

**Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

КАФЕДРА ДЕТСКИХ БОЛЕЗНЕЙ №3

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

по теме: «Контроль за развитием и состоянием детей раннего возраста»

г. Владикавказ, 2020 г.

Составители:

д.м.н., проф. Касохов Т.Б., асс. Дидарова З.В.

Рецензенты:

Зав. кафедрой детских болезней №2, д.м.н., проф. Калоева З.Д.

Зав. кафедрой детских болезней №1, д.м.н. Бораева Т.Т.

Одобрено на заседании ЦКУМС от 28 августа 2020 г., протокол №1.

Тема: «Контроль за развитием и состоянием детей раннего возраста».

Цель занятия: Научить аспирантов анатомо-физиологическим особенностям органов и систем в раннем периоде; методам диспансерного наблюдения детей раннего периода; принципам вскармливания детей первого года жизни; особенностям ухода за детьми раннего возраста.

Мотивация темы: ранний период характеризуется интенсивным физическим развитием ребенка, активным процессом созревания всех органов и систем, а следовательно неустойчивостью регуляции их функций, при которой даже незначительные изменения окружающих условий могут привести к серьезным нарушениям здоровья ребенка. Кроме того, быстрые темпы развития нервно-психических функций, активная познавательская деятельность ребенка диктуют необходимость особого внимания врача-педиатра к детям этой возрастной группы. Поэтому в план обучения студентов включены вопросы врачебного контроля за состоянием здоровья детей раннего возраста.

Аспирант должен знать:

- анатомо-физиологические особенности органов и систем в раннем периоде;
- сроки проведения и задачи диспансерного наблюдения детей раннего периода;
- принципы вскармливания детей первого года жизни;
- особенности ухода за детьми раннего возраста;
- динамику показателей физического развития детей раннего возраста
- показатели нервно-психического развития детей раннего возраста;
- сроки и последовательность прорезывания зубов у детей;
- сроки проведения и основные комплексы массажа и гимнастики у детей раннего возраста;
- этиологию, патогенез, клинику, лечение и профилактику рахита у детей;
- основную учетную документацию и правила ее оформления;
- оснащение и работу кабинета здорового ребенка;

Аспирант должен уметь:

- собрать и оценить социальный, биологический и генеалогический анамнез отметить факторы риска заболеваний раннего возраста;
- провести антропометрическое обследование ребенка: измерение массы тела, окружности грудной клетки, окружности головы; оценку физического развития ребенка на основании использования данных антропометрических стандартов и индексов;

- дать оценку нервно-психического развития детей раннего возраста;
- измерить частоту сердечных сокращений и дыханий в минуту;
- определить группу здоровья ребенка на основании комплексной оценки состояния здоровья;
- провести клиническое обследование ребенка: осмотр, аускультация, перкуссия, пальпация;
- оценить результаты клинических анализов мочи и крови;
- оценить результаты биохимических анализов крови;
- произвести расчет и коррекцию питания детей раннего возраста;
- владеть навыками гигиенического ухода за грудными детьми и детьми раннего возраста;
- составить план мероприятий по профилактике рахита, анемии;
- владеть приемами массажа и гимнастики детей раннего возраста;
- выписать рецепт ребенку;
- владеть методикой и техникой введения лекарственных средств (внутримышечно, подкожно, внутривенно), рассчитать дозы и разведение лекарственных средств;
- оформить медицинскую документацию:
 - историю развития (ф-112);
 - карту профилактических прививок (ф-063);
 - оформление этапных эпикризов на ребенка первого года жизни;
 - оформление эпикриза на ребенка в 1 год;
 - рецепты на молочную кухню;

Хронокарта учебного времени.

Практическое занятие рассчитано на 3 часа, 12 минут (147 минут) (1 занятие).

I. Вводный этап(5-8 минут)

1. Проверка присутствия ординаторов, обращение внимания на внешний вид и дисциплину, ответы на вопросы ординаторов.
2. Постановка цели практического занятия
3. Предъявление ординаторам мотивационного блока.

II. Контроль исходного уровня подготовки ординаторов (контроль базисных знаний) 25 минут.

III. Основной этап.

1. Самостоятельная работа ординаторов у постели больного ребенка 40 минут.
2. Разбор больного по теме семинара 50 минут.

