

Принципы организации диспансерного наблюдения за детьми с хроническими заболеваниями

к.м.н., доцент кафедры
детских болезней № 1
Бектенова Г.Е.



Диспансеризация здоровых детей.

Скрининг

- Профилактические медицинские осмотры целевых групп населения – это **скрининговые осмотры**, направленные на выявление заболеваний на ранних стадиях и предупреждение развития заболеваний, факторов риска, способствующих возникновению заболеваний, формирование и укрепление здоровья населения.

- Скрининговые осмотры **целевых групп детского населения** в различные возрастные периоды жизни (осмотр специалистами, лабораторные и инструментальные исследования) осуществляются в соответствии с периодичностью проведения скрининговых осмотров целевых групп детского населения

- Скрининговые осмотры **организованных детей дошкольного возраста,** школьников, учащихся и студентов средне-специальных и высших учебных заведений до 18 лет проводятся специалистами территориальной организации ПМСП с выездом на территории детских дошкольных учреждений и организаций образования.

- Скрининговые осмотры **неорганизованных детей дошкольного возраста** проводятся в организации ПМСП по месту прикрепления.
- Дети, находящиеся **в домах ребенка,** детских домах, школах-интернатах, специализированных интернатах, домах юношества проходят скрининговые осмотры дважды в год.

- **Детям в возрасте от трех до четырех месяцев по показаниям проводится ультразвуковое исследование тазобедренных суставов с целью раннего выявления дисплазии тазобедренных суставов и врожденного вывиха бедра.**

- проведение скрининга – заполнение статистической карты профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (форма 025-08/у), проведение скрининг-теста, лабораторных и инструментальных исследований, консультации специалистов.

Алгоритм этапности проведения скрининговых осмотров детского населения

Доврачебный этап скринингового осмотра проводится средним медицинским работником и включает в себя:

- 1) определение роста и массы тела;
- 2) измерение объема головы и грудной клетки у детей раннего возраста (до 3 лет);
- 3) оценка физического и психосоциального развития в соответствии с рекомендациями ВОЗ
- 4) измерение артериального давления (у детей 7 лет и старше);
- 5) проведение плантографии и ее оценка (у

СЛЕДЫ ПОДОШВ (ПЛАНТОГРАФИЯ)







































































Нормальная стопа

Плоская стопа

- 7) исследование остроты слуха. У детей 3 лет и старше исследование проводится с помощью шепотной речи на оба уха поочередно, в тихом помещении на расстоянии между средним медицинским работником и ребенком не менее 5 м.
- 8) оформление первичной медицинской документации по данным осмотра.

• 6) определение остроты зрения

зрения

										$v = 0,01$
$D = 38,4$										$v = 0,02$
$D = 25,6$										$v = 0,03$
$D = 19,2$										$v = 0,05$
$D = 15,3$										$v = 0,06$
$D = 12,8$										$v = 0,07$
$D = 10,9$										$v = 0,09$
$D = 9,60$										$v = 0,10$
$D = 8,53$										$v = 0,11$
$D = 7,68$										$v = 0,13$
$D = 5,11$										$v = 0,19$
$D = 3,84$										$v = 0,26$

- **Педиатрический этап** проводится врачом педиатром, подростковым врачом, врачом общей практики, семейным врачом и включает в себя оценку состояния здоровья ребенка, психофизического, полового развития, выявление признаков жестокого обращения с учетом данных доврачебного обследования. В ходе этапа проводятся:
 - **1) осмотр кожных покровов и волосистой части головы;**
 - **2) осмотр видимых слизистых оболочек:** конъюнктивы глаз, полости рта, зева. Обращается внимание на состояние зубов, прикус, высоту стояния твердого неба, величину и вид небных миндалин, голосовую функцию (звучность голоса);

