

Министерство образования и науки Республики Казахстан

НАО «Кокшетауский университет им Ш.Уалиханова»

Факультет «Общая медицина»

Кафедра клинических дисциплин

СРС

**На тему: «Ведение детей с фоновой патологией в
амбулаторных условиях»**

Проверила: Елебекова Л.Е.
Подготовила: Назарова А.В.

Кокшетау 2021



Регламентирующий документ

- Об утверждении Стандарта организации оказания педиатрической помощи в Республике Казахстан
- Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 29 декабря 2017 года № 1027.
Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 января 2018 года № 16279.



Актуальность

- Фоновая патология - это болезнь, которая способствует возникновению или неблагоприятному течению основного заболевания, повышает его опасность для жизни пациента, влияет на развитие осложнений и потому требует лечения вместе с основным заболеванием



Кто же относится к данной группе?

- ✓ дети имеющие неблагоприятные факторы в генеалогическом, биологическом и/или социальном анамнезе
- ✓ дети с отдельными отклонениями в состоянии здоровья функционального характера или их сочетание
- Данные отклонения являются:
 - ✓ маркерами возможного развития хронических патологических состояний
 - ✓ определяют особенности и тяжесть острых воспалительных процессов Поэтому требуют проведения особой корригирующей терапии и особого наблюдения в динамике.

І Ія ГРУППА ЗДОРОВЬЯ – ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИИ

Признаки здоровья	Показания отнесения к группе согласно признакам здоровья
Особенности онтогенеза (генеалогический, биологический, социальный анамнез)	С факторами риска или без них
Уровень физического развития	Соответствует возрасту, без отклонений, или с дефицитом , избытком массы тела 1-2й степени
Уровень нервно-психического развития	Без отклонений или начальное отставание
Резистентность организма	Высокая или сниженная резистентность
Функциональное состояние организма	Без отклонений или с их наличием
Хроническая или врожденная патология	Отсутствует

І Ія ГРУППА ЗДОРОВЬЯ – ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИИ

- дети, у которых отсутствуют хронические заболевания, но имеются некоторые функциональные и морфофункциональные нарушения
- реконвалесценты, особенно перенесшие тяжелые и средней тяжести инфекционные заболевания
- дети с общей задержкой физического развития без эндокринной патологии (низкий рост, отставание по уровню биологического развития)
- дети с дефицитом массы тела (масса менее $M-1$ сигма) или избыточной массой тела (масса более $M+2$ сигма)
- дети часто и/или длительно болеющие острыми респираторными заболеваниями
- дети с физическими недостатками, последствиями травм или операций при сохранности соответствующих функций

Принципы диспансерного наблюдения детей

Диспансеризация в детской поликлинике обеспечивает:

- Раннее выявление детей группы риска по формированию хронической патологии.
- Диспансерное наблюдение за детьми с выявленной хронической и врожденной патологией.
- Контроль за состоянием здоровья ребенка в соответствии с индивидуальными планами наблюдения, которые составляются педиатром на календарный год.
- Долечивание и продолжение поддерживающей терапии, начатой в стационаре.
- Проведение противорецидивных мероприятий.
- Выявление и санацию очагов хронической инфекции.
- Отбор детей для лечения в местных санаториях, курортах и санаториях республиканского значения.
- Организацию восстановительного лечения детей и с хронической патологией в условиях детской поликлиники (отделение восстановительного лечения, дневные стационары).

Общие принципы диспансерного наблюдения детей со II - V группами здоровья

- Диспансеризация детей со II группой здоровья (функциональные нарушения со стороны органов и систем, без стойких морфологических нарушений) осуществляется на педиатрическом участке без заполнения формы 030/у, ведется журнальный учет этих детей, информация также дублируется в компьютерной базе участка.
- Диспансеризация детей со III-V группами здоровья осуществляется по форме 030/у.
- На каждого больного ребенка педиатр заполняет в форме 112/у этапный эпикриз с обоснованием взятия ребенка на диспансерный учет. Запись подробная, отражает факторы риска генеалогического, биологического и социального анамнеза, анамнез жизни и заболевания, объективный статус с подробным описанием пораженной системы. Указывается основной и сопутствующие диагнозы (согласно МКБ-Х). Даются рекомендации по режиму, питанию, физическому воспитанию, воспитательным воздействиям, немедикаментозной и медикаментозной коррекции, дополнительным лабораторным и инструментальным исследованиям на срок до следующего осмотра.

