

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Запорізький державний медичний університет

"Рекомендовано"
на методичній нараді
кафедра факультетської педіатрії
Завідувач кафедри
професор _____
(ПП, підпис)
"___" _____ 2008..р.

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ

<i>Навчальна дисципліна</i>	педіатрія
<i>Модуль</i>	НАЙБІЛЬШ ПОШИРЕНІ СОМАТИЧНІ ЗАХВОРЮВАННЯ У ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ.
<i>Змістовний модуль</i>	ЗАХВОРЮВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ
<i>Тема заняття .</i>	Диспансерне спостереження за дітьми раннього віку в умовах поліклініки.
<i>Курс</i>	4
<i>Факультет</i>	медичний
<i>Склала викладач</i>	Доц.Солодова І.В.

Методичні вказівки переглянуто на засіданні кафедри ...

«02» вересня 2007р
«29» серпня 2011р
«28» серпня 2012р
«27» серпня 2013р
«27» серпня 2014р

Протокол № 2
Протокол № 1
Протокол № 1
Протокол № 1
Протокол № 1

«26» серпня 2015р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р
« » 20 р

Протокол № 1
Протокол №
Протокол №
Протокол №
Протокол №

**Затверджено
на засіданні ЦМК**

«16» 09 2010р.

Протокол № 2

«15» 09 2011р.

Протокол № 2

«20» 09 2012р.

Протокол № 2

29 08 2013р.

процесором

27. 08. 2014р.

пр. Лу

28. 08. 2015р.

пр. Лу

АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

Сучасні умови потребують реформування діяльності галузі охорони здоров'я з переорієнтацією на первинну медико-санітарну допомогу, що надає амбулаторно-поліклінічному етапу медичної допомоги дітям першочергового значення.

Медична допомога дітям на цьому етапі мусить відповідати сучасним вимогам. Належну увагу треба приділяти антенатальній профілактиці патології плоду, спостереженню новонароджених з врахуванням спадкового, соціального, акушерського анамнезів. Ефективність профілактики захворювань та їх ускладнень залежить і від просвітницької роботи лікаря з сім'єю щодо виховання здорової дитини. Потребує покращання профілактична робота в дошкільних закладах, диспансеризація дитячого населення, особливо сільської місцевості. З метою удосконалення амбулаторнополіклінічної допомоги дітям видан :НАКАЗ МОЗ України від 29.11.02. № 434 м. Київ «Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні», на підставі котрого здійснюється диспансерне спостереження за дітьми, хворими на рахіт, гіпотрофію, диспепсію.

МЕТА ЗАНЯТТЯ - вивчити тактику ведення дітей з рахітом, білково-енергетичною недостатністю в умовах поліклініки; диспансерне спостереження за дітьми, які перенесли гіпервітаміноз "Д", функціональні гастроінтестинальні розлади.

Конкретні цілі заняття :

1. Визначати обов'язки дільничного педіатра.
2. Класифікувати групи здоров'я дітей, за якими спостерігає лікар.
3. Складати план спостереження за дітьми групи ризику.
4. Складати план профілактики рахіту у здорових дітей, дітей з групи ризику.
5. Складати план профілактики гіпотрофії у здорових дітей, дітей з групи ризику.
6. Складати план спостереження за дітьми, хворими на рахіт, гіпотрофію, які перенесли гостру диспепсію.
7. Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації.

СТУДЕНТ ПОВИНЕН ЗНАТИ:

- анатомо-фізіологічні особливості дітей раннього віку
- методику уходу за новонародженим та дитиною до 1 року
- правила вигодовування дітей раннього віку

СТУДЕНТ ПОВИНЕН ВМІТИ:

- виявляти в анамнезі фактори, що сприяють розвитку рахіту, гіпотрофії, диспепсії
- проводити об'єктивне обстеження дитини, своєчасно виявити порушення органів та систем при рахіті, гіпотрофії, диспепсії,
- складати план обстеження дити з підозрою на рахіт, гіпотрофії, диспепсії
- аналізувати результати додаткових методів дослідження,
- призначити лікування дитині при рахіті, гіпотрофії, диспепсії,
- призначити адекватне вигодовування з метою профілактики або лікування дитини при рахіті, гіпотрофії, диспепсії,

2. Базовий рівень підготовки.

