

Организация диспансерного наблюдения
за детьми раннего возраста. Критерии
эффективности. Маршрутизация
пациентов.



Доц., к.м.н. Потапова Н.Л.

- Рахит
- Анемия
- Дистрофии
- Атопический дерматит



Рахит

- Патология, сопровождающаяся поливалентными отклонениями в состоянии здоровья детей:
- Остеогенез
- Осложнения беременности и родов
- Косметические дефекты (конечности, зубы, форма черепа)
- Нарушение моторики ЖКТ (запоры, дискинезия **12**перстной кишки и ЖП)

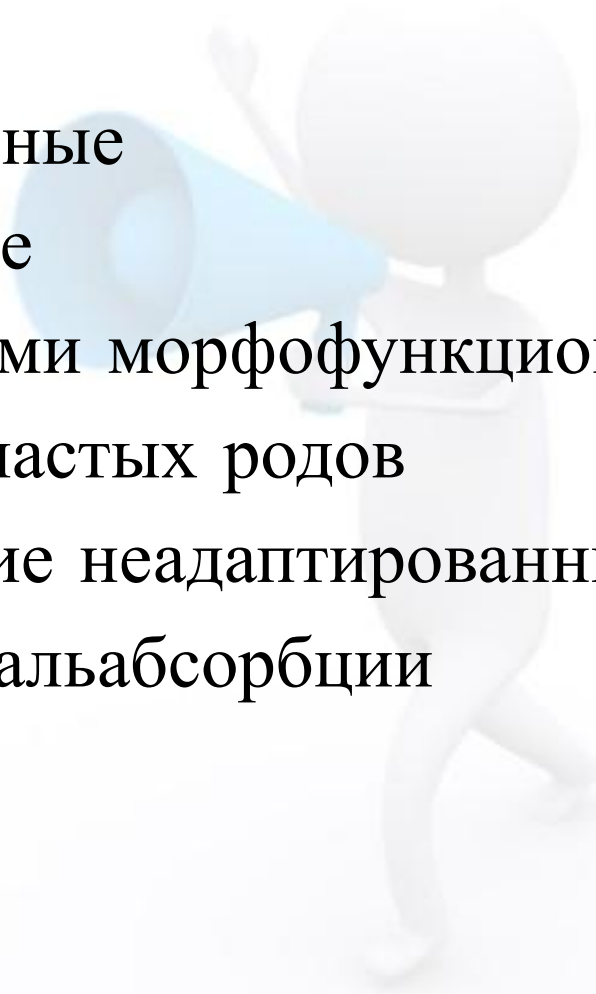
Иммунодефицитное состояние

- Дефицит вит Д – снижение синтеза интерлейкинов **-1** и **-2**, фагоцитоза и продукции интерферона



- Частые ОРВИ, хронические заболевания ДС **+** увеличение нетрудоспособности родителей

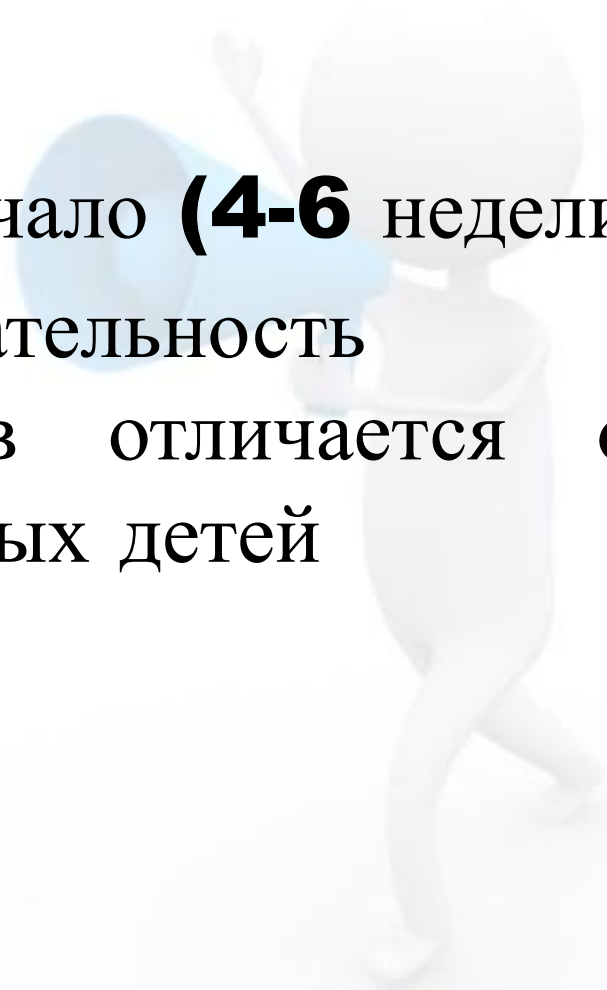
Группа риска по развитию рахита

- Недоношенные
 - Маловесные
 - С признаками морфофункциональной незрелости
 - Из двоен, частых родов
 - Получающие неадаптированные смеси
 - Синдром мальабсорбции
- 

- Судорожный синдром (антиконвульсанты)
- Гиподинамия
- Хроническая патология печени, ЖП
- Отягощенная наследственность по нарушению фосфорно-кальциевого обмена

Особенности рахита у недоношенных

- Раннее начало (**4-6** недели)
- Последовательность появления симптомов отличается от таковой у доношенных детей