Общие принципы диспансерного наблюдения детей со II - V группами здоровья

- Если ребенок впервые берется на диспансерный учет, то пишется план диспансерного наблюдения на календарный год
- В конце календарного года также заполняется этапный эпикриз
- Снятие с диспансерного учета проводится комиссионно, через направление на КЭК, на основании результатов комплексного обследования и консультаций специалистов
- Дети, имеющие хроническую и врожденную патологию в стадии декомпенсации (V группа здоровья), направляются на МСЭК (через КЭК) для оформления инвалидности. Сроки оформления инвалидности разные (от 1-2х лет до 16 лет, с 16 до 18 лет). категория ребенок-инвалид устанавливается на возраст до 18 лет.

План диспансерного наблюдения

- кратность осмотра ребенка педиатром
- кратность осмотра ребенка узкими специалистами (по профилю заболевания) и узкими специалистами с целью выявления очагов хронической инфекции (ЛОР-врач, стоматолог)
- объем и кратность параклинического обследования
- объем и кратность функционального обследования

План оздоровительно-реабилитационных мероприятий

- режим
- диета
- медикаментозное лечение (основные направления и сроки)
- отношение к санаторно-курортному лечению (направленность, сроки)
- отношение к профилактическим прививкам (мед. отводы, методика вакцинации)
- отношение к закаливанию (группа), гимнастике и физическим нагрузкам

Этапный эпикриз диспансерного больного

- паспортные данные
- развернутый диагноз, по поводу которого осуществляется диспансерное наблюдение;
- объем противорецидивного лечения (дата, где получал терапию)
- сроки последнего обострения
- динамика диспансерного наблюдения (кем осмотрен, что выявлено, результаты обследования)
- эффективность диспансеризации (ухудшение, без перемен, улучшение)
- план диспансерного наблюдения на следующий год

Диспансерное наблюдение детей с ПП ЦНС

- **ПП ЦНС** – собирательная группа любых неклассифицированных поражений головного мозга невоспалительного генеза.
- В связи с тем, что трудно решить вопрос, в каком периоде развития головного мозга наступает его поражение, наиболее часто применяется термин «перинатальное».
- **Ведущие синдромы:**
 - нервно-рефлекторной возбудимости
 - вегето-висцеральных дисфункций
 - угнетения
 - гипертензионно-гидроцефальный
 - судорожный
 - отставания в нервно-психическом развитии
 - двигательных нарушений

Диспансерное наблюдение детей с ПП ЦНС

- Осмотр педиатра 2 раза в месяц до 1 года
- Консультации специалистов:
 - Невролог – в 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев, по показаниям чаще
 - Окулист – обязательно в 1м и 2м полугодии (с обязательным осмотром глазного дна)
 - Генетик и эндокринолог – по показаниям
 - Специфическое обследование – по показаниям:
 - УЗИ головного мозга
 - ЭЭГ
 - Краниограмма в 2х проекциях

Диспансерное наблюдение детей с ПП ЦНС

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный**
- **Комплексы лечебного массажа и гимнастики**
- **Вскармливание:**
 - отказ от насильственного кормления
 - частично свободное вскармливание кратность кормлений на 1м месяце не менее 7 раз в сутки
 - борьба с аэрофагией
 - Пищевые добавки вводят своевременно
 - Первый прикорм возбудимым детям лучше назначать в виде молочной каши
- **Медикаментозная терапия** (ноотропы, микроциркулянты, седатики, адаптогены, противосудорожные и т.д.)
- **Немедикаментозная терапия** (физиолечение, в т.ч. Бальнеотерапия)
- **Вакцинация** – через иммунологическую комиссию.
- **Сроки наблюдения** – дети с легкой степенью тяжести состоят на «Д» учете до года, со средней степенью тяжести – до 3х лет. При удовлетворительных итогах реабилитации могут быть переведены в I или оставлены во II группе здоровья. При выявлении органической патологии – переводятся в III группу здоровья и подлежат длительному диспансерному наблюдению.

Диспансерное наблюдение недоношенных детей

- **Осмотр педиатра:**
 - на 1м месяце жизни – еженедельно,
 - до 6 месяцев - 2 раза в месяц
 - с 6 месяцев и до 1 года
 - при недоношенности 1й степени – ежемесячно,
 - при недоношенности 1-3й степени – 2 раза в месяц.
- **Консультации специалистов:**
 - Невролог – в 1, 3, 6, 9 и 12 месяцев, по показаниям чаще
 - Окулист – обязательно в 1м и 2м полугодии (с обязательным осмотром глазного дна)
 - Ортопед – на 1м месяце жизни и к году
 - Другие специалисты – по показаниям
- **Дополнительное обследование** – по показаниям
 - В ОАК обязательно определение ретикулоцитов
- **До 2х месяцев после выписки ребенок наблюдается только в домашних условиях.**