Назви дисциплін	попередніх	Отримані навички	
		знати	вміти

1. Нормальна анатомія	анатоמו-фізіологічні особливості у дітей,	Обстежити стан дитини
2. Нормальна фізіологія	фізіологічні механізми розвитку та зросту дитини	визначать та ідентифікувати ознаки ураження органів при рахіті, гіпотрофії, диспепсії,
3. Патанатомія, патфізіологія	біохімічні, гістологічні, структурні зміни в організмі дитини при рахіті, гіпотрофії, диспепсії,	визначити та трактувати зміни даних лабораторного та рентгенологічного обстеження,
4. Пропедевтика дитячих хвороб	семіотику уражень при ГРВІ у дітей при рахіті, гіпотрофії, диспепсії,	визначити провідні фактори, що сприяють розвитку цих захворювань,
5. Променева діагностика		
6. Фармакологія	механізми впливу, дози, метаболізм, побічні дії препаратів для профілактики та лікування при рахіті, гіпотрофії, диспепсії.	призначити комплекс профілактики та лікування дітей при рахіті, гіпотрофії, диспепсії,

3. Організація змісту навчального матеріалу (описується навчальний матеріал, наводяться структурно-логічні схеми, таблиці, малюнки, що відображають зміст основних питань теми заняття).

Примірне положення про лікаря)педіатра дільничного

1. Лікар-педіатр дільничний призначається та звільняється з посади головним лікарем лікувально-профілактичного закладу і працює під безпосереднім керівництвом завідуючого педіатричним відділенням, завідуючого дитячою консультацією.
2. Лікар-педіатр дільничний:
 - 2.1. Забезпечує заходи для оптимального фізичного і нервово-психічного розвитку дітей шляхом впровадження комплексу профілактичних заходів, подальшого зниження захворюваності і смертності дітей до 18 років (17 р. 11 міс. 29 днів) за дільничним принципом.
 - 2.2. Здійснює комплекс заходів, передбачених директивними документами, спрямованими на зниження захворюваності, інвалідизації та смертності дітей.
 - 2.3. Забезпечує постійний зв'язок з жіночою консультацією, контроль за проведенням дільничною медсестрою 2-х допологових патронажів вагітних у встановлені терміни і патронаж вагітних із груп ризику після отримання відомостей про них з жіночої консультації.
 - 2.4. Здійснює первинний патронаж новонародженого у перші 3 дні після виписки його з пологового будинку спільно з дільничною медичною сестрою та контролює кратність і якість відвідувань новонароджених дільничною медсестрою у подальшому.
 - 2.5. Проводить прийом здорових дітей в поліклініці, дає рекомендації щодо режиму, раціонального вигодовування, специфічної та неспецифічної профілактики рахіту, проводить оцінку фізичного, нервово-психічного розвитку дитини, резистентності організму.

- 2.6. Організовує відвідування відділень (кабінетів) здорової дитини дітьми 1-го року життя – щомісяця, 2-го року – 4 рази на рік, 3-го року – 2 рази на рік, 4 роки та старших – не менше, ніж 1 раз на рік та перед оформленням дитини в дошкільний чи загальноосвітній навчальний заклад.
- 2.7. Здійснює профілактичний нагляд за дітьми згідно з діючими наказами та методичними рекомендаціями; направляє дітей на консультації до профільних фахівців та на лабораторне обстеження у терміни, передбачені відповідними наказами та методичними рекомендаціями, а також за показаннями.
- 2.8. Проводить комплексну оцінку стану здоров'я дітей з визначенням групи здоров'я у передбачені терміни.
- 2.9. Складає разом з медичною сестрою дільничною план профілактичних щеплень (на рік та щомісячно), своєчасно подає медичні документи на розгляд комісії по вирішенню питань медичних протипоказань для щеплень, планує й проводить (щомісячно) підготовку дітей до імунізації; направляє дітей, що мають змінену реактивність, до лікаря-імунолога дитячого (за показаннями); своєчасно передає відомості до відповідних лікувально-профілактичних закладів на дітей, що тимчасово вибули; проводить аналіз імунізації дітей проти інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, та післявакцинальних реакцій і ускладнень – щомісячно.
- 2.10. Готує необхідні медичні документи та подає на розгляд лікарсько-консультативної комісії для вирішення питання встановлення інвалідності у дитини до 16 років та на МСЕК у дітей старше 16-ти років.
- 2.11. Визначає показання та подає документацію до ЛКК щодо необхідності здійснення догляду за дитиною у домашніх умовах до досягнення 6 річного віку.
- 2.12. Організовує проведення оглядів профільними фахівцями, лабораторних обстежень; проводить необхідні оздоровчі та профілактичні заходи дітям перед вступом до дошкільного чи загальноосвітнього навчального закладу.
- 2.13. Проводить роботу з диспансеризації та оздоровлення дітей.
- 2.14. Здійснює медичне спостереження за дітьми, що знаходяться на диспансерному обліку, організовує їх огляд профільними фахівцями, відповідне обстеження та лікування, в тому числі санацію осередків хронічної інфекції, а також 1 раз на рік оцінює ефективність диспансеризації хронічних хворих.
- 2.15. Забезпечує наступність щодо медичного спостереження за дітьми, що проживають на території дільниці з профільними фахівцями та медичним персоналом навчальних закладів, лікарем підлітково-го кабінету.
- 2.16. Забезпечує медичну підготовку юнаків до призову на військову службу.
- 2.17. Веде облік та відбір дітей, які за станом здоров'я потребують санаторно-курортного лікування, представляє медичну документацію цих дітей на розгляд санаторно-курортної відбіркової комісії (СКВК).
- 2.18. Здійснює медичний огляд хворих дітей вдома в день надходження виклику, направляє при наявності показань на лікування у стаціонар. вживає заходів до невідкладної госпіталізації дитини у випадках, коли стан її здоров'я загрожує життю.
- 2.19. У разі критичного стану здоров'я дитини та відмови батьків від госпіталізації попереджує батьків або осіб, які їх замінюють, про відповідальність за залишення дитини в небезпеці із зазначенням у ф. № 112/о або 025/о та інформує завідувача педіатричним відділенням.
- 2.20. Забезпечує при лікуванні дітей вдома комплексне лікування із застосуванням, у разі необхідності, фізіотерапевтичного лікування, лікувальної фізкультури, а також консультації профільних фахівців та лабораторне обстеження; у разі потреби організовує «стаціонар вдома».
- 2.21. Забезпечує динамічний нагляд за хворими дітьми при лікуванні в амбулаторно-поліклінічних умовах із залученням медсестри дільничної, до повного їх одужання; хворих дітей 1-го року життя – щоденно до одужання.
- 2.22. Виписує рецепти, в тому числі для безкоштовного відпуску лікарських засобів та харчування дітей згідно з діючим законодавством.