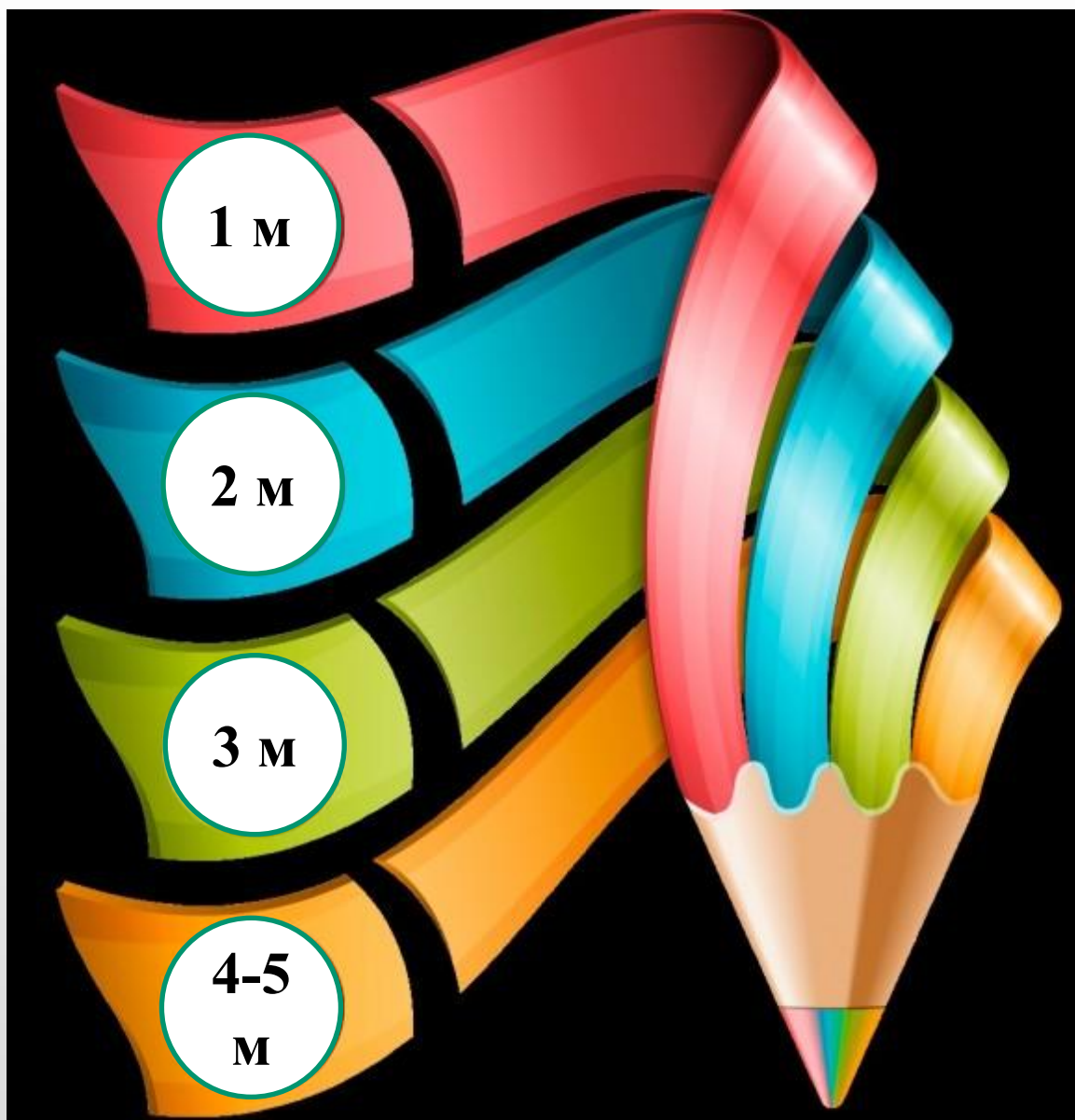


Краниотабес

Рахитические
четки

Потливость,
лягушачий живот

Облысение

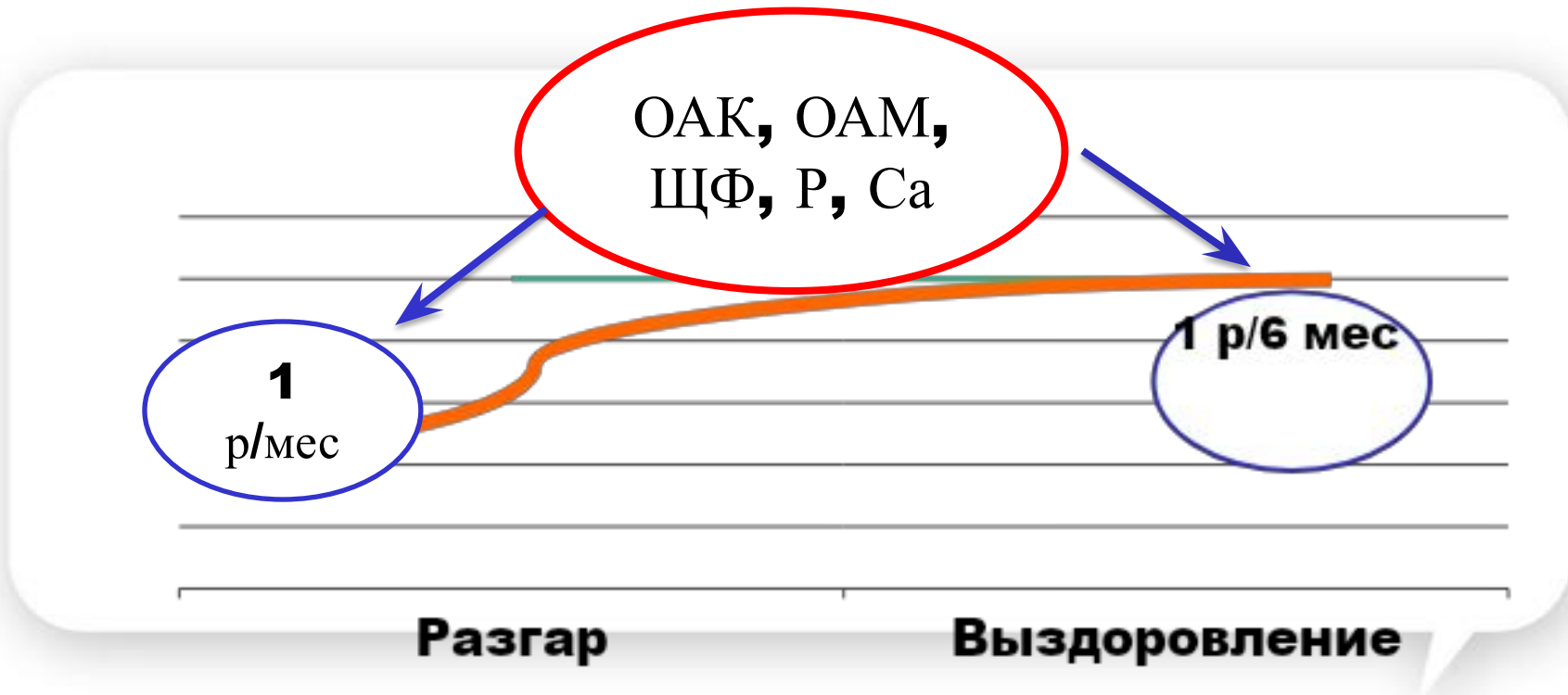


Рахит

- **2** группа здоровья
 - Длительность наблюдения – до **3** лет!!!
 - Частота: в разгар – **2**р/мес
 - До **1** года – ежемесячно
 - На **2** году – **1** р/**3** мес
 - На **3** году – **1** р/**6** мес
- Декретированные сроки
- Хирург-ортопед, окулист, невролог осматривают ребенка **1** раз в **6** мес

Внимание на:

- Деформации костной системы
- НПР ребенка
- Состояние статики и моторики
- Сон и аппетит
- Разнообразие пищевого рациона
- Пребывание на воздухе



Регулярность
обследований



Клиника рахита

Стандартный
биохимический
скрининг

Рентгенологическое
исследование

Уровень
25 (ОН)Д

Недостаточно!!
!

Того, что мы знали раньше

АкваДетрим®

ВОДНЫЙ РАСТВОР ВИТАМИНА Д₃



Рекомендации по дозам холекальциферола для профилактики гиповитаминоза D в антенатальный период и у детей из групп риска

Антенатальная профилактика гиповитаминоза D	2000 МЕ/сут в течение всей беременности вне зависимости от срока гестации
Недоношенные и дети, родившиеся с низкой или экстремально низкой массой тела, поступившие в амбулаторно-поликлиническую службу	<u>Проведение анализа крови на 25(OH)D и назначение холекальциферола в соответствии с исходным уровнем.</u> При невозможности определения исходного уровня — назначение профилактических доз