- **3) осмотр и пальпация области щитовидной железы;**
- **4) пальпация периферических лимфоузлов:** подчелюстных, паховых, подмышечных;
- **5) исследование органов кровообращения** (осмотр, аускультация сердца), определение частоты, наполнения, ритма пульса. При аускультации отмечают звучность и чистоту тонов. В случаях выявления сердечных шумов проводят исследования в различных положениях (стоя, лежа) и функциональные пробы с дозированной физической нагрузкой;

- **6) исследование органов дыхания**
(аускультация легких);
- **7) исследование органов пищеварения**
(пальпация органов брюшной полости, области правого подреберья, печени, эпигастральной области, селезенки, правой и левой подвздошной областей, надлобковой области). Обращается внимание на состояние слизистых, обложенность языка, десен, верхнего неба, зубов. Выявляются симптомы хронической интоксикации (бледность кожных покровов, орбитальные тени);

- **8) осмотр половых органов.** При осмотре девочек старше 10 лет особое внимание уделяют гинекологическому анамнезу, жалобам, нарушению менструальной функции;
- **9) оценка нервно-психического развития** (далее – НПР) с определением варианта группы развития: 1 - нормальный уровень НПР; 2 - незначительные отклонения в НПР; 3 - выраженные отклонения в НПР.

- У детей до 3 лет оценка НПР проводится в соответствии с **приказом № 83 МЗРК.**
- **В 4-6 лет определяются категории:** мышление и речь, моторное развитие, внимание и память, социальные контакты.
- **В 7-8 лет:** психомоторная сфера и поведение, интеллектуальное развитие, эмоционально-вегетативная сфера. В 9-10 лет добавляется оценка сформированности абстрактно–логических операций, логических суждений.
- **В 11-17 лет** определяются: эмоционально-вегетативная сфера, сомато-вегетативные проявления, вегето-диэнцефальные

Заключение о состоянии здоровья ребёнка включает в себя:

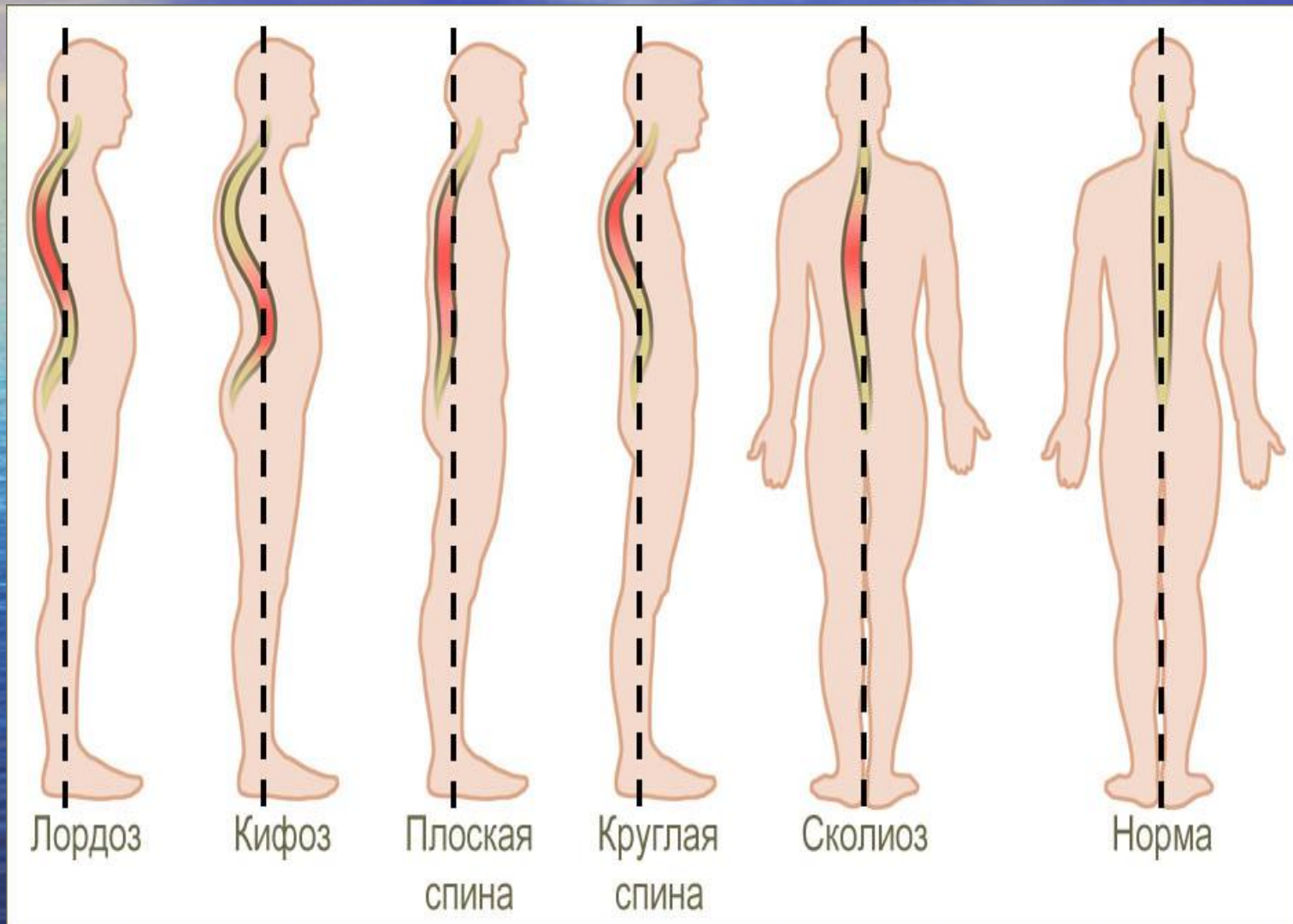
- определение наличия факторов риска;
- оценку физического, нервно-психического развития,
- резистентности,
- определение группы динамического наблюдения.