Диспансерное наблюдение недоношенных детей

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный** (при наличии выраженной неврологической симптоматики перевод на новый режим может быть задержан на 1 месяц)
- **Комплексы лечебного массажа и гимнастики** (по показаниям).
 - массаж только расслабляющий, с 1-1,5 месяцев и на весь период физиологической мышечной гипертонии,
 - Упражнения только рефлекторного характера, с 1-1,5 месяцев и на весь период физиологической мышечной гипертонии,
- **Вскармливание:**
 - в первые дни жизни 10-12 раз в сутки,
 - постепенно переводится на 7-8 разовое кормление,
 - при достижении веса 3000 граммов перевод на 6-разовое кормление
 - борьба с аэрофагией
 - пищевые добавки вводят на 2 недели раньше
 - Прикормы вводят на 1 месяц раньше, лучше начинать с овощных пюре
 - При искусственном вскармливании предпочтительнее кисломолочные адаптированные смеси.

Диспансерное наблюдение недоношенных детей

План лечебно-оздоровительных мероприятий

○ **Закаливание:**

- Т°С воздуха в помещении 22-26°С, с 4х месяцев 20-22°С,
- Вода для купания 38°С, с 4х месяцев 37°С,
- Воздушные ванны и контрастные обливания после купания водой 36°С с 6 месяцев,
- Прогулки:
 - летом – сразу после выписки из ОПН,
 - Осень и весна – с 1-1,5 месяцев,
 - Зимой – с 2х месяцев при температуре не ниже -10°С

○ **Вакцинация** – только через иммунологическую комиссию. При весе менее 2000 гр при рождении БЦЖ в роддоме не вводится.

○ **Сроки наблюдения** – дети с 1й степенью недоношенности состоят на «Д» учете до 3х лет. При 2-3й степени – до 7 лет.

Профилактика рахита

- **Неспецифическая** - проводится всем детям, независимо от характера вскармливания и интенсивности процессов окостенения:
 - Рациональный режим
 - Правильное и своевременное вскармливание
 - Полноценный уход
 - Естественная инсоляция
 - Детям старше 1 года можно проводить курсы УФО № 15-20.
- **Специфическая:**
 - при наличии размеров большого родничка не менее, чем 1,5-1,5 см:
 - препаратами витамина Д₂ в дозе 400-500 МЕ, ежедневно, начиная с 21го дня жизни для доношенных детей, курс – 1 год, за исключением солнечных дней.

Диспансерное наблюдение детей с рахитом

- **Осмотр педиатра:**
 - в период разгара - 2 раза в месяц,
 - в остальное время – 1 раз в месяц
- **Консультации специалистов:**
 - в декретированные сроки
 - Невролог и ортопед – по показаниям чаще
- **Специфическое обследование:**
 - ОАК при взятии на учет, затем контроль в период разгара ежемесячно
 - ОАМ при взятии на учет, в динамике – по показаниям
 - Проба Сулковича – при взятии на учет, в период разгара и каждые 2 недели при назначении курса лечебной дозы витамина Д₂
 - **При наличии клинических проявлений рахита обязательно:**
 - Биохимия крови (Са, Р, щелочная фосфотаза)
 - Рентгенологическое исследование трубчатых костей (наличие остеопороза и остеомаляции)
 - Уровень экскреции Са и Р с мочой – по показаниям

Диспансерное наблюдение детей с рахитом

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный**
- **Комплексы лечебного массажа и гимнастики.** Цель – повышение мышечного тонуса и коррекция развивающихся костных деформаций.
- **Вскармливание:**
 - Если ребенок на грудном вскармливании, то матери рекомендуется питание, богатое витаминами и продуктами, содержащими кальций
 - Если на искусственном вскармливании, то предпочтение отдается адаптированным молочным смесям
 - Пищевые добавки вводят на 2 недели раньше
 - Прикорм вводят на 1 месяц раньше
- **Специфическая медикаментозная терапия** (назначение лечебных доз витамина D_2).
 - **Критерии назначения лечебной дозы витамина D_2 :**
 - ❖ Изменение костной системы не менее, чем в 2х местах
 - ❖ Повышение уровня щелочной фосфатазы, снижение уровня Са и Р в крови
 - ❖ Рентгенологически – картина остеопороза или остеомаляции
 - ❖ В период разгара при наличии 2х из 3х вышеперечисленных показателей и при отрицательной пробе Сулковича показано назначение лечебной дозы витамина D_2

Диспансерное наблюдение детей с рахитом

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Неспецифическая медикаментозная терапия:**

