимости от фазы АД:

1. Острая и подострая фазы с мокнутием кожи:

- показано применение влажно-высыхающих повязок, примочек, орошений термальной водой;
 - пораженные участки кожи следует своевременно очищать от гноя, корок, чешуек;
 - купание детей в эту фазу дерматита не противопоказано, если соблюдаются все правила купания;
 - при невозможности купания, применяют очистку кожи специальными мицелловыми растворами (Далианж);
 - использование кремов и мазей в этой фазе АД не показано, так как их применение может спровоцировать мокнутие.
-
-

2. Острая и подострая фазы без мокнутия кожи:

- ежедневное купание с последующим использованием кремов с ненасыщенной текстурой;
- из средств ухода за кожей предпочтение отдается орошениям термальной водой, использованию эмульсий предпочитают специальное мыло, гель, мусс.



3. Хроническая фаза:

- основным является применение достаточного количества увлажняющих и главным образом смягчающих средств;
 - обязательным является нанесение увлажняющих/смягчающих средств после купания (табл. 1.10);
 - некоторым больным, имеющим выраженную сухость кожи, можно рекомендовать неоднократную ванну (душ) в течение дня для усиления гидратации кожи с последующим нанесением на нее увлажняющих/смягчающих средств.
-
-

Для наружной терапии АД применяют:
топические глюкокортикоиды (ТГК), Элидел,
традиционные лечебные средства (анилиновые
красители, нафталан, деготь, ихтиол, АСД
фракция III). В зависимости от остроты
воспалительного процесса для лечения
применяют: лосьоны, болтушки, кремы, гели,
липогели, мази

Методика применения ТГКС

- наружные кортикостероиды назначают в период выраженного обострения АД;
 - ограничить длительность такого лечения несколькими днями;
 - не применять высокоактивные глюкокортикостероиды для лечения детей, особенно раннего возраста (табл. 1.8);
 - на кожу лица и складок не наносить высокоактивные глюкокортикостероиды;
 - наносить кортикостероидные препараты только на наиболее пораженные участки кожи;
 - исключить длительное применение кортикостероидов.
-
-

Противопоказаниями к применению

наружных кортикостероидов являются:

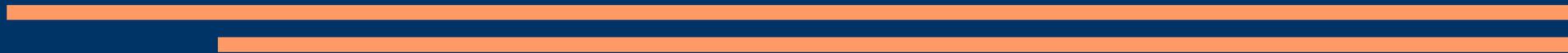
1. Туберкулезный или сифилитический процессы в области нанесения препарата;
 2. Вирусные заболевания, в том числе простой герпес, ветряная оспа, опоясывающий лишай в области нанесения препарата;
 3. Кожные реакции на вакцинацию в области нанесения препарата;
 4. Наличие повышенной чувствительности к компонентам препарата.
-
-

Средства дерматологической косметики для ухода за сухой и атопичной кожей:

-атодерм

-мустелла

-лакобейз



Системная терапия АД представлена антигистаминными препаратами, стабилизаторами тучных клеток.

Антигистаминная терапия – важный этап лечения АД. Антигистаминные препараты I поколения (димедрол, пипольфен, супрастин, тавегил и др.) из-за выраженных побочных явлений для лечения применяются все реже.

Предпочтение при лечении АД следует отдавать препаратам II поколения: Лоратадин, Дезлоратадин, Цетиризин, Фексофенадин.

Антибактериальная терапия

Местное применение антибактериальных препаратов разумно в очагах, колонизированных *staphylococcus aureus*.

Системное применение антибиотиков может быть оправдано у пациентов с подтвержденной бактериальной инфекцией кожи на больших участках.

Комбинированная терапия: тридерм, фуцирокт, фуцидин Г.

Системная иммуномодулирующая терапия применяется в случаях тяжелого течения АД, рефрактерного к стандартной терапии местными средствами.