- В заключении даются рекомендации
- по соблюдению санитарно-гигиенических правил, режиму, физическому воспитанию и закаливанию,
- психолого-педагогическим мероприятиям,
- по проведению профилактических прививок,
- по профилактике пограничных состояний и заболеваний.

Специализированный этап. Проводится врачами-специалистами с заполнением учетно-отчетной документации:

- **1) хирург/ортопед** у детей раннего возраста обращает внимание на наличие расширения пупочного, паховых колец, грыжевых выпячиваний в области белой линии живота, крипторхизма, выпадения прямой кишки, деформацию конечностей, грудной клетки. У детей дошкольного и школьного возраста определяется наличие деформации позвоночника, нарушений осанки, функций крупных и мелких суставов. Проводится осмотр состояния сводов стоп, оценка плантограммы, оценка походки. У мальчиков определяется опущение яичек.

- 1) хирург/ортопед



- **2) уролог** исключает патологию мочеполовой системы
- **3) отоларинголог** проводит переднюю риноскопию и проверку дыхательной функции носа, заднюю риноскопию, фарингоскопию, пальпацию шейных лимфоузлов (подчелюстных, передних и задних шейных, заушных), отоскопию, исследование слуха

- **4) невролог** проводит общий осмотр (определение наличия дермографических черт, сосудистого рисунка и др.), исследование состояния черепно-мозговых нервов, двигательных функций; сухожильных, периостальных, кожных рефлексов; оценку вегетативной регуляции

- **5) стоматолог** проводит комплексное обследование ребенка с оценкой состояния прикуса, пародонта, индексов гигиены, степени активности кариеса, плана диспансеризации, реабилитации и профилактики

- **6) офтальмолог** проводит определение остроты зрения, внешний осмотр органа зрения; осмотр с боковым освещением и в проходящем свете, офтальмоскопию
- **7) эндокринолог** проводит осмотр для исключения гинекомастии, задержки или преждевременного полового развития, задержки роста, ожирения, увеличения щитовидной железы, сахарного диабета, крипторхизма

- **8) педагог-психолог** дает рекомендации по режиму адаптации в дошкольном учреждении, в различные возрастные периоды оценивает функциональную готовность, адаптацию к обучению в школе, при переходе к предметному обучению, профессиональной ориентации.