- Лечебный массаж и гимнастика
- Витаминотерапия (витамины группы В и С)
- Вегетотропная терапия

- **Немедикаментозная терапия** (физиолечение, в т.ч. Бальнеотерапия)

- **Вакцинация** – медотвода нет

- **Сроки наблюдения:**

- дети, перенесшие рахит (1 или 2) и к 1 году нормализовавшие свое состояние при удовлетворительных итогах реабилитации могут быть переведены в I или оставлены во II группе здоровья.
- Дети, в возрасте 1 года, находящиеся в периоде разгара или реконвалесценции рахита, подлежат диспансерному наблюдению до 2х лет.
- При этом:
 - осмотры проводятся в декретированные сроки
 - дополнительное лабораторное обследование – по показаниям
 - этим детям рекомендуется продолжить специфическую профилактику рахита до 15-18-месячного возраста витамином Д₂ или неспецифическую - назначением курсов УФО.

Диспансерное наблюдение детей с конъюгационной гипербилирубинемией

- Осмотр педиатра 1 раз в 3 дня до исчезновения желтухи
- Консультации специалистов – в декретированные сроки
- Специфическое обследование в амбулаторных условиях не проводят

Диспансерное наблюдение детей с конъюгационной гипербилирубинемией

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим остается вводным**
- **Вскармливание** – характер питания не изменяется
- **Медикаментозная терапия:**
 - адсорбенты
 - гепатопротекторы
- **Сроки наблюдения** – если желтуха купировалась ко 2й неделе жизни у доношенных (к 3-4й - у недоношенных) и к 1 месяцу отсутствуют клинические проявления гипербилирубинемии, нет отклонений в ФР и НПР можно перевести ребенка в I или оставить во IIй группе здоровья.

Диспансерное наблюдение детей с гипотрофией

- **Гипотрофия** – хроническое расстройство, характеризующееся дефицитом массы тела относительно роста ребенка.
- Дети с дефицитом массы тела до 10% относятся к группе угрожаемых по развитию гипотрофии.
- **Выделяют 3 степени гипотрофии:**
 - 1я – дефицит веса 10-15% (10-20%)
 - 2я - дефицит веса 16-25% (20-30%)
 - 3я- дефицит веса более 25% (более 30%)

Диспансерное наблюдение детей с гипотрофией

- **Осмотр педиатра** - 2 раза в месяц до нормализации массы тела, затем ежемесячно до 1 года
- **Консультации специалистов** – в декретированные сроки, по показаниям -чаще
- **Специфическое обследование:**
 - ОАК, ОАМ, копрограмму при взятии на учет, в динамике – по показаниям
 - Кал на гельминты (во 2м полугодии жизни) -при взятии на учет, в динамике – по показаниям
 - Кал на дисбактериоз – по показаниям

Диспансерное наблюдение детей с гипотрофией

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный.** Возможна задержка на предыдущем режиме до 2х недель.
- **Общий массаж и гимнастика** – по возрасту
- **Вскармливание:**
 - Если на грудном вскармливании – необходимо проведение контрольного кормления и взвешивания
 - При выявлении гипогалактии – перевод на смешанное вскармливание (докорм адаптированными молочными смесями) до нормализации веса
 - Если на искусственном вскармливании – необходимо вести дневник питания за 3-5 дней
 - Расчет питания калорийным или объемным методом
 - Пищевые добавки вводятся своевременно для угрожаемых и на 2 недели раньше при гипотрофии 1й степени
 - Первый прикорм лучше назначать в виде молочной каши, можно на 2 недели раньше

Диспансерное наблюдение детей с гипотрофией

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Медикаментозная терапия** (витамины группы В и С, ферменты – с учетом результатов копрограммы, седатики, адаптогены, биопрепараты – с учетом анализа кала на дисбактериоз, анаболики – при гипотрофии 2-3й степени в условиях стационара)
- **Вакцинация** – не проводится при дефиците веса более 10%
- **Сроки наблюдения** – дети состоят на «Д» учете до года. При условии нормализации показателей веса к году могут быть сняты с «Д» и переведены в I или оставлены во II группе здоровья.