Дети, имеющие избыточную массу тела и ожирение	<u>Проведение анализа крови на 25(OH)D и назначение холекальциферола в соответствии с исходным уровнем.</u> При невозможности определения исходного уровня — максимальные профилактические дозы
Другие группы риска	<u>Проведение анализа крови на 25(OH)D и назначение холекальциферола в соответствии с исходным уровнем</u>





**Рекомендации по дозам
холекальциферола новорожденным
и недоношенным детям,
получающим оптимальное
энтеральное вскармливание**

Группы детей	Начало дотации	Профилактическая доза	Лечебная доза
Доношенные новорожденные	В течение нескольких дней после рождения	500 ЕД	1000 ЕД (при врожденном рахите — возможно выше)
Недоношенные с массой тела 1800 г или гестационным возрастом > 31 нед	В течение нескольких дней после рождения с учетом толерантности к энтеральному питанию	500 ЕД	1000 ЕД (при врожденном рахите — возможно выше)
Недоношенные с массой тела ≤ 1800 г или гестационным возрастом ≤ 31 нед	Усвоение 100–150 мл/кг в сутки энтерального питания		



Назначение витамина D



Возраст	Профилактическая доза	Профилактическая доза для Европейского Севера России
1–6 мес	1000 МЕ/сут*	1000 МЕ/сут*
От 6 до 12 мес	1000 МЕ/сут*	1500 МЕ/сут*
От 1 года до 3 лет	1500 МЕ/сут	1500 МЕ/сут
От 3 до 18 лет	1000 МЕ/сут	1500 МЕ/сут



Независимо от вида вскармливания и сезона года!!!

Назначение витамина D требуется детям НЕЗАВИСИМО ОТ ВИДА ВСКАРМЛИВАНИЯ

Грудное молоко*

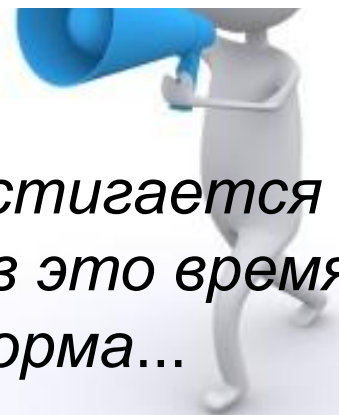


= ~500 МЕ =

Адаптированная смесь**



Суточный объем смеси, 1 литр, достигается только к 5-6 месячному возрасту, а в это время уже начинается введение прикорма...