- 2.23. Надає невідкладну допомогу дітям під час роботи на дільниці з використанням лікарських засобів та інструментарію згідно з переліком затвердженим цим наказом.
 - 2.24. Інформує завідувача педіатричним відділенням про всіх тяжко хворих дітей на дільниці.
 - 2.25. Повідомляє у встановленому порядку санепідстанцію про всі випадки виявлення інфекційних хворих та підозрілих на інфекційне захворювання та проводить спільно з санепідслужбою комплекс профілактичних заходів, спрямованих на зниження інфекційної захворюваності.
 - 2.26. Проводить просвітницьку роботу на дільниці з питань підтримки грудного вигодовування, раціонального харчування, розвитку і виховання здорової дитини та профілактики захворювань.
 - 2.27. Веде всю звітно-облікову документацію, затверджену Міністерством охорони здоров'я.
 - 2.28. Впроваджує в практику нові організаційні форми роботи та нові методи профілактики, діагностики та лікування.
 - 2.29. Систематично підвищує свою фахову кваліфікацію (атестація або переатестація 1 раз на 5 років).
 - 2.30. Здійснює контроль за роботою дільничної медсестри і підвищенням її кваліфікації.
 - 2.31. Працює згідно з річним та щомісячним планами роботи, складеними на підставі аналізу показників роботи та показників стану здоров'я дітей.
 - 2.32. Проводить відбір дітей для планового стаціонарного лікування, та лікування в денному стаціонарі.
 - 2.33. Визначає групи ризику дітей по соціальному фактору та забезпечує динамічне спостереження за ними.
 - 2.34. Щоквартально аналізує показники діяльності та звітує на виробничих нарадах педіатричного відділення (згідно з планом роботи відділення).
 - 2.35. Негайно повідомляє адміністрацію поліклініки (лікарні) про випадки насильства, жорстокого ставлення до дітей вдома, перебування неповнолітніх в екстремальних умовах, залишення дітей без батьківського піклування.
 - 2.36. Заповнює та подає у встановленому порядку керівництву лікувально-профілактичного закладу повідомлення на дитину, яка тимчасово вибуває з дільниці, для передачі інформації до лікувально-профілактичного закладу, за місцем тимчасового проживання.
 - 2.37. Аналізує свою діяльність та стан здоров'я дітей дільниці віком до 17 років включно, розробляє заходи щодо покращання показників їх здоров'я.
3. Лікар-педіатр дільничний має право:
- 3.1. Виписувати рецепти.
 - 3.2. Видавати листки непрацездатності та довідки по догляду за хворими дітьми відповідно до діючої інструкції; інші довідки у межах своєї компетенції.
 - 3.3. Давати розпорядження дільничній медсестрі, вносити пропозиції про її заохочення, чи накладення на неї дисциплінарного стягнення.
 - 3.4. Вносити пропозиції керівництву закладу щодо покращання організації роботи відділення, закладу.
 - 3.5. Підвищувати свою кваліфікацію.