Системные глюкокортикоиды преднизолон (перорально) или триамцинолон (внутримышечно) можно назначать короткими курсами для купирования тяжелых обострений АД.

Прогноз при АД

зависит от возраста детей. Считают, что дети, заболевшие АД на 1-м году жизни имеют лучший прогноз заболевания. С другой стороны, нередко при раннем развитии АД заболевание протекает тяжелее. Неблагоприятное влияние на прогноз оказывают другие сопутствующие заболевания (поллиноз, аллергический ринит).

РАХИТ (Р).

В настоящее время под Р понимают нарушение минерализации растущей кости, обусловленное временным несоответствием между потребностями растущего организма в фосфатах и кальции и недостаточностью систем, обеспечивающих их доставку в организм ребенка. Р является самым частым заболеванием, связанным с нарушением фосфорно-кальциевого гомеостаза, у детей 1-го года жизни.

Нарушения фосфорно-кальциевого обмена у детей раннего возраста чаще всего проявляются гипокальциемиями различного происхождения с клиническими проявлениями со стороны костно-мышечной системы. Наиболее частым заболеванием является Р. Причиной гипокальциемии может быть дефицит витамина D и нарушения его метаболизма, обусловленные временной незрелостью ферментных систем органов (почки, печень), регулирующих этот процесс. Реже встречаются первичные генетически детерминированные заболевания почек, желудочно-кишечного тракта, паращитовидных желез, костной системы, сопровождающиеся нарушениями фосфорно-кальциевого гомеостаза со сходной клинической картиной.

Классификация рахита	Период болезни	Характер течения
Степень тяжести		
1-я (легкая)	Начальный	Острое
2-я (средней тяжести)	Разгара Реконвалесценц	Подострое Рецидивирующее
3-я (тяжелая)	ии Остаточных явлений	(практически не встречается)

Лечение. Задачи лечения: восстановление дефицита витамина D в организме, коррекция нарушения фосфорно-кальциевого обмена, купирование проявлений Р (деформация костей, мышечная гипотония, дисфункции внутренних органов).

Схема лечения. Обязательные мероприятия: препараты витамина D, режим, солнечные и воздушные процедуры.

Вспомогательное лечение: диета, витаминотерапия, водные процедуры, массаж препараты кальция.

Показания для госпитализации: необходимость углубленного обследования (проведение дифференциального диагноза), отсутствие эффекта от назначения препаратов витамина D.

Режим, соответствующий возрасту ребенка, длительное пребывание на воздухе с достаточной инсоляцией (не менее 2-3 часов ежедневно).

Диета - естественное вскармливание, при искусственном вскармливании использование адаптированных смесей, соответствующих возрасту ребенка. Важным является своевременное введение прикормов.

В настоящее время практически все педиатры согласились с тем, что специфическое лечение Р целесообразно проводить малыми лечебными дозами витамина D. Суточная доза витамина D при I-II степени Р при этом составляет 1500-2000 МЕ, курс – 100000–150000 МЕ; при II-III степени – 3000-4000 МЕ, курс 200000-400000 МЕ. Это лечение проводится в период разгара, подтвержденного биохимическими данными (снижение в крови кальция и фосфора, повышение щелочной фосфатазы)

По окончании курса при необходимости целесообразно перейти на профилактическую (500МЕ - физиологическую) дозу витамина D. Рекомендованные в прошлом ударный, полуударный методы, повторные лечебные курсы в настоящее время не используются. При проведении специфической терапии следует осуществлять контроль за уровнем кальция в крови путем регулярной (1 раз в 10-14 дней) постановки реакции Сулковича (степень кальциурии).

Препараты кальция показаны **недоношенным**, детям, находящимся на естественном вскармливании, курсами по 2-3 недели. Дозу подбирают в зависимости от возраста, тяжести Р и степени обменных нарушений.