- По окончании скринингового осмотра детей и подростков врачом педиатром, подростковым врачом, врачом общей практики, с учетом заключения профильных специалистов и лабораторно-диагностических исследований, проводится комплексная оценка состояния здоровья детей с определением следующих «групп здоровья»:

- Дети, относящиеся к II, III, IV, V группам подлежат динамическому наблюдению и оздоровлению у специалистов ПМСП или специалистов соответствующего профиля.

- Результаты скрининговых осмотров целевых групп детского населения вносятся в статистическую карту профилактического медицинского осмотра (скрининга) ребенка (форма 025-07/у), утвержденную приказом № 907 МЗ РК .

- По результатам скринингового осмотра на каждого ребенка медицинским работником оформляется эпикриз и заключение с указанием группы здоровья, оценкой физического и нервно-психического развития, остроты зрения и слуха, рекомендациями по физкультурной группе (основная или специальная группа).
- Результаты скринингового осмотра детей (копия эпикриза и заключения) в обязательном порядке доводятся до сведения родителей.

Скрининг слуха

- Скрининг слуха детей раннего возраста проводится в детских поликлиниках и других организациях первичной медико-санитарной помощи в следующие декретированные сроки:
 - 1) детям в возрасте до 1 года - ежеквартально;**
 - 2) детям до 3 лет - 2 раза в год, независимо от результатов предыдущего скрининга.**

Правила проведения комплексной оценки состояния здоровья детей

- При комплексной оценке состояния здоровья ребенка учитываются следующие признаки:
 - 1) наличие или отсутствие отклонений в анамнезах (наследственный, биологический и социальный);
 - 2) функциональное состояние органов и систем;
 - 3) резистентность и реактивность организма;
 - 4) уровень и гармоничность физического и нервно-психического развития;
 - 5) наличие хронического заболевания, врожденной патологии.

По состоянию здоровья дети распределяются **на группы здоровья:**

- **1) первая группа** - здоровые дети, не имеющие отклонений по всем признакам здоровья: редко болеющие (до 3-х раз в год), с нормальным физическим и нервно-психическим развитием, не имеющие отклонения в анамнезе
- **2) вторая группа А-** дети с факторами риска по данным биологического и социального анамнеза
- **вторая группа Б** — дети, имеющие функциональные отклонения, с начальными изменениями в физическом, нервно-психическом развитии, часто болеющие дети, но не имеющие хронических заболеваний, дети перенесшие острые заболевания которые требуют диспансерного наблюдения.

- **3) третья группа** - дети, больные хроническими заболеваниями в состоянии компенсации, с сохраненными функциональными возможностями организма;
- **4) четвертая группа** – дети с хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, со сниженными функциональными возможностями;
- **5) пятая группа** – дети с хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации, со значительно сниженными функциональными возможностями организма.

Организация диспансерного наблюдения за детьми с железодефицитной анемией (ЖДА).

ЖДА (сидеропеническая анемия) - это патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических его потерь.

Клинически различают 3 степени ЖДА:

I степень (легкая) - уровень гемоглобина 110-90 г/л, количество эритроцитов $3 \cdot 10^{12}/л$

II степень (средней тяжести) - уровень гемоглобина 90-70 г/л, количество эритроцитов $3 - 2,5 \cdot 10^{12} /л$

III степень (тяжелая) - уровень гемоглобина < 70 г/л, количество эритроцитов $< 2,5 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит низкий.

При ЖДА II - III степени показана госпитализация.

Организация диспансерного наблюдения за детьми с железодефицитной анемией (ЖДА).

ЖДА (сидеропеническая анемия) - это патологическое состояние, характеризующееся снижением содержания гемоглобина из-за дефицита железа в организме в результате нарушения его поступления, усвоения или патологических его потерь.

