



# **Особенности наблюдения за детьми группы «риска» в амбулаторных условиях**

Абрамова Елена Витальевна, к.м.н.,  
ассистент кафедры детских  
болезней педиатрического  
факультета

# По КОСЗР дети группы «риска» - это дети II группы здоровья

---

## **Данная группа неоднородна:**

- 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.**

# **I Ia ГРУППА ЗДОРОВЬЯ – ЗДОРОВЫЕ ДЕТИ С РИСКОМ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ПАТОЛОГИИ**

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

# I Я 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). По новому законодательству (Постановление правительства РФ ...) 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:**

- $T^{\circ}\text{C}$  воздуха в помещении  $22-26^{\circ}\text{C}$ , с 4х месяцев  $20-22^{\circ}\text{C}$ ,
- Вода для купания  $38^{\circ}\text{C}$ , с 4х месяцев  $37^{\circ}\text{C}$ ,
- Воздушные ванны и контрастные обливания после купания водой  $36^{\circ}\text{C}$  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  $-10^{\circ}\text{C}$
- **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  $D_2$  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 Д<sub>2</sub>
- **При наличии клинических проявлений рахита обязательно:**
  - Биохимия крови (Са, Р, щелочная фосфатаза)
  - 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 Д<sub>2</sub> 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 угрожаемых 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 – но-шпа, 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.