IV. Этап проверки качества сформированной мыслительной и практической деятельности, заключительный контроль 30 минут.

Перерыв после каждого академического часа работы – 5 минут = 15 минут.

Вопросы для самоподготовки:

1. Рахит (этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение, профилактика).
2. Спазмофилия (этиология, патогенез, клиника, классификация, лечение, профилактика).
3. Анемии у детей раннего возраста (этиология, клиника, лечение, профилактика).
4. Гипотрофия (этиология, клиника, профилактика, лечение).
5. Особенности диспансеризации детей с рахитом, анемией, гипотрофией.
6. Наблюдение за детьми с риском возникновения рахита, анемии, гипотрофии.

Перечень вопросов для проверки исходного уровня знаний:

1. Физическое развитие детей раннего возраста.
2. Оценка нервно-психическое развитие детей раннего возраста.
3. Виды вскармливания.
4. Типы смесей для искусственного вскармливания.
5. Сроки и правила введения прикорма.
6. Основные рекомендации по уходу за детьми раннего возраста (купание, одежда, прогулки, массаж, развитие).

Перечень вопросов для проверки конечного уровня знаний:

1. Перечислите основные звенья этиопатогенеза рахита.
2. Какие клинические проявления рахита вы знаете?
3. Какие дополнительные методы исследования используются для постановки диагноза «рахит»?
4. Дайте классификацию рахита. Какие принципы положены в ее основу?
5. Назовите принципы методы профилактики и лечения рахита.
6. Этиология, патогенез спазмофилии.
7. Перечислите основные клинические и лабораторные методы диагностики спазмофилии.
8. Назовите лечебно-профилактические мероприятия, назначаемые больным спазмофилией на участке.
9. Этиология, клиника анемии у детей раннего возраста.
10. Лечение, профилактика анемий в условиях детской поликлиники.
11. Перечислите факторы риска развития гипотрофии у детей раннего возраста.
12. Дайте классификацию, опишите клинические проявления нарушений питания у детей.

13. Каковы основные лечебно-профилактические мероприятия при гипотрофии у детей раннего возраста?
14. Перечислите основные принципы диспансерного наблюдения детей с рахитом, анемией, гипотрофией и риском развития этих состояний.

Перечень наглядных пособий и средств ТСО.

- микротаблицы;
- слайды, слайдоскоп;
- основные формы учетной документации детской поликлиники.

Список рекомендуемой литературы.

1. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., Величковский Б.Т. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 176 с.
2. Бережанская Е.В., Молочный В.П., Рзянкина М.Ф. Справочник участкового педиатра: Диспансеризация детского населения / Ростов н/Д.: Феникс, 2008. - 446 с.
3. Кильдиярова Р.Р., Шараев П.Н., Стрелков Н.С. Справочник по лабораторным и функциональным исследованиям в педиатрии / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 128 с.
4. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней / СПб.: ПИТЕР, 2010. – 752 с.
5. Мелехова Г.В., Ганузин В.М., Черная Н.Л. Врач детского дошкольного образовательного учреждения: Практическое руководство (под ред. Черной Н.Л.) Изд. 2-е, перераб., доп./ Ростов н/Д.: Феникс, 2007. - 416 с.
6. Новиков П.В. Рахит и наследственные рахитоподобные заболевания у детей: диагностика, лечение, профилактика/ М.: Триада-Х, 2007. – 420 с. Подростковая медицина / Под ред. А.М. Куликова. - СПб.: ПИТЕР, 2006. – 544 с.
7. Поликлиническая педиатрия : учебник / под ред. А.С. Калмыковой. –2-е изд., перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 720 с.
8. Поликлиническая педиатрия / Учебное пособие для студентов педиатрического фак. мед. вузов/ В.Н. Чернышев [и др.]; ред.В.Н. Чернышев.- М.: ГОУ ВУНМЦ, 2004.-335с.
9. Руководство участкового педиатра / Под ред. Т. Г. Авдеевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 352 с.
10. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / Под ред. А.А. Баранова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 618 с.