Дифференцированные дозы холекальциферола для лечения гиповитаминоза D

Уровень 25(OH)D сыворотки крови	Лечебная доза	Лечебная доза для Европейского Севера России
20–30 нг/мл	2000 МЕ/сут — 1 месяц	2000 МЕ/сут — 1 месяц
10–20 нг/мл	3000 МЕ/сут — 1 месяц	3000 МЕ/сут — 1 месяц
Менее 10 нг/мл	4000 МЕ/сут — 1 месяц	4000 МЕ/сут — 1 месяц



Период рахита и степень тяжести	Суточная доза витамина D*
I степень — период разгара	2000 МЕ/сут — 30 дней
I–II степень — период разгара	2500 МЕ/сут — 45 дней
III степень	3000 МЕ/сут — 45 дней

БЭН



- Управляемое заболевание
- Исход даже в наше время колеблется от благоприятного до летального
- Группа здоровья – **2**
- Длительность наблюдения – до **1** года!

Функциональные нарушения при БЭН

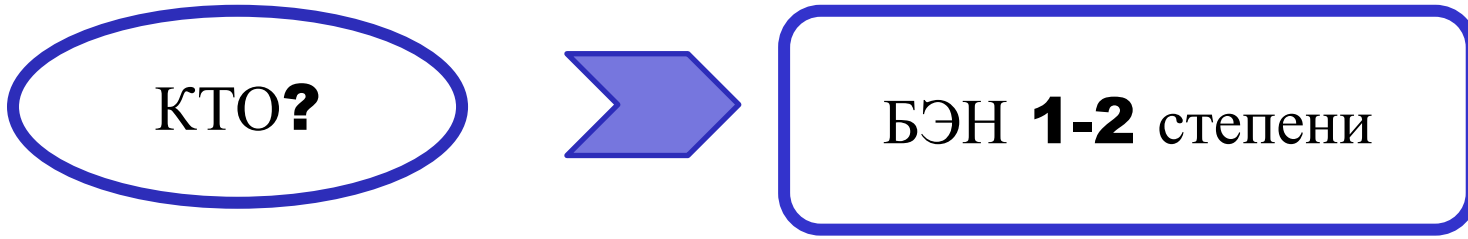
Легкие

Сердце

Почки

Ж
инс
ни
ма
Тел
Объ
Эш
Ното
Улар
он
ин
жин
аи
ип
и
Ф
М
он
ки
до
ли
с
ж
и
ин
но
но
ру
он
ва
тра
ф
к
п
т
кон
и
н
ж
ни
в
к
к
л
р
ка
на
ли
т

Наблюдение



- Педиатр осматривает **2** раза в месяц первые полгода, затем до **1** года – ежемесячно
- На **2** году – ежеквартально
- Ежемесячно – антропометрия, расчет питания на должную массу

- Консультации специалистов –невролога, ортопеда, окулиста не реже **1** раза в **6** мес
- эндокринолога, иммунолога - по показаниям
- Дополнительные исследования: ОАК, ОАМ, копрограмма, кал на дисбактериоз – в период разгара заболевания, далее – **1**р/**6** мес
- Прививки противопоказаны при **2-3** степени

Пути оздоровления

- Диетотерапия

Принципы диетотерапии

- Этапность
- «Омоложивание» диеты (диета «моложе» ребёнка на **2** месяца)
- Более частые приемы пищи
- Контроль питания ежедневно (съедено, выпито, срыгивание, рвота, стул)
- Расчет питания **1** раз в **5-7** дней

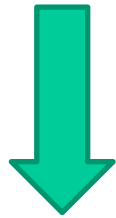
Принципы диетотерапии

- Главный принцип при выборе смеси

Легкое усвоение
белков, жиров и
углеводов

Алгоритм подбора смесей при диетотерапии

- Для детей до **2500** грамм



Смеси для маловесных и недоношенных детей
Пренан, пренутрилак, фрисопре

Белки
сывороточные

СЦТ
(среднецепочечные
триглицериды)