Примірне положення про кабінет здорової дитини

1. Кабінет здорової дитини створюється у складі дитячої поліклініки (відділення) і є методичним центром з питань розвитку, виховання здорової дитини.
2. У кабінеті здорової дитини працює медична сестра (фельдшер), яка пройшла підготовку з організації профілактичної роботи серед дітей раннього віку.
3. Керівництво роботою кабінету здорової дитини здійснює заступник головного лікаря з поліклінічного розділу роботи, завідуючий поліклінікою (дитячою консультацією).
4. Медичний персонал кабінету здорової дитини працює під контролем головної медичної сестри дитячої міської поліклініки або старшої медичної сестри педіатричного відділення (дитячої консультації).
5. Медичний персонал кабінету здорової дитини:
 - проводить індивідуальні та колективні бесіди з батьками дітей, передусім раннього віку (до 3х років) з питань виховання здорової дитини;

- навчає медичних сестер дільничних та батьків методиці догляду за дітьми, загартування, організації режиму дня, віковим комплексам масажу, гімнастики, технології приготування дитячого харчування, правилам харчування дитини, тощо;
- забезпечує впровадження принципів грудного вигодовування;
- проводить роботу з профілактики рахіту;
- спільно з дільничними педіатром та дільничною медичною сестрою готує дітей до вступу у дошкільний та загальноосвітній шкільний навчальний заклад;
- здійснює зв'язок з центрами «Здоров'я» та іншими закладами, що займаються профілактичною, інформаційною роботою для поширення нових матеріалів з питань профілактики та виховання здорової дитини;
- комплектує матеріали для оформлення кабінету;
- веде звітно-облікову документацію в установленому порядку;
- впроваджує інші профілактичні програми.

Примірний перелік методичних матеріалів кабінету здорової дитини:

- матеріали з питань природного та штучного вигодовування дітей першого року життя (з врахуванням сучасних вимог до інформації щодо розповсюдження замінників грудного молока);
- таблиці вікових режимів;
- таблиці показників фізичного та нервово-психічного розвитку дітей раннього віку;
- стенди з комплексами масажу та гімнастики, фізичних вправ для дітей раннього віку;
- стенди із схемами загартування дітей;
- виставка предметів догляду за дитиною, особистої гігієни, одягу, взуття, іграшок для різних вікових груп;
- схеми специфічної та неспецифічної профілактики рахіту;
- стенд з підготовки дитини до перебування у дошкільному навчальному закладі;
- схеми імунопрофілактики.

Примірне положення про комплексну оцінку здоров'я дітей

1. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей проводиться лікарями-педіатрами лікувально-профілактичних закладів під час профілактичних оглядів дітей декретованого віку.
2. Під час комплексної оцінки стану здоров'я дитини враховуються наступні ознаки:
 - а) функціональний стан органів та систем;
 - б) резистентність та реактивність організму;
 - в) рівень та гармонічність фізичного та психоневрологічного розвитку;
 - г) наявність хронічної (в т.ч. вродженої) патології.
3. За станом здоров'я діти розподіляються на групи здоров'я:
 - перша група - здорові діти, які не мають відхилень за всіма ознаками здоров'я: не хворіють за період спостереження або мають незначні одиничні відхилення, які не впливають на стан здоров'я і не потребують корекції;
 - друга група - діти групи «ризик» - діти з ризиком виникнення хронічної патології та ті, що часто (4 і більше разів на рік) хворіють. Це діти з функціональними відхиленнями, обумовленими ступенем морфологічної зрілості органів та систем, діти першого року життя з обтяженим акушерським і генеалогічним анамнезом, ті, що часто хворіють, або, які тяжко переохворіли з несприятливим перебігом реабілітаційного періоду і т. інше;
 - третя, четверта і п'ята групи - хворі діти з хронічною патологією в стадії компенсації, субкомпенсації і декомпенсації.

Схема розподілу дітей раннього та дошкільного віку по групам здоров'я .

Група	Хронічна патологія	Функціональний стан основних систем і органів	Резистентність ** і реактивність	Фізичний та нервово-психічний розвиток
1	2	3	4	5
Група 1	Відсутня *	Без відхилень	За період спостереження не хворів або хворіє не часто, перебіг хвороби легкий	Нормальний, відповідає віку
Група 2	Відсутня	Наявність функціональних відхилень. Для дітей першого року життя – обтяжний акушерський анамнез (токсикоз, інша патологія вагітності, ускладнений перебіг пологів, багатоплідна вагітність), недоношеність без значних ознак недорозвиненості, ускладнений перебіг раннього неонатального періоду. Карієс зубів – субкомпенсована форма, аномалія прикусу.	Тривалі гострі захворювання з затяжним періодом реконвалес-ценції	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмір ваги I ступеня. Нормальне або незначне відставання нервово-психічного розвитку
Група 3	Наявність хронічної патології, вроджених вад розвитку органів та систем	Наявність функціональних відхилень та патологічних змін системи, органа без клінічних прояв, функціональних відхилень інших органів та систем. Карієс зубів – декомпенсована форма	Захворювання - не часті, не важкі за перебігом загострення без вираженого погіршення загального стану та самопочуття. Не часті інтеркурентні захворювання	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмір ваги I або II ступеня, низький зріст. Нервово-психічний розвиток нормальний або відстає