11. Стернин Ю. И., Безруков Н.К. Часто и длительно болеющий ребенок / ИнформМед, 2008 . - 168 с.
12. Участковый педиатр. Новое справочное руководство / Под ред. М. Ф. Рзянкиной, В. П. Молочного. - Ростов н/Д.: Феникс, 2011. - 480 с.

БЛОК ИНФОРМАЦИИ

Диспансерное наблюдение за здоровыми детьми

Диспансеризация является основой здравоохранения. Под диспансеризацией в педиатрии понимается стройная система организационных и лечебных мероприятий, осуществляемых медицинскими работниками, заключающаяся в систематическом наблюдении за здоровыми детьми с проведением соответствующих профилактических мероприятий, оптимальное развитие ребенка и предупреждение заболеваний.

В случае возникновения острого заболевания диспансерный период наблюдения предусматривает лечение больного до полного выздоровления. При хронических формах патологии осуществляется активное динамическое наблюдение с целью профилактики обострений и оздоровления пациента.

Весь комплекс профилактических мероприятий на участке совместно с педиатром осуществляют участковая медицинская сестра, медсестра кабинета здорового ребенка и медсестра прививочного кабинета. В диспансеризации здоровых детей принимают участие врачи-специалисты и лаборанты.

Диспансерное наблюдение за неорганизованными детьми после окончания периода новорожденности участковый педиатр осуществляет на профилактических приемах. Дети посещают детскую поликлинику в строго регламентированные сроки:

- на первом году жизни – ежемесячно, дети из групп риска должны осматриваться чаще;
- на втором году жизни – один раз в квартал;
- на третьем году – один раз в 6 месяцев;
- на четвертом, пятом, шестом годах жизни – один раз в год в месяц своего рождения.

Основная задача педиатра при профилактическом осмотре определить уровень здоровья и развития, выявить наличие отклонений в состоянии здоровья у ребенка, назначить корректирующие мероприятия. Для качественного проведения

профилактического осмотра рекомендуется использовать следующую последовательность действий:

- исследовать состояние здоровья по принятым критериям;
- провести комплексную оценку состояния здоровья с определением группы здоровья, группы риска;
- дать рекомендации в зависимости от состояния здоровья;
- оформить эпикриз в истории развития ребенка.

Перед профилактическим осмотром в поликлинике ребенка на дому посещает медсестра и выясняет, как выполнялись рекомендации педиатра, наличие жалоб у матери, характер и особенности вскармливания ребенка. При осмотре обращается внимание на цвет кожи и слизистых, физиологические отправления, оценивается нервно-психическое развитие ребенка, особенности его поведения.

Медсестра дает советы по уходу, вскармливанию, обучает мать элементам массажа, гимнастики, закаливания, оформляет свой патронаж в истории развития и приглашает мать на прием к педиатру. Во время каждого профилактического осмотра педиатр должен уточнить анамнез, проанализировать данные о перенесенных заболеваниях, изменения во вскармливании, социальных условиях за период с предыдущего осмотра, выявить жалобы. На приеме ребенку проводятся антропометрические измерения (масса тела, длина, окружность головы и груди). Уровень и гармоничность физического развития оценивается по центильным таблицам.

По данным патронажа медсестры и из беседы с родителями, согласно показателям нервного развития, выставляется группа НГР, и оценивается поведение ребенка. После объективного осмотра врач выставляет диагноз: "здоров", "угрожаемый по какой либо патологии" (группа риска), или "болен" (диагноз), а так же указывает группу здоровья (I, IIА, IIБ, III, IV, V), группу риска.

На приеме матери даются рекомендации по режиму, по рациональному вскармливанию, виду закаливающих процедур и воспитанию ребенка. Кроме того, ребенку может быть назначен курс витамина Д, препараты железа и др. Решается вопрос о проведении профилактических прививок, а при наличии противопоказаний оформляется медицинский отвод. С родителями проводится работа. Все данные вносятся в историю развития в виде унифицированных записей.

Содержание профилактических осмотров неорганизованных детей от 1 до 7 лет и схема записи в истории развития остаются прежними. Особое внимание обращается на частоту, длительность и тяжесть острых заболеваний (для оценки резистентности), оценку функционального состояния организма ребенка и его поведение, оценку психологической готовности к ДОО и прогноз адаптации, проведение профилактических прививок.