Клинически различают 3 степени ЖДА:

I степень (легкая) - уровень гемоглобина 110-90 г/л, количество эритроцитов $3 \cdot 10^{12}/л$

II степень (средней тяжести) - уровень гемоглобина 90-70 г/л, количество эритроцитов $3 - 2,5 \cdot 10^{12} /л$

III степень (тяжелая) - уровень гемоглобина < 70 г/л, количество эритроцитов $< 2,5 \cdot 10^{12}/л$, гематокрит низкий.

При ЖДА II - III степени показана госпитализация.

В клинике преобладают :

- эпителиальные изменения - трофические нарушения кожи, ногтей, волос, слизистых оболочек;
- извращение вкуса и обоняния,
- астено-вегетативные нарушения,
- нарушения процессов кишечного всасывания, дисфагия и диспепсические изменения,
- снижение местного иммунитета (повышенная заболеваемость острыми кишечными и респираторными инфекциями),
- общеанемические симптомы

• Диспансерное наблюдение и контрольные обследования:

- Дети, страдающие ЖДА и получающие ферропрепараты должны наблюдаться педиатром 1 раз в 7-10 дней, с обязательным контролем анализа крови.
- При нормализации уровня гемоглобина диспансерный осмотр проводится 1 раз в месяц, с обязательным анализом крови. В дальнейшем - ежеквартально.
- Консультация гематолога проводится по показаниям.
- Параллельно проводят профилактику и лечение интеркуррентных заболеваний.
- Через 6 месяцев после нормализации показателей крови ребенок снимается с диспансерного учета, и переводится из 11 группы здоровья в I

Организация дистанционного наблюдения за детьми с рахитом

Рахит - это гетерогенное заболевание, характеризующееся изменениями костной, мышечной и нервной систем, при тяжелом течении - с нарушениями функций внутренних органов, этиологически связанное с различными экзо- и эндогенными факторами.



Различают:

- рахит I, II, III степени;
- **по течению** - острое, подострое, рецидивизирующее, непрерывно - рецидивизирующее,
- **периоды**: начальный, разгара, остаточных явлений.

Начальные проявления: беспокойство, пугливость, раздражительность, вздрагивание при ярком свете, звуке, нарушение сна, потливость (липкий пот), красный дермографизм; повышенная влажность, снижение тургора, «упорная» потница, «облысение» затылка; мышечная гипотония, появление запоров; небольшая «податливость краев» большого родничка; содержание кальция в крови в норме, фосфора в крови в норме или незначительно снижено, щелочная фосфатаза (ЩФ) в крови повышена, метаболический ацидоз, фосфор мочи повышен; рентгенологические изменения отсутствуют. Таким образом, преобладают нарушения со стороны нервной системы, из биохимических нарушений информативным является повышение ЩФ сыворотки крови.

Симптомы разгара болезни: усиление потливости, нарастание общей слабости, отставание в психомоторном развитии, эмоциональная лабильность; мышечная гипотония (возможно усиление запоров), «разболтанность» суставов, «лягушачий живот», высокое стояние диафрагмы; краниотабес (уплощение затылка), «квадратная» форма черепа, увеличение лобных и теменных бугров, «олимпийский» лоб, «седловидный» нос, нарушение прорезывания зубов (несвоевременное и неправильное), нарушение прикуса, деформация грудной клетки («грудь сапожника», «куриная» грудь, кифоз, лордоз, сколиоз), развернутость нижней апертуры («гаррисонова» борозда),

«плоскоррахитический» таз, «четки» на ребрах, «браслетки» в области запястья. «нити жемчуга» в межфаланговых суставах пальцев рук; содержание кальция и фосфора крови снижено, повышение щелочной фосфатазы, ацидоз, фосфор мочи повышен или в норме; рентгенологически: остеопороз, бокаловидные расширения метафизов, размытость и нечеткость зон предварительного обызвествления.