Диспансерное наблюдение детей с паратрофией

- **Паратрофия** – хроническое расстройство, характеризующееся избытком массы тела относительно роста ребенка.
- Дети с избытком массы тела до 15% относятся к группе уязвимых по развитию паратрофии.
- **Выделяют 3 степени гипотрофии:**
 - 1я – избыток веса 15-25% (10-20%)
 - 2я - избыток веса 26-40% (20-30%)
 - 3я - избыток веса более 40% (более 30%)

Диспансерное наблюдение детей с паратрофией

- **Осмотр педиатра:**

- при паратрофии I и II степени – в декретированные сроки
- при паратрофии III степени - 2 раза в месяц до 1 года

- **Консультации специалистов:**

- при паратрофии I и II степени – в декретированные сроки
- при паратрофии II степени – дополнительно врач ЛФК и эндокринолог
- при паратрофии III степени – дополнительно наблюдение врача ЛФК, эндокринолога и окулиста

- **Специфическое обследование:**

- ОАК, ОАМ, копрограмма или кал на гельминты (во 2м полугодии жизни), анализ крови на сахар - при взятии на учет, в динамике – по показаниям
- Анализ мочи на сахар – ежеквартально
- Осмотр глазного дна – 2 раза в год
- При отягощенном ГА по сахарному диабету – сахарная кривая

Диспансерное наблюдение детей с гипотрофией

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный.** Не перегревать !
- **Общий массаж и гимнастика** – по возрасту + **ЛФК**
- **Вскармливание:**
 - Ранний перевод на меньшее количество кормлений
 - Расчет питания на должествующий вес
 - Обязательное соблюдение ночного перерыва между кормлениями
 - Ограничение легко усвояемых углеводов
 - Замена животных жиров на растительные
 - Пищевые добавки и прикормы вводятся своевременно
 - Первый прикорм лучше назначать в виде овощного пюре
 - Во 2й прикорм - введение серых «половинных» каш
 - Повышенный аппетит покрывать питьем, но с ограничением жидкости во 2й пол.дня (вода, отвары сухофруктов без сахара)
 - Если на искусственном вскармливании – целесообразны адаптированные молочные и кисломолочные смеси

Диспансерное наблюдение детей с гипотрофией

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Медикаментозная терапия** (витамины группы В и С, ферменты – с учетом результатов копрограммы, адаптогены, по-синдромная терапия)
- **Физиолечение** (ванны тонизирующие)
- **Вакцинация** – медотвода от профпрививок нет
- **Сроки наблюдения** – дети состоят на «Д» учете до года. При условии нормализации показателей веса к году могут быть сняты с «Д» и переведены в I или оставлены во II группе здоровья. При сохраняющемся избытке веса – на консультацию эндокринолога с предварительным Диагнозом: Ожирение.

Диспансерное наблюдение детей с аномалиями конституции

- **Аномалии конституции или диатезы** – это особенность реактивности организма, характеризующаяся своеобразными реакциями на обычные раздражители и предрасположенностью к определенным патологическим процессам и заболеваниям
- **Выделяют**
 - Экссудативно-катаральный диатез
 - Лимфатико-гипопластический диатез
 - Нервно-артритический (мочекислый) диатез

Диспансерное наблюдение детей с ЭКД

- **Осмотр педиатра:**

- В период обострения 2 раза в месяц
- Вне обострения – 1 раз в месяц

- **Консультации специалистов:**

- В декретированные сроки
- Дерматолог, аллерголог – по показаниям

- **Обследование:**

- ОАК, ОАМ, кал на копрограмму и дисбактериоз, кал на гельминты (во 2м полугодии жизни), соскоб на энтеробиоз - при взятии на учет, в динамике – по показаниям

Диспансерное наблюдение детей с ЭКД

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный.** Тщательный уход за кожей.
- **Комплексы массажа и гимнастики** – по возрасту
- **Вскармливание:**
 - Борьба за естественное вскармливание
 - При грудном вскармливании – гипоаллергенная диета матери + ведение пищевого дневника матери
 - При смешанном и искусственном вскармливании – адаптированные молочные и кисломолочные смеси
- **Гипоаллергенная диета:**
 - Ведение пищевого дневника
 - Одномоментное введение в рацион не более 1 продукта
 - Ограничение белков и жиров животного происхождения
 - Пищевые добавки вводят своевременно, с учетом гипоаллергенности продуктов
 - Первый прикорм - в виде овощного пюре, с учетом гипоаллергенности продуктов
 - Второй прикорм – в виде серых безмолочных каш
 - При введении мяса – исключить баранину, бройлерных кур, телятину.
 - Бульоны – только вторичные
 - Рыба – только морские сорта и в возрасте старше 1 года
 - Мучные продукты – сухарики или галеты

Диспансерное наблюдение детей с ЭКД

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Медикаментозная терапия**

- антигистаминные препараты 2-3го поколения
- седатики
- местная терапия

- **Вакцинация** – возможна вне обострения

- **Сроки наблюдения** – дети с ЭКД состоят на «Д» учете не менее 2х лет. При удовлетворительных итогах реабилитации могут быть переведены в I или оставлены во II группе здоровья. При упорном сохранении клиники ставится вопрос о Диагнозе Атопического дерматита. После его подтверждения – переводятся в III группу здоровья и подлежат длительному диспансерному наблюдению.