Ведущее место в рекомендациях педиатра для детей этой возрастной группы занимают режимные моменты, изменения в питании, методы закаливания, физического воспитания, нервно-психическое развитие (в частности – развитие навыков речи). Выполнение данных рекомендаций контролируется на дому патронажной сестрой.

Осмотр детей врачами-специалистами и лабораторно диагностические исследования

На первом году жизни здоровый ребенок должен быть осмотрен: в 1 месяц - ортопедом, невропатологом; к 3 месяцу – офтальмологом, хирургом, отоларингологом, в 9 месяцев стоматологом; дети из групп риска осматриваются специалистами в более ранние сроки. Эти же специалисты осматривают ребенка и в годовалом возрасте. В возрасте 3-х месяцев проводят общий анализ крови и мочи. В возрасте 1 года эти исследования проводят повторно, дополняя их исследованием кала на яйца глистов.

На втором году жизни кроме педиатра ребенка осматривает стоматолог. В возрасте трех лет – все вышеперечисленные специалисты, а с четырех лет по показаниям – логопед и психиатр. Кроме того, у детей с 4 летнего возраста определяется острота слуха, зрения, проводится плантография, измеряется АД.

Противоэпидемическая работа участкового врача-педиатра

Противоэпидемическая работа участкового врача-педиатра включает:

- учет детей, подлежащих прививкам, планирование прививочной работы на участке;
- работу с учетной формой М 63;
- контроль за подготовкой к прививкам детей с необычными реакциями на предыдущее введение вакцин;
- подготовку детей с аллергическими реакциями и с длительными медицинскими отводами к обсуждению на иммунологической комиссии
- оформление временных и постоянных медицинских отводов;
- контроль за состоянием привитых детей, учет необычных реакций на прививки и поствакцинальных осложнений;
- профилактику и лечение поствакцинальных реакций и осложнений;
- наблюдение за инфекционными больными на дому, регистрация инфекционных заболеваний в санэпиднадзоре города, оформление госпитализации;
- взятие на учет и наблюдение за детьми, находившимися в контакте с больными в течение максимального инкубационного периода с проведением обследования на бактерионосительство и специфической профилактики (по показаниям);
- контроль за проведением текущей и заключительной дезинфекции;

- наблюдение за реконвалесцентами инфекционных заболеваний, снятие с учета, мероприятия по реабилитации детей, перенесших инфекционные заболевания.

Среди многочисленных противоэпидемических мероприятий, способствующих снижению заболеваний, следует выделить активную профилактику, направленную на повышение невосприимчивости организма к инфекционным заболеваниям.

Иммунизация в рамках национального календаря профилактических прививок проводится вакцинами отечественного и зарубежного производства, зарегистрированными и разрешенными к применению в установленном порядке в соответствии с инструкциями по их применению. Прививки выполняются только в прививочном кабинете поликлиники (амбулатории) или в медицинском кабинете ДДУ, школы.

Любой прививке должен предшествовать сбор анамнеза о перенесенных накануне заболеваниях, реакциях на проведенные ранее прививки, аллергических реакциях на медикаменты и пищевые продукты, контактах с инфекционными больными. Для проведения прививки мать с ребенком приглашается в поликлинику медицинской сестрой. Перед вакцинацией ребенок осматривается врачом (на ФАП – фельдшером) с проведением термометрии. Дети с аллергическими состояниями и хроническими заболеваниями должны быть осмотрены врачом.

После сбора анамнеза и осмотра в истории развития делается соответствующая запись, и дается письменное разрешение на прививку. После вакцинации ребенок наблюдается в поликлинике в течение 30-50 минут для контроля за возможными аллергическими реакциями. Данные о выполненной прививке фиксируются в истории развития медицинской сестрой, а так же в карте профилактических прививок (форма 063/у) и в журнале учета прививок.