Таким образом, превалируют костные изменения (клинически и рентгенологически). нарушения минерального обмена (кальций, фосфор, ЩФ, ацидоз).





• **Дополнительные методы исследования:**

- Моча на реакцию Сулковича,
- общий анализ крови, анализ крови на фосфор, кальций и щелочную фосфатазу - 1 раз в квартал;
- кислотно-основное состояние (КОС) по показаниям;
- рентгенография костей - по показаниям.

Режим. Диета.

Режим : Охранительный - устранение различных раздражителей (яркий свет, шум и т.д.), организация достаточного отдыха в соответствии с возрастом ребенка, достаточное пребывание на свежем воздухе, регулярное проветривание помещения и влажная уборка.

Диета: При грудном вскармливании - правильное питание кормящей матери (суточный рацион разнообразный, включает необходимое количество белка, в том числе и животного, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов). У детей введение прикорма на 2 - 4 недели раньше обычных сроков - в 5 - 5,5 месяцев жизни.

При смешанном и искусственном вскармливании - адаптированные кисломолочные смеси ("NAN кисломолочный", "Nestle", "Galia" (Франция)), введение прикорма в 5 - 5,5 месяцев жизни.

Медикаментозная терапия:

Водный раствор витамина Д - начинают с 2000 МЕ в сутки в течение 3-5 дней, затем при хорошей переносимости дозу повышают до индивидуальной лечебной дозы (чаще всего 3000 МЕ в сутки), при выраженных костных изменениях - 5000 МЕ в сутки (1 капля раствора содержит около 500 МЕ холекальциферола).

Курс лечения 30 - 45 дней, затем переходят на профилактическую дозу 500 МЕ - 2 года и зима третьего года.

Детям на грудном вскармливании - препараты кальция (глицерофосфат кальция 0,05 г 2 - 3 раз в день, глюконат кальция 0.15 - 0,25 г 2 - 3 раза в день).

Препараты калия (панангин, аспаркам) 10 мг/кг массы в сутки в течение 3-4 недель. Оротат калия 10 - 20 мг/кг массы в сутки,

Меры специфической и неспецифической профилактики

Специфическая профилактика: Водный раствор витамина Д₃ в дозе 400 - 500 МЕ в сутки ежедневно в течение осенне-зимне-весеннего периода в течение первых 2-х лет жизни. Профилактику начинают с 3 - недельного возраста.

- Для недоношенных детей профилактическая доза витамина Д составляет: при I степени - 400-500-1000 МЕ в сутки ежедневно в течение первых 2-х лет; II - III степени - 1000 - 2000 МЕ ежедневно в течение первого года жизни, а на втором году в дозе 500 - 1000 МЕ, исключая летние месяцы.

Таким образом, специфическая терапия рахита длительная (2 года и зима третьего года), проводится только витамином Д₃ водным раствором. Профилактика (специфическая) витамином Д₃ водным раствором проводится 2 года с исключением летних месяцев.

Дети, которым противопоказаны витамин Д и УФО:

- при органическом поражении ЦНС, с симптомами микроцефалии и краниостеноза, непереносимостью витамина Д, идиопатической семейной гиперкальциемией (болезнь Вильямса-Бурне), черепными дизостозами, а также родившиеся с закрытым родничком.
- Дети с малыми размерами родничка имеют лишь относительные противопоказания к назначению витамина Д. Специфическая профилактика им проводится, начиная с 3-4 месяцев жизни.

Диспансерное наблюдение

Участковый педиатр осматривает 1 раз в квартал, а ортопед и окулист — 1 раз в год.

Критерии эффективности и длительность реабилитационных мероприятий

Снижение частоты рахита, уменьшение среднетяжелых и тяжелых форм рахита, нормализация биохимических показателей крови, улучшение показателей физического развития детей, снижение заболеваемости и младенческой смертности. Лечение в течение 2-х лет жизни, а также зимний период третьего года.