Снижено
количество
лактозы

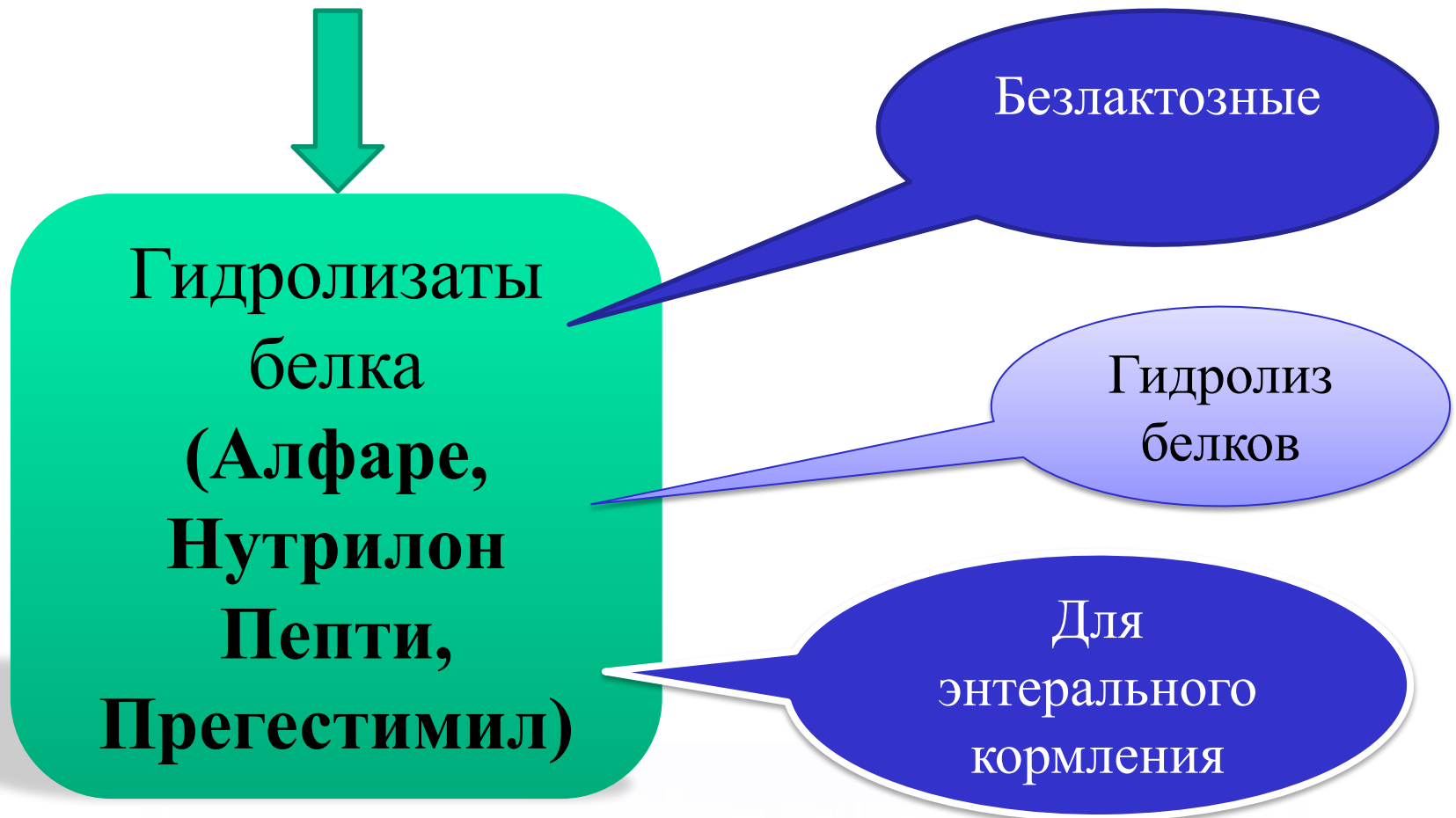
Алгоритм подбора смесей при диетотерапии

- Для детей до **8** кг (от **0** до **18** месяцев)



Алгоритм подбора смесей при диетотерапии

- Для детей до **1** года



Алгоритм подбора смесей при диетотерапии

- Для детей **1** года до **10** лет



Клинутрен Юниор

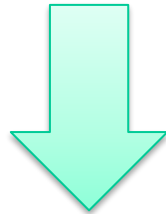
Низкокалорийная
467 Кка на 100
грамм

Для зондового и
перорального
кормления

Безлактозная
(мальтодекстрин)

Алгоритм подбора смесей при диетотерапии

- Для детей **1** года до **10** лет



Педиашур

Низкокалорийная
467 Кка на 100
грамм

Безлактозная
Безглютеновая

Для зондового и
перорального
кормления

Пути оздоровления

- Диетотерапия
- Ферментотерапия
- Биопрепараты
- Анаболические препараты (Элькар)
- Витаминотерапия
- Массаж
- ЛФК
- Аэротерапия
- Закаливание

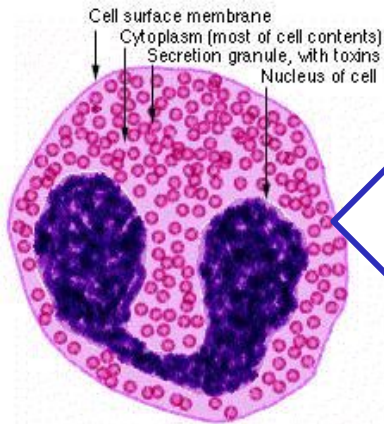
Контроль эффективности

- Восстановление толерантности к пище
- Нормализация ФР, НПР
- Позитивность
- Отсутствие дисфункциональных изменений со стороны вн. органов и систем
- ОАК – норма (отсутствие анемии)

Атопический дерматит

- Заболевание поливалентное, но в раннем возрасте чаще – пищевая сенсibilизация
- **2** группа здоровья до **3** лет
- Педиатр, дерматолог и/или аллерголог, гастроэнтеролог
- Педиатр наблюдает: **1** раз в **2** недели в период острых проявлений заболевания
- До конца года – **1** раз в месяц

- На втором году – **1** раз в **3** месяца;
- На **3** году – **1** раз в **6** месяцев.
- Аллерголог – **1** раз в **3-6** мес в зависимости от активности процесса
- Иммунолог – при наличии ИДС, с целью уточнения диагноза и решения вопроса о необходимости иммуномодулирующей терапии



ОАК 3-6-9-12 мес – эозинофилия

**ИГЕ
общ и
спец**



Копрограмма 1 раз в год



Лямблия

Иммунизация

- Иммунизация детей с АД проводится в полном объеме в соответствии с национальным календарем прививок
- Вакцинацию следует проводить на фоне назначения антигистаминных препаратов (за **4-5** дня до – и **5-6** дней после) и соблюдения гипоаллергенной диеты в фазе ремиссии заболевания

- Иммунизация не проводится в остром периоде заболевания
- Дети с остаточными проявлениями АД иммунизируются в стационаре или в кабинетах по иммунопрофилактике с использованием ослабленных вакцинных препаратов (АДС, АДС-М).