Диспансерное наблюдение детей с ЛГД

- **Осмотр педиатра:**
 - 1 раз в месяц
 - При наличии тимомегалии – 2 раза в месяц до 1 года
- **Консультации специалистов:**
 - В декретированные сроки
 - При сочетании ЛГД с паратрофией II-III степени, тимомегалией, клиникой надпочечниковой недостаточности – консультация эндокринолога при взятии на «Д», в динамике – по показаниям
 - Иммунолог, аллерголог, врач ЛФК, физиотерапевт и т.д. – по показаниям.
- **Обследование:**
 - ОАК, ОАМ - при взятии на учет, далее ежеквартально
 - Иммунограмма – по показаниям
 - При тимомегалии - контроль рентгенографии ОГК через 6 месяцев

Диспансерное наблюдение детей с ЛГД

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный.** Тщательный уход за кожей. Не перегревать!
- **Комплексы массажа и гимнастики** – по возрасту. Тренировка носового дыхания.
- **Закаливание**
- **Вскармливание:**
 - как при паратрофии
 - Ограничение жидкости после 18ч.
- **Медикаментозная терапия**
 - Стимуляция синтеза глюкокортикостероидов (глицирам)
 - Активация синтеза катехоламинов (адаптогены)
 - Подавление избыточной активности парасимпатического отдела ВНС (холинолитики – ношпа, пипольфен, церукал, - во 2й пол.дня)
 - Купирование избыточной активности минералокортикоидов (ингибиторы альдостерона – верошпирон, - во 2й пол.дня)
 - При наличии признаков транзиторной надпочечниковой недостаточности – ГКС в суточном ритме, в дозе 1-1Ю5 мг/кг/сутки
 - При наличии субклинических признаков снижения функции ЩЖ – тиреоидин в дозе 0,5-0,75 мг/кг/сутки в утренние часы, курсом до 1 месяца, под контролем ЧСС
 - Иммуностимуляторы и иммуномодуляторы
- **Вакцинация** – индивидуально, по решению иммунологической комиссии
- **Сроки наблюдения** – дети с ЛГД состоят на «Д» учете не менее 3х лет. При удовлетворительных итогах реабилитации могут быть переведены в I или оставлены во II группе здоровья.

Диспансерное наблюдение детей с НАД

- **Осмотр педиатра:**
 - В декретированные сроки (1 раз в месяц) до 1 года
- **Консультации специалистов:**
 - В декретированные сроки
 - По показаниям – консультация нефролога, гастроэнтеролога
- **Обследование:**
 - ОАК, ОАМ (с тестом на кристаллурию), кровь на мочевую кислоту - при взятии на учет, далее по показаниям
 - УЗИ органов брюшной полости и почек – по показаниям

Диспансерное наблюдение детей с НАД

План лечебно-оздоровительных мероприятий

- **Режим охранительный.** Спокойная обстановка в семье, отсутствие любых проявлений агрессии и насилия. Не перегревать!
- **Комплексы массажа и гимнастики** – по возрасту.
- **Закаливание**
- **Вскармливание:**
 - При грудном вскармливании – из питания кормящей матери исключить кофе, какао, шоколад, кура, телятина, концентрированные бульоны, серые сорта мяса, красное вино, черная икра, бобовые, салат, шпинат, жирные сорта рыбы, субпродукты, газированные напитки, консервы
 - При искусственном вскармливании – пресные адаптированные молочные смеси
 - Запрещается насильственное кормление !
 - Первый прикорм – молочная каша
 - Щелочные минеральные воды с первых месяцев жизни (5 мл/кг в сутки)

Диспансерное наблюдение детей с НАД

План лечебно-оздоровительных мероприятий

○ Медикаментозная терапия

- Препараты, способствующие расщеплению и выведению из организма продуктов метаболизма пуринов (Аллопуринол, уродан)
- Витамин В-6 (заместительная терапия) в высоких дозах
- седатики
- Спазмолитики (в т.ч. Никотиновая кислота)
- Фитотерапия (мочегонное действие) + сок свежего лимона

○ Вакцинация – противопоказаний нет

- **Сроки наблюдения** – дети с ЛГД состоят на «Д» учете длительно. При неудовлетворительных итогах реабилитации «Д» наблюдение пролонгируется на следующий год.