1	2	3	4	5
Група 4 Стан субком-пенсації	Наявність хронічної патології, вроджених дефектів розвитку систем та органів	Наявність функціональних відхилень патологічно зміненого органа, системи, інших органів системи	Захворювання - часті загострення основного хронічного захворювання, гострі захворювання з порушеннями загального стану самопочуття після загострення або з затяжним реконвалесцентним періодом після інтеркурентного захворювання	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмір ваги тіла I або II ступеня, низький зріст. Нервопсихічний розвиток нормальний або відстає
Група 5 Стан декомпенсації	Наявність тяжкої хронічної патології або тяжкої вродженої вади, яка призводить до інвалідації дитини	Вроджені функціональні відхилення патологічно зміненого органа, системи, інших органів та систем	Захворювання - часті тяжкі загострення основного хронічного захворювання, часті гострі захворювання	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмір ваги тіла I або II ступеня, низький зріст. Нервопсихічний розвиток нормальний або відстає

Можливі одиничні морфологічні вроджені дефекти розвитку (аномалії нігтів, маловиражена деформація вушної раковини, родимі плями та ін.), які не впливають на функціональний стан та життєдіяльність організму.

** При профілактичних оглядах резистентність та реактивність визначаються за особливостями онтогенезу, частоті гострих захворювань, які перенесла дитина за попередній період, за клінічними ознаками реактивності.

За період спостереження за дитиною група здоров'я у неї може змінюватися в залежності від динаміки стану здоров'я.

Протокол лікування та профілактики рахіту у дітей

ШИФР Е 55.0

РАХІТ АКТИВНИЙ

Рахіт- захворювання дітей раннього віку, в основі якого лежать недостатність вітамінів групи Д в організмі, порушення мінерального та інших видів обміну речовин внаслідок чого мають місце розлади формування скелета, функцій внутрішніх органів та систем.

Класифікація (робоча класифікація рахіту за О.М. Лук'яною, Л.І. Омельченко, Ю.Г. Антипкіним, 1991)

Клінічні форми хвороби	Перебіг хвороби	Ступінь важкості	Клінічні варіанти
1. Легка.	Гострий	1.легкий	1 кальційпенічний
2. Середньоважка	Підгострий	2.середньої важкості	2 фосфоропенічний
3. Важка	Рецидивуючий	3.важкий	3 без значних відхилень вмісту кальцію і фосфору в крові.

Діагностичні критерії

1. Клінічні – залежать від ступеня важкості та перебігу захворювання.

Перший ступінь важкості-легкий.	Середній ступінь важкості-середньоважкий	Важкий рахіт
1	2	3
-зміни з боку вегетативної нервової системи – слабковиражені: підвищена пітливість, погіршення сну, подразливість, неспокій, зниження апетиту, можливі диспептичні явища. -зміни з боку кісткової системи – слабковиражені: податливість та болісність при пальпації кісток черепа, ділянки розм'якшення кісток черепа- краніотабес, деформація кісток черепа- плоска, асиметрична потилиця, лобні та тім'яні горби.	-зміни з боку вегетативної системи - помірно виражені -зміни з боку кісткової системи- помірно виражені: потовщення на ребрах, у місцях з'єднання кісткової та хрящової частин ребер-“ чотки”, пом'якшення ребер “Гарісонова борозда”, деформація грудини, розширення нижньої апертури, викривлення хребта – кіфоз сколіоз, “О”, “Х” – образні деформації нижніх кінцівок, зниження рухової активності, – наявність помірних змін – з боку м'язової,	-значні порушення з боку нервової, кісткової та інших систем: загальна рухова загальмованість, затримка розвитку статичних функцій виражені кісткові деформації, зниження м'язового тону, розхитність суглобів, збільшення печінки, селезінки, функціональні порушення з боку серцево-судинної, дихальної, травної, кровоносної систем
Для встановлення діагнозу рахіту легкого ступеня важкості обов'язкова наявність змін з боку кісткової системи.	кровоносної , серцево-судинної, травної систем: -помірне збільшення печінки, селезінки, гіпотонія м'язів зв'язкового апарату, розхитність суглобів, збільшення розмірів живота, наявність анемії Для рахіту другого ступеня характерним є ураження кісток у двох або й у трьох відділах скелету.	

Кальційпенічний варіант рахіту характеризується наявністю деформацій кісток, зумовлених остеомаляцією, вираженою підвищеною нервово-м'язовою збудливістю, підвищеною пітливістю, тахікардією, порушенням сну, функцій травного каналу, тобто

перебіг рахіту відбувається гостріше, зі значним зниженням вмісту іонізованого кальцію в сироватці та еритроцитах венозної крові.

Фосфоропенічний варіант рахіту відбувається з більш вираженим зниженням вмісту неорганічного фосфору в сироватці та еритроцитах крові. Він супроводжується стійкою млявістю хворих дітей, їх загальмованістю, м'язовою гіпотонією, деформаціями скелета, зумовленими остеοїдною гіперплазією.