- Дети с ремиссией от **3-6** месяцев могут быть вакцинированы участковым педиатром с использованием
- АКДС, АДС, АДС-М,
- ЖКВ,
- ЖПВ,
- против краснухи и гепатита В.

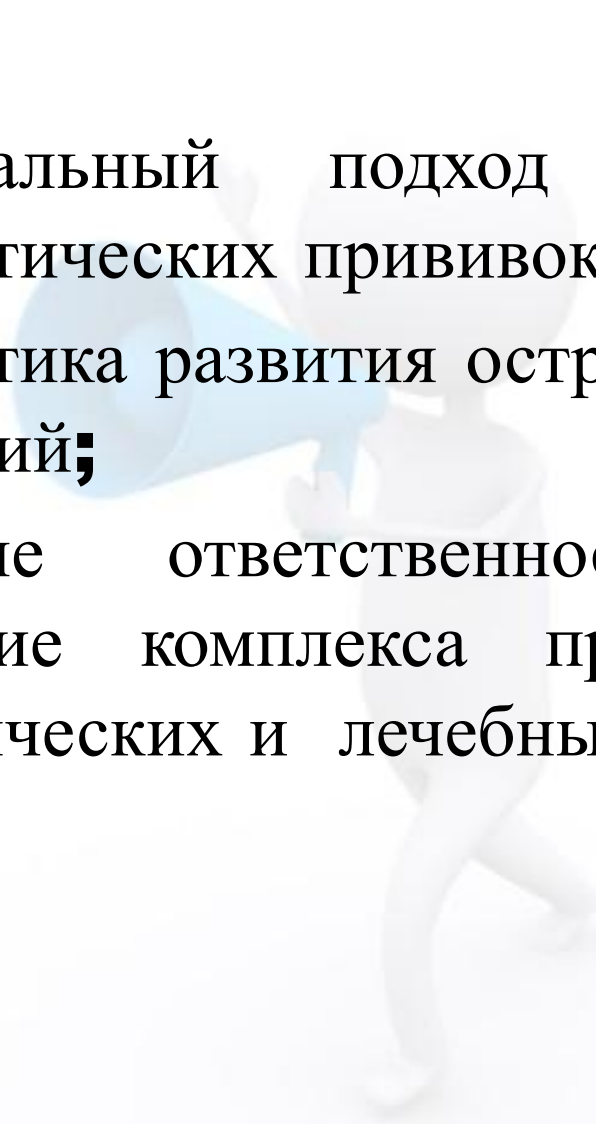
- Дети с устойчивой ремиссией АД длительностью **7** месяцев могут быть привиты по графику с использованием всех необходимых вакцинных препаратов в условиях поликлиники

Постнатальная профилактика

- Выявление детей группы риска по АД:
- с наследственным аллергическим анамнезом;
- с токсической эритемой в периоде новорожденности;
- с преходящими аллергическими реакциями на пищевые продукты;
- с необычными реакциями на вакцины, лекарственные препараты

Первичная постнатальная профилактика

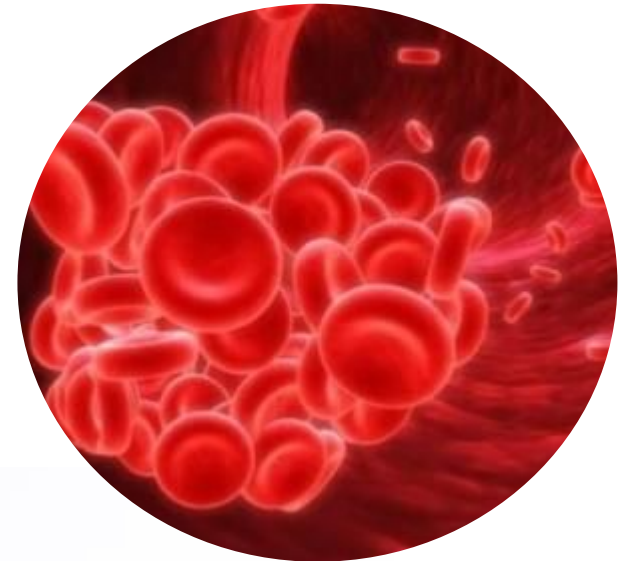
- поддержка и пролонгирование грудного вскармливания;
- организация рационального питания кормящей матери и ребенка;
- рекомендации по созданию щадящего антигенного режима;
- обоснованное применение медикаментозных средств

- 
- индивидуальный подход к проведению профилактических прививок;
 - профилактика развития острых и хронических заболеваний;
 - повышение ответственности семьи за выполнение комплекса профилактических, диагностических и лечебных мер.

Железодефицитная анемия

- **ВАЖНО:** в период внутриутробного развития – депо железа, достаточное для развития ребенка сохраняется до **3-4** месяцев!