Диспансерное наблюдение детей с анемией

Железодефицитная анемия – приобретенное заболевание из группы дефицитных анемий, возникает при дефиците железа, сопровождающееся микроцитарной, гипохромной, норморегенераторной анемией, клиническими проявлениями которой являются сочетание сидеропенического и анемического синдромов.

Классификация:

- I степень (легкая) – уровень Hb 110-90 г/л;
- II степень (средняя) – уровень Hb 90-70 г/л;
- III степень (тяжелая) – уровень Hb менее 70 г/л.

- **Жалобы и анамнез:**

Для *анемического синдрома* характерны следующие симптомы:

- снижение аппетита;
- шум в ушах;
- мелькание мушек перед глазами;
- плохая переносимость физических нагрузок;
- слабость, вялость, головокружение, раздражительность;
- обмороки;
- одышка;
- снижение работоспособности;
- снижение когнитивных функций;
- снижение качества жизни;

Физикальное обследование

- *Клинические проявления ЖДА* представляют совокупность двух синдромов: сидеропенического и анемического.
Для *сидеропенического синдрома* характерны следующие симптомы:
 - изменения кожи: сухость, появление маленьких пигментных пятен цвета «кофе с молоком», бледность кожи;
 - изменения слизистых оболочек: «заеды» в углу рта, глоссит, атрофический гастрит и эзофагит; видимых слизистых оболочек;
 - диспептические явления со стороны ЖКТ;
 - изменения волос – раздваивание кончика, ломкость и выпадение вплоть до гнездной алопеции;
 - изменения ногтей – поперечная исчерченность ногтей больших пальцев рук (в тяжелых случаях и ног), ломкость, расслаивание на пластинки;
 - изменение обоняния – пристрастие больного к резким запахам лака, краски ацетона, выхлопных газов автомобиля, концентрированных духов;
 - изменения вкуса – пристрастие больного к глине, мелу, сырому мясу, тесту, пельменям и др.;
 - боли в икроножных мышцах, изменение тонуса мышц в виде тенденции к гипотонии, гипотония мышц мочевого пузыря с развитием недержания мочи;
 - расширение границ сердца, приглушенность сердечных тонов, тахикардия, систолический шум на верхушке сердца.
 - Считается, что наличие 4-х симптомов и более из перечисленных выше патогномично для латентного дефицита железа (ЛДЖ) и ЖДА.

Лабораторные исследования

- Имеется 3 возможности лабораторной диагностики ЖДА:
 - **ОАК, выполненный «ручным» методом** - снижение концентрации Hb (менее 110 г/л), небольшое снижение количества эритроцитов (менее $3,8 \times 10^{12}/л$), снижение ЦП (менее 0,85), увеличение СОЭ (более 10-12 мм/час), нормальное содержание ретикулоцитов (10-20‰). Дополнительно врач-лаборант описывает анизоцитоз и пойкилоцитоз эритроцитов. ЖДА это микроцитарная, гипохромная, норморегенераторная анемия.
 - **ОАК, выполненный на автоматическом анализаторе клеток крови** - снижаются средний объем эритроцита – MCV (менее 80 фл), среднее содержание Hb в эритроците – MCH (менее 26 пг), средняя концентрация Hb в эритроците – MCHC (менее 320 г/л), повышается степень анизоцитоза эритроцитов – RDW (более 14%).
 - **Биохимический анализ крови** - снижение концентрации сывороточного железа (менее 12,5 мкмоль/л), повышение общей железосвязывающей способности сыворотки (более 69 мкмоль/л), снижение коэффициента насыщения трансферрина железом (менее 17%), снижение сывороточного ферритина (менее 30 нг/мл). В последние годы появилась возможность определения растворимых трансферриновых рецепторов (рТФР), количество которых в условиях дефицита железа увеличивается (более 2,9 мкг/мл).

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Немедикаментозное лечение: Устранение
этиологических факторов;

- Рациональное лечебное питание (для новорожденных – грудное естественное вскармливание, а при отсутствии молока у матери – адаптированные молочные смеси, обогащенные железом. Своевременное введение прикорма, мяса, субпродуктов, гречневой и овсяной круп, фруктовых и овощных пюре, твердых сортов сыра; уменьшение приема фосфатов, танина, кальция, которые ухудшают всасывание железа).

-

Медикаментозное лечение

В настоящее время в нашей стране используется терапевтический план лечения ЖДА пероральными препаратами железа, суточные дозы которых представлены в таблице.

Возрастные терапевтические дозы пероральных препаратов железа для лечения ЖДА у детей.