Варіант рахіту з незначними змінами рівня кальцію та фосфору в крові відбувається в легшій формі, він має підгострий характер, деформації кісток незначні, майже відсутні прояви ураження нервової та м'язової систем.

Характеристика гострого періоду.

- швидке прогресування хвороби
- переважання розм'якшення кісток
- виражені зміни вегетативної нервової системи

Характеристика підгострого перебігу

- переважання остеοїдної гіперплазії
- помірні ознаки ураження інших органів і систем.

Характеристика рецидивного перебігу

- чередування періодів загострення і періодів його вщухання.

II. Параклінічні

Обов'язкові лабораторні:

Загальний аналіз крові (зниження рівня гемоглобіну)

Зниження вмісту загального кальцію, неорганічного фосфору, підвищення активності лужної фосфатази у сироватці крові.

Нормальні показники для дітей віком до 3-х років :

- рівень загального кальцію в сироватці крові- 2,25 – 2, 5 ммоль/л,
- рівень неорганічного фосфору в сироватці крові 1,45- 2,1 ммоль/л,
- активність лужної фосфатази 140-220 од.- для дітей віком до 3-х років.

Проба Сулковича (виведення кальцію з сечею)

- від'ємна (-)
- слабопозитивна (+)
- позитивна(++)
- різко позитивна (+++)

Додаткові лабораторні:

Підвищення рівня паратгормону, зниження рівня кальцитоніну та вмісту транспортної форми вітаміну Д3 (25-ОН Д3)в сироватці крові

Інструментальні методи

- рентгенологічне обстеження кісток кінцівок, грудної клітини.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ.

«Ідеологія» лікування рахіту полягає в усуненні всіх причин, що викликали його, Лікування повинне бути комплексним і тривалим. При цьому в даний час більше значення надається неспецифічному (тобто направленому на загальне зміцнення організму) лікуванню.

Неспецифічне лікування рахіту: раціональне (природне) вигодовування; організація режиму дня, відповідного віку дитини; забезпечення тривалого перебування дитини на свіжому повітрі з достатньою інсоляцією 1; лікувальна гімнастика і масаж;гартування; лікування супутніх захворювань.

Мета лікування-усунення головних симптомів захворювання з боку кісткової, нервової та інших систем організму дитини, нормалізація показників фосфорно-кальцієвого обміну.

Методи лікування

Медикаментозні	Додаткові
----------------	-----------

Препарати вітаміну D ₃ Препарати кальцію, магнію, оротової кислоти, карнітину хлориду, АТФ, полівітаміни(Е, гр. В, С)- в вікових дозах.	Дотримання режиму дня та санітарно-гігієнічного режиму Природне вигодовування, при неможливості-адаптовані замітники грудного молока Через 2 тижні від початку медикаментозного лікування- призначити ванни: сольові (для дітей малорухомих,пастозних) , хвойні (переважно збудженим дітям), трав'яні (дітям з ексудативно-катаральним діатезом),загальний масаж, ЛФК
---	--

Лікувальне призначення вітаміну D₃

	Добова доза вітаміну D ₃	Тривалість прийому вітаміну D ₃
Діти хворі на рихіт різного ступеня тяжкості процесу	Легкий ступінь – 2000 МО Середньої важкості-4000 МО Важкий – 5000 МО	Протягом 30-45 днів. У подальшому для попередження загострень та рецидивів хвороби по 2000 МО протягом 30 днів 2-3 рази на рік з інтервалами між ними не менш ніж 3 місяці до 3-5 річного віку.

Профілактичне призначення вітаміну D₃ дітям раннього віку та вагітним жінкам

Групи жінок та дітей	Термін початку специфічної профілактики	Добова доза вітаміну D ₃	Тривалість прийому вітаміну D ₃
1	2	3	4

Аntenатальна профілактика рахіту

Здорові вагітні	3 28-32 тижня вагітності	500 МО	Щоденно протягом 6-8 тижнів
Вагітні з груп ризику (гестози, цукровий діабет, ревматизм, гіпертонічна хвороба, хронічні хвороби печінки, нирок, клінічні ознаки гіпокальціємії і порушень мінекралізації кісткової тканини)	3 28-32 тижня вагітності	1000-2000 МО	Щоденно протягом 8 тижнів

Постнатальна профілактика рахіту

Доношені здорові діти	на 2-му місяці життя	500 МО	Щоденно протягом 3-х років за виключенням 3-х літніх місяців (курсова доза на рік – 180000 МО) або
	на 2-му, 6-му, 10-му місяцях життя	2000 МО	Щоденно протягом 30 днів У подальшому до 3-х річного віку по 2-3 курси на рік з інтервалами між ними у 3 місяці (курсова доза на рік – 180 000 МО)
Доношені діти з груп ризику по рахіту: діти, які народились у жінок з акушерською та хронічною екстрагенітальною патологією; діти, що страждають синдромом мальабсорбції	на 2-3 тижнях життя або	Залежно від стану дитини та умов життя 500-1000 МО або	Щоденно до досягнення 3-х річного віку за виключенням літніх місяців
1	2	3	4
природженою патологією гепатобіліарної системи, з двійні та від повторних пологів з малими проміжками часу між ними, а також діти на ранньому штучному вигодовуванні	на 2-3 тижнях життя	1000-2000 МО 2000 МО	Щоденно протягом 30 днів. У подальшому до 3-х річного віку по 2-3 курси на рік з інтервалами між ними не менш ніж 3 місяці .