Специфическая профилактика в течение 2-х лет с исключением летних месяцев. Осмотр пульмонолога, ортопеда, кардиолога, гастроэнтеролога - по показаниям.

**Организация
диспансерного
наблюдения за детьми
раннего возраста с
хроническими
расстройствами питания.**

БЭНП - это группа синдромов, чаще всего встречающихся у младенцев и маленьких детей, вызывается диетой, бедной как белком, так и калориями

По данным ВОЗ, в развивающихся странах дети раннего возраста страдают БЭНП до 20-30%

Этиологические факторы

1. экзогенные причины:

- алиментарные факторы (количественный и/или качественный недокорм, вследствие гипогалактии, недостатка белков, витаминов, микроэлементов)
- инфекционные факторы (внутриутробные генерализованные инфекции, интранатальные инфекции, кишечные инфекции и др.)
- токсические факторы (использование при искусственном вскармливании молочных смесей с истекшим сроком хранения или некачественных, гипервитаминозы Д и А, в том числе лекарственные)
- анорексия

2. **эндогенные причины:**

- перинатальные энцефалопатии различного генеза
- врожденные пороки развития ЖКТ
- синдром мальабсорбции и мальдигестии
- наследственные аномалии обмена веществ
- эндокринные заболевания

БЭНП I степени (легкая) - характеризуется истончением подкожного жирового слоя на всех участках тела и прежде всего на животе.

Индекс упитанности Чулицкой составляет 10-15. Жировая складка дряблая, тургор тканей и тонус мышц снижены. Наблюдаются некоторая бледность кожных покровов и слизистых оболочек, снижение упругости и эластичности кожи. Рост ребенка не отстает от нормы, а масса тела на 11-20% ниже нормы. Кривая нарастания массы тела уплощена.

Общее самочувствие ребенка удовлетворительное, психомоторное развитие соответствует возрасту, однако, он раздражителен, беспокоен, легко утомляется, сон нарушен. Имеется склонность к срыгиванию.

БЭНП 11 степени (средне-тяжелая) - подкожный жировой слой отсутствует на животе, иногда на груди, резко истончен на конечностях. Индекс Чулицкой равен 1-10. Кожа бледная с сероватым оттенком, сухая, легко собирается в складки. Как правило, имеются признаки полигиповитаминозов. Тургор тканей снижен, уменьшение массы мышц конечностей. Снижение мышечного тонуса приводит, в частности, к увеличению живота из-за гипотонии мышц передней брюшной стенки, атонии кишечника и метеоризму. Масса тела уменьшена по сравнению с нормой на 20-30%, имеется отставание в росте. Кривая нарастания массы тела плоская. Аппетит снижен. Ребенок беспокоен, криклив. Лицо принимает озабоченное взрослое выражение. Такие дети склонны к частым заболеваниям (отит, пневмония, пиелонефрит и другие инфекционные заболевания). Стул у таких больных не устойчивый: запор сменяется диспепсическим стулом.





БЭНП III степени (тяжелая - маразм, атрофия)

— характеризуется крайней степенью истощения: внешний вид ребенка напоминает скелет, обтянутый кожей. Подкожный жировой слой отсутствует на животе, туловище конечностях, резко истончен или отсутствует на лице. Кожа бледновато-серого цвета, сухая, конечности холодные. Кожная складка не расправляется. Индекс Чулицкой отрицательный. Выявляют молочницу, стоматит. Рот выглядит ярким, большим («рот воробья»). Щеки западают, так как исчезают комочки Биша. Лицо ребенка напоминает лицо старика («вольтеровское лицо»). Живот растянут, вздут или контурируются петли кишечника. Стул не устойчивый.

Температура тела чаще понижена. Масса тела на 30% и более меньше средних показателей. Ребенок резко отстает в росте. Кривая нарастания массы тела отрицательная, больной с каждым днем худеет.

Вследствие резкого снижения иммунологической реактивности у таких детей часто обнаруживают гнойно-септические заболевания (сепсис, отит, пневмония, энтероколит и др.).