30 МГ





Прелатентный
дефицит

Латентный дефицит

Железодефицитная анемия


Прелатентный дефицит

- Опустошение тканевых депо
- Снижение всасывания железа в кишечнике
- Клинических симптомов нет
- Уровень гемоглобина - **N**

Латентный дефицит

- Опустошение депо, снижение транспортного фонда
- Снижение активности **Fe** - содержащих ферментов
- Гемоглобин – **N**
- Субклиника: эпителиальный, гипотонический, астено-вегетативный синдромы

Лабораторные критерии латентного дефицита

- При содержании **Hb** не ниже **110** г/л у детей до **6** лет и не ниже **120** г/л старше **6** лет:
 - Снижение сывороточного железа ниже **12** мкмоль/л
 - ОЖСС более **69** мкмоль/л
 - НТЖ менее **17%**
- 

Частота ЖДА

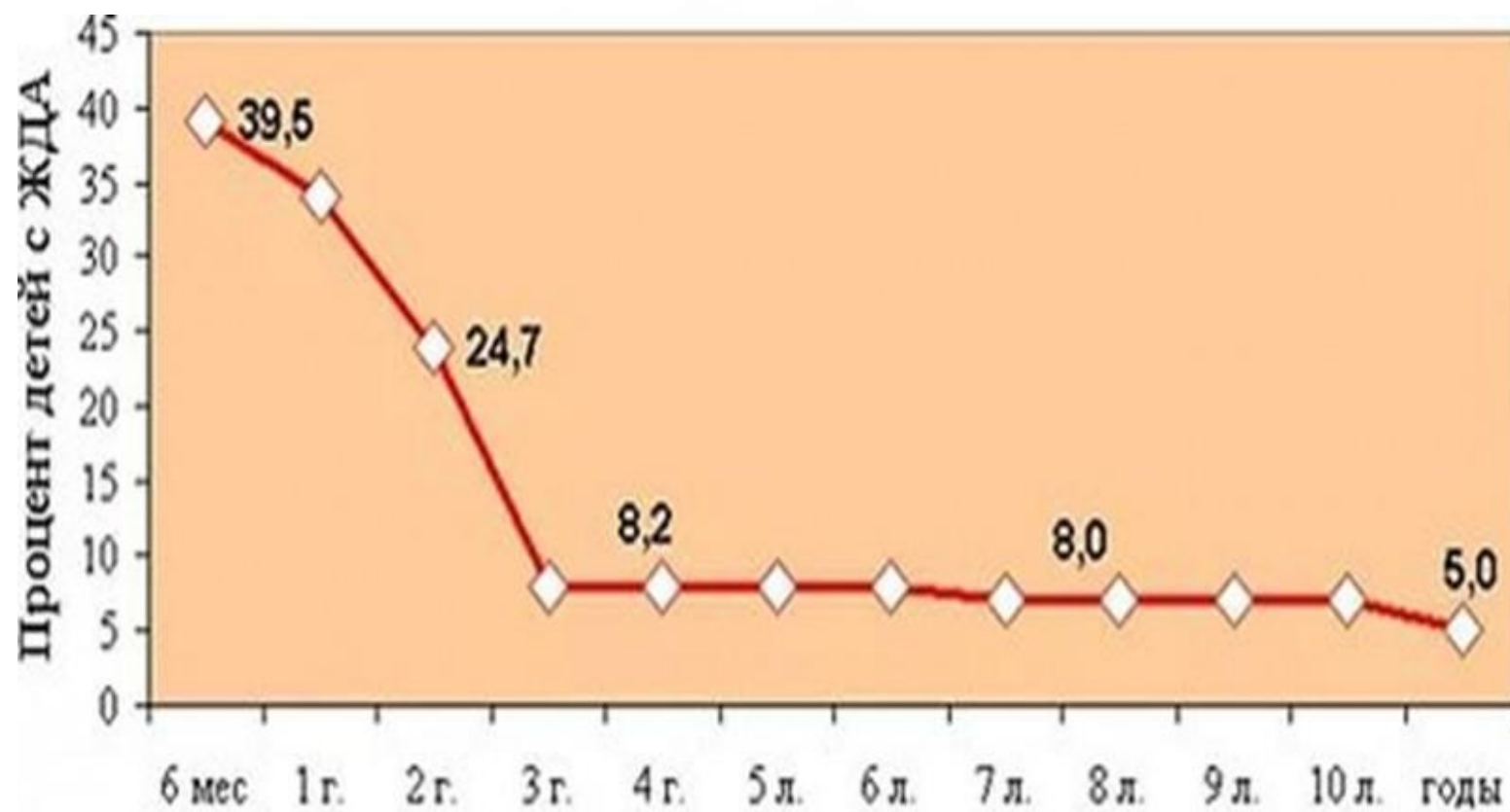


Рис. 2. Частота ЖДА у детей (n = 2566)

Наблюдение

- Наблюдение за детьми, получающими препараты железа, осуществляется каждые **10-14** дней
- После нормализации гемограммы (ферротерапия **не менее 3 месяцев при легкой анемии**): педиатр **1** раз в месяц до года
- На втором году – **1** раз в квартал
- ЛОР, стоматолог - **1** раз в год
- Гематолог по показаниям