Возраст ребенка	Суточная доза элементарного железа
Ионные железосодержащие препараты (солевые, полисахаридные соединения железа)	
Дети до 3-х лет	3 мг/кг
Дети старше 3-х лет	45-60 мг
Подростки	до 120 мг
Неионные соединения т.е. препараты, представленные гидроксид-полимальтозным комплексом трехвалентного железа	
Любой возраст	5 мг/кг

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Монокомпонентные препараты железа			
Глюконат железа	Глюконат железа 300 мг	по 1–3 табл. в день	III C
Сульфат железа	Сульфат железа табл. 256.3 мг (80 мг железа), Сульфат железа 325 мг (105 мг иона (II) железа (Fe ²⁺))	Детям старше 6 лет до 15 лет назначают по 1 капсуле ежедневно. Подросткам с 15 лет в начале терапии обычно назначают по 1 капсуле 1-2 раза в сутки	III C
Комбинированные препараты			
Железа (II) сульфат сухой + Аскорбиновая кислота 60 мг	Сульфат железа табл.320 мг+аскорбиновая кислота 60 мг	по 1 табл. 1–2 раза в день	III C

Препараты железа (III) валентные

Железа (III) гидроксид полимальтозат	Железа (III) гидроксид полимальтозат 400 мг (100 мг эл.железа) Таб. 375 мг (100 мг эл.железа)	По 100 - 300 мг железа (1 - 3 таблетки) ежедневно	II B
--------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------	------

Препараты железа для парентерального введения

Железа оксида сахарат	Железо III гидроксид сахарозный комплекс 540 мг (железа 20 мг); Железа (III) гидроксида сахарозного комплекса 333,0 мг (эквивалентно элементарному железу) 20,0 мг	Ампулы 5,0 развести 0,9% раствором натрия хлорида в соотношении 1:20, например — 1 мл (20 мг железа) в 20 мл 0,9% раствора натрия хлорида. Полученный раствор вводится со следующей скоростью: 100 мг железа — не менее чем за 15 мин; 200 мг железа — в течение 30 мин; 300 мг железа — в течение 1,5 ч; 400 мг железа — в течение 2,5 ч; 500 мг железа — в течение 3,5 ч	II B
-----------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------

<p>Железа [III] гидроксид и декстрана комплекс</p>	<p>Железа III гидроксид-декстрановый комплекс 312,5 мг (50 мг железа)</p>	<p>Ампулы 2,0 парентеральное введение – в/в капельно разводится в 0,9% растворе натрия хлорида или в 5% растворе глюкозы. Доза 100–200 мг железа (2–4 мл препарата) разводится в 100 мл растворителя. В/в медленно (0,2 мл/мин) в дозе 100–200 мг железа (2–4 мл), предпочтительно разведенного в 10–20 мл 0,9% раствора натрия хлорида или 5% раствора глюкозы. Начальная доза препарата составляет 25 мг железа или 0,5 мл раствора, которая вводится в/в медленно в течение 1–2 мин</p>	<p>II B</p>
----------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

<p>Железа оксида полимальтозные комплексы</p>	<p>Железа карбоксимальтозат 156-208 мг (50 мг железа)</p>	<p>в/в струйно, в максимальной однократной дозе до 4 мл (200 мг железа) в день, но не чаще 3 раз в неделю. в/в (внутривенно) капельно (инфузионно) 1000 мг железа 1 раз в неделю.</p>	<p>II B</p>
-----------------------------------------------	-----------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------

- **Дальнейшее ведение:**

Диспансерное наблюдение за детьми и подростками с ЖДА проводится в течение 1-го года с момента установления диагноза, контролируются самочувствие и общее состояние больного. Перед снятием больного с диспансерного наблюдения выполняется общий анализ крови, все показатели которого должны быть в пределах нормы.

Медицинской, физической и психологической реабилитации больных после излечения от ЖДА не требуется.

Индикаторы эффективности лечения: улучшение аппетита, самочувствия, физической активности, настроения;

- нормализация цвета кожи и видимых слизистых;
- нормализация Hb, ретикулоцитов.

Список использованной литературы

1 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 17 сентября 2010 года № 729 О мерах по совершенствованию профилактической помощи детям раннего возраста в Республики Казахстан / ИС ПАРАГРАФ. - 18.10.2010. - 12:27:30.

2 Приказ МЗ РК № 145 от 16.03. 2011 г. «О внесении изменений в № 685 «Об утверждении Правил проведения профилактических медицинских осмотров целевых групп населения» Сайт http://adilet.minjust.kz/rus/docs/V090005918_

3 Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / А.А.Баранов под ред. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.- 608 с.

4. <https://diseases.medelement.com>