Препараты витамина D целесообразно сочетать с **витаминами группы В (В1, В2, В6), С, А, Е.**

Для уменьшения выраженности вегетативных расстройств показано применение препаратов **калия и магния** (панангин, аспаркам) из расчета 10 мг/кг/сут на протяжении 3-4 недель.

Профилактика. В настоящее время неспецифическая антенатальная профилактика Р заключается в создании беременной женщине оптимальных условий для роста и развития плода: рациональное питание с достаточным поступлением не только белков, жиров, углеводов, но и микро- и макроэлементов (в том числе кальция и фосфора), витаминов (в том числе витамина D); запрещение беременной принимать токсические (особенно для плода) вещества – табак, алкоголь, наркотики; исключение возможностей контактов беременной с другими токсическими веществами – химические, лекарства, пестициды и пр. Беременная женщина должна вести физически активный образ жизни, максимально возможно (не менее 4-5 часов в сутки) быть на свежем воздухе, соблюдать режим дня с достаточным отдыхом днем и ночью. В этом случае нет необходимости дополнительного назначения беременной витамина D.

Аntenатальная специфическая профилактика Р
путем назначения 200-400 МЕ витамина D в сутки
с 32 недели беременности в течение 8 недель
(проводить только в зимний или весенний период
года). Беременным из группы риска
специфическая профилактика Р проводится
независимо от сезона года.

Постнатальная неспецифическая профилактика Р
включает в себя: естественное вскармливание;
своевременное введение прикорма (лучше
начинать с овощного пюре), соков; ежедневное
пребывание на свежем воздухе, свободное
пеленание, массаж, гимнастика, световоздушные
и гигиенические ванны.

СПАЗМОФИЛИЯ (С) - своеобразное состояние детей раннего возраста, имеющих признаки рахита, обусловленное нарушением минерального обмена, гипофункцией паращитовидных желез, проявляющееся признаками повышенной нервно-мышечной возбудимости и склонностью к судорогам.

Классификация (Е.М. Лепский, 1945):

Скрытая форма;

Явная форма (ларингоспазм, карпо-
педальный спазм, эклампсия).

Лечение. Задачи лечения: нормализация нервно-мышечной возбудимости, показателей минерального обмена; купирование судорог и других проявлений С, лечение рахита.

Схема терапии

Обязательные мероприятия: купирование гипокальциемии, посиндромная терапия проявлений С, лечение рахита.

Вспомогательные методы лечения: режим, диета, витаминотерапия.

Показания для госпитализации: судороги, эклампсия, ларингоспазм.

Режим: максимально ограничить или крайне осторожно выполнять неприятные для ребенка процедуры.

Диета: исключение коровьего молока на 3-5 дней, углеводистое питание, постепенный переход на сбалансированную, соответствующую возрасту пищу.

При эклампсии: хлорид или глюконат кальция 10% раствор, 2-3 мл, внутривенно микроструйно.

Оксибутират натрия 50-100 мг/кг внутривенно медленно или дроперидол 0,25% раствор 0,1 мг/кг, внутривенно медленно или седуксен 0,5% раствор, 0,15 мг/кг, внутримышечно или внутривенно, или сернокислая магнезия 25% раствор, 0,8 мл/кг, внутримышечно, но не более 8,0 мл.

При карпо-педальном спазме: внутрь хлорид или глюконат кальция, фенобарбитал, бромиды.

При ларингоспазме: брызнуть на больного холодной водой, надавить пальцем на корень языка, по показаниям - искусственное дыхание, медикаментозная терапия, как при эклампсии.

После оказания неотложной помощи: препараты кальция внутрь, хлористый аммоний 10% раствор, 1 ч.л. 3 раза в день, витамин D 4000 ME ежедневно с 4-5 дня; витаминотерапия.

Профилактика С в первую очередь связана с выявлением и лечением рахита. Важным является рациональное вскармливание ребенка. Особое внимание обратить на раннее введение в питание продуктов коровьего молока. Необходимо не допускать сильный плач, испуг.