Обследование

Каждые
10-14 дней

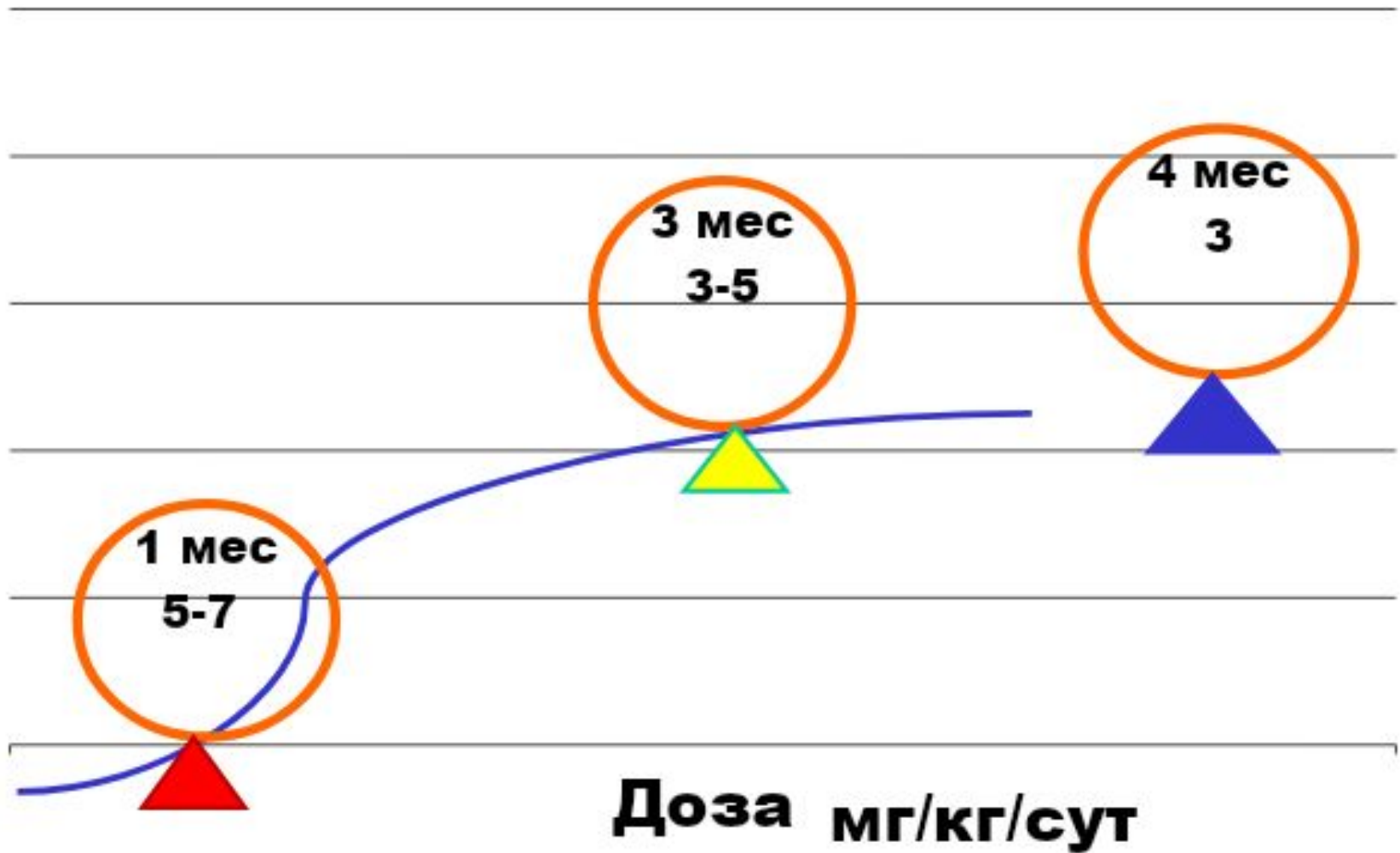
Эр, **Нб**, рет-
ТЫ

Морфология
эритроцитов

ОЖСС, НТЖ,
сыворот. **Fe**

До нормализации,
далее ежемесячно до **3** месяцев

Ранняя реабилитация (лечение)



Критерии эффективности

- Ретикулоцитарная реакция на **10-12** день от начала терапии
- Подъем гемоглобина к **3-4** неделе
- Редукция симптомов анемии в теч-е **1-2** мес
- Норма сыворот. **Fe** к **3-6** мес от начала терапии

Продолжительность ферротерапии

Степень дефицита железа	Доза препарата, мг/кг/сутки	Длительность ферротерапии, нед
ЛДЖ	3	4-6
ЖДА 1 ст	5 мг/кг	10-12
ЖДА 2 ст		12-16
ЖДА 3 ст		16-20

Специфическая профилактика

- Антенатальный период
- Всем беременным проводят **3** курса ферротерапии в течении **1** месяца на **11-12, 24-26, 32** неделях гестации в профилактических дозах
- В начале курса **10** дней метаболический комплекс - липамид по **1** табл. **3** раза в день, ВИТ В**1** по **1** табл. **3** раза в день

Постнатальная профилактика

- Неспецифические мероприятия
- Специфические мероприятия:
- **10** дней на протяжении первых двух месяцев метаболический комплекс, включающий витамины **Е, В1, В5**, липоевую кислоту в возрастных дозах
- С **2** месяцев доношенным из **3** группы риска и с **1** мес недоношенным – проф. дозы препаратов железа (**1-2** мг/кг сутки)

Постнатальная профилактика (ФЭМБ – федеральные клинические рекомендации)

- Детям, находящимся исключительно на грудном вскармливании, с **4** мес и до введения прикорма необходима дотация железа из расчета **1** мг/кг/сутки

- Проведение профилактических прививок разрешается после нормализации показателей анализа периферической крови.



Спасибо за внимание!