	і на 6-му, 10-му місяцях життя		
Діти раннього віку, що часто хворіють		4000 МО	Щоденно протягом 30 днів. У подальшому 2-3 курси на рік по 2000 МО протягом 30 днів
Діти, які тривалий час отримують протисудомну терапію (фенобарбітал, седуксен, дифенін) або кортикостероїди, гепарин		4000 МО	Щоденно протягом 30-45 днів. У подальшому по 2-3 курси на рік з інтервалами між ними не менш ніж 3 місяці
Доношені діти з груп ризику по рахіту, які народились з клінічними симптомами природженого рахіту та недостатньою мінералізацією кісткової тканини	З 10-го дня життя	2000 МО	Щоденно протягом 30-45 днів. У подальшому по 3 курси на рік (30 днів кожний) з інтервалами між ними не менш ніж 3 місяці
Недоношені діти I ступеня	З 10-14-го дня життя	500-1000 МО	Щоденно протягом першого півріччя життя. У подальшому по 2000 МО на добу протягом місяця 2-3 рази на рік з інтервалами між ними 3-4 місяці.
Недоношені діти II та III ступеня	З 10-20-го дня життя (після установлення ентерального харчування)	1000-2000 МО	Див. Попередній пункт

Критерії ефективності лікування

-зменшення та усунення основних клінічних проявів хвороби

-нормалізація рівня кальцію та фосфору, зниження активності лужної фосфатази у сироватці крові

При відсутності ефекту лікування необхідно уточнення діагнозу і виключення рахітоподібних захворювань.

Примітка

Вміст кальцію в деяких продуктах харчування (в мг /100 г)

молоко цільне 3,3%- 116, йогурт – 120, сухофрукти – 100, тверді сири – 600-1000, сирок плавлений- 300, яйце куряче – 54, молочний шоколад –200.

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З НЕДОСТАТНІСТЮ ХАРЧУВАННЯ

ШИФР МКХ-10 E 40 - E 46

(Гіпотрофія : пренатальна, постнатальна)

Шифр E 43 – Важка білково-енергетична недостатність не уточнена

Шифр E 44 – Білково-енергетична недостатність помірного та слабкого ступеня

Шифр E 45 - Затримка розвитку, яка обумовлена білково-енергетичною недостатністю

- Аліментарна низькорослість (карликовість)затримка росту
- Затримка фізичного розвитку внаслідок недостатності харчування

Шифр E 46 – Білково-енергетична недостатність не уточнена

I. Визначення

Білково-енергетична недостатність (гіпотрофія пренатальна, постнатальна) – недостатнє живлення дитини, яке характеризується зупинкою або сповільненням збільшення маси тіла, прогресуючим зниженням підшкірної основи, порушенням пропорцій тіла, функції травлення, обміну речовин, послабленням специфічних, неспецифічних захисних сил і астенизації організму, схильності до розвитку інших захворювань, затримкою фізичного і нервово-психічного розвитку.

Класифікація :

Гіпотрофія I ступеня – дефіцит ваги 11 – 20 %

Гіпотрофія II ступеня – дефіцит ваги 21 – 30 %

Гіпотрофія III ступеня – дефіцит ваги більше 30 %

II. Критерії діагностики

1. Основні клінічні критерії

- Оцінка фізичного статусу (відповідність до вікових стандартів ваги, зросту, тощо)
- Оцінка соматичного та емоційного стану (жвавість, реакція на оточуюче, захворюваність, тощо)
- Оцінка шкіряних покривів (блідість, сухість, наявність висипки, тощо)
- Оцінка стану слизових оболонок (наявність афт, молочниці, тощо)
- Оцінка тургору тканин (знижений)
- Оцінка підшкірного жирового шару (зменшений або відсутній) :
 - при гіпотрофії I ступеня – зменшення на животі
 - при гіпотрофії II ступеня – зменшення на животі, тулубі та кінцівках
 - при гіпотрофії III ступеня - зменшення на обличчі, животі, тулубі та кінцівках
- Щотижневий або щодакдний контроль збільшення маси тіла
- Контроль і аналіз фактичного харчування один раз на 7-10 днів
- Розрахунок харчування провадиться
 - при гіпотрофії I ступеня – на належну вагу
 - при гіпотрофії II ступеня - білків та вуглеводів на належну вагу, а жиру тільки на фактичну вагу
 - при гіпотрофії III ступеня - білків та вуглеводів на приблизно належну вагу (фактична вага + 20 % від неї), а жиру тільки на фактичну вагу

2. Лабораторні дослідження

а) обов'язкові :

- клінічний аналіз крові (рівень еритроцитів, гемоглобіну, ШОЕ)
- клінічний аналіз сечі (питома вага, протеїнурія, лейкоцитурія)
- аналіз калу на копрограму (нейтральний жир, слиз, неперетравлена клітковина, тощо)
- аналіз калу на дисбактеріоз (1 раз на 6 міс., за показаннями – зменшення вмісту біфідо-, лактобактерій, поява умовно-патогенних бактерій у діагностичній кількості - $> 10^4$)

б) при необхідності :

- імунограма (у дітей, що часто хворіють)
- біохімічні (рівень електролітів, загального білку, альбуміну, тощо)
- генетичні (згідно призначенню генетика)

в) Інструментальні дослідження

- ультразвукове обстеження черевної порожнини – для скринінг-діагностики
- фіброезофагогастроуденоскопія проводиться з метою діагностики, особливо у дітей із зригуванням або блювотою

III. Основні принципи лікування :

Залежать від ступеня порушення живлення та наявності ускладнення чи супутніх станів

Мета лікування

- Виявлення та усунення причин розладів живлення
- Ліквідувати симптоми гіпотрофії і забезпечити процеси репарації
- Забезпечити раціональне, адекватне харчування
- Попередити розвиток ускладнень
- при гіпотрофії I ступеня лікування проводиться амбулаторно – раціональне харчування відповідно віку, вітаміни, ферментні препарати (курсом 1 міс.), пробіотики та пребіотики, масаж;
- при гіпотрофії II та гіпотрофії III ступеня лікування проводиться в умовах стаціонару :
 - - парентеральне харчування (за показаннями – розчини амінокислот, жирові емульсії)
 - - дієтотерапія із застосуванням спеціалізованих лікувальних молочних та безмолочних сумішей, лікувальних продуктів на основі ізоляту соєвого білку, гідролізату білків, тощо
 - - застосування харчових добавок: білки та амінокислоти (метіонін, аргініна аспартат), вітаміни та вітаміноподібні препарати, макро- та мікроелементи
 - - корекція дисбіозу (пробіотики - Симбітер, біфідумбактерін, лактобактерін, тощо)
 - - фізіотерапія (електрофорез, парафін на обл. живота)
 - - масаж загальний, № 20

5. Патогенетичне лікування ускладнень (бронхіт, пневмонія, ентероколіт, тощо) згідно з відповідним протоколом
Тривалість стаціонарного лікування у середньому - 28 – 30 днів

Диспансерний нагляд

З обліку знімають через 6-8 тижнів після досягнення фізичного та нервово-психічного розвитку згідно з віком дитини

Огляд спеціалістів – Педіатром – 1-й міс. 5 разів (обов'язковий контроль ваги та інших антропометричних показників), далі 1раз на місяць

Огляд спеціалістів (невролог, хірург, ортопед) 1 раз на рік, та за показаннями

Контрольні запитання. (Завдання для самопідготовки виконується в робочому зошиті по педіатрії).

Засоби для контролю:

Практичні завдання, тощо.

КОНТРОЛЬНІ ЗАПИТАННЯ:

1. Визначати обов'язки дільничного педіатра щодо спостереження здорових немовлят.
2. Класифікувати групи здоров'я дітей, за якими спостерігає лікар.
3. Визначити дітей, які відносяться до групи ризику з розвитку рахіту, гіпотрофії, диспепсії.
4. Скласти план спостереження за дітьми групи ризику.
5. Скласти план профілактики рахіту у здорових дітей.
6. Скласти план спостереження , дітей з групи ризику.
7. Скласти план профілактики гіпотрофії у здорових дітей,
8. Скласти план профілактики гіпотрофії дітей з групи ризику.
9. Скласти план профілактики диспепсії у здорових дітей.
10. Скласти план профілактики диспепсії у дітей з групи ризику.
11. Скласти план спостереження за дітьми, хворими на рахіт, гіпотрофію, які перенесли гостру диспепсію.
12. Обґрунтувати для батьків необхідність виконувати заходи щодо профілактиці цих захворювань на підставі морально-деонтологічних принципів медичного фахівця.

7. Рекомендована література.

1. “Медицина дитинства” / Під редакцією П.С.Мошчича. – Київ “Здоров'я”. – Том 1. .
2. Майданник В.Г. Педиатрия. –Харьков, Фолио.- 2002.
3. Шабалов Н.И. Детские болезни. –С.-Петербург.Питер.- 1999
4. Лекції кафедри