На следующий день после прививки участковая медсестра должна посетить ребенка на дому для выявления осложнений вакцинации. При их выявлении отмечается характер (общие или местные), сроки появления. Плановая вакцинация может быть отложена из-за острых заболеваний или обострения хронических. В этих случаях в истории развития и карте профилактических прививок оформляется медицинский отвод. При нетяжелых ОРВИ, ОКИНЭ вакцинация проводится сразу же после нормализации температуры.

При обострении хронических заболеваний вакцинация производится после достижения полной или частичной ремиссии. Ребенка с хроническими заболеваниями перед вакцинацией желательно проконсультировать у соответствующего специалиста.

В ряде случаев прививки проводят в условиях стационара на фоне приема антигистаминных, противосудорожных или иных препаратов.

Необходимо учитывать также ряд противопоказаний к проведению прививок.

При наличии экстренных показаний для вакцинации (эпидемия, контакт с инфекционным больным) временные противопоказания к вакцинации игнорируются.

При нарушении сроков вакцинации допускается одновременное проведение нескольких вакцинаций отдельными шприцами в разные участки тела. Для проведения последующих прививок минимальный интервал между ними должны быть не менее четырех недель.

Во избежание контаминации недопустимо совмещение в один день прививки против туберкулеза с другими парентеральными манипуляциями. Случаи отказов от прививок письменно оформляются в медицинских документах с обязательными подписями, как родителей ребенка, так и медицинского работника.

Лечебная работа участкового врача-педиатра

Лечебная работа в ДП имеет свои особенности и подразделяется на:

- оказание медицинской помощи остро заболевшим детям на дому;
- долечивание детей-реконвалесцентов в ДП;
- лечение диспансерных больных.

Оказание медицинской неотложной помощи на дому — важная часть работы участкового педиатра; она составляет до 40% нагрузки.

Тестовый контроль

- 1. Потребность детей в кальции в возрасте до 1 года составляет:**
 - 1) 1-1,5 г/сут.
 - 2) 2-2,5 г/сут.
 - 3) 0,5-0,7 г/сут.
 - 4) 0,7-0,8 г/сут.
 - 5) 3-3,5 г/сут.
- 2. Препаратом выбора для проведения специфической постнатальной профилактики рахита является:**
 - 1) азелликапс
 - 2) раствор эргокальциферола в масле (0,125%)
 - 3) водный раствор витамина D3
 - 4) раствор эргокальциферола в спирте (0,5%)
- 3. К продуктам, содержащим гемовое железо, относятся:**
 - 1) язык говяжий
 - 2) мясо курицы

- 3) гречневая крупа
 - 4) мясо кролика
 - 5) печень
- 4. Профилактика рахита складывается из:**
- 1) антенатальной
 - 2) постнатальной
 - 3) перинатальной
 - 4) специфической
 - 5) неспецифической
- 5. Младенческая смертность включает в себя:**
- 1) смерть детей первого года жизни
 - 2) раннюю неонатальную
 - 3) мертворожденных
 - 4) смерть детей от 1 до 3-х лет
- 6. Ежедневная профилактическая доза витамина D составляет:**
- 1) 500 ME
 - 2) 1000 ME
 - 3) 1200 ME
 - 4) 1500 ME
- 7. Антенатальная неспецифическая профилактика рахита включает:**
- 1) соблюдение режима дня и питания беременной женщиной
 - 2) прогулки на свежем воздухе не менее 2-4 часов в день
 - 3) прием беременной женщиной витамина D
 - 4) рациональное питание
- 8. Потребность детей в возрасте до 1 года в железе составляет (в мг/кг/сут.):**
- 1) 0,2-0,4
 - 2) 0,3-0,4
 - 3) 0,6-1,0
 - 4) 2,1-2,5
 - 5) 2,8-3,0
- 9. Детей с железодефицитной анемией при нормальных показателях гемограммы снимают с учета через:**
- 1) 1 год
 - 2) 2 года
 - 3) не снимают
 - 4) 3 года
- 10. С 3-месячного возраста начинают вакцинацию против следующих инфекций:**
- 1) корь

- 2) вирусный гепатит
- 3) полиомиелит, дифтерия
- 4) коклюш, столбняк
- 5) туберкулез
- 6) краснуха

Эталоны ответов к тестам

1-1

2-3

3-1,2,4

4-1,2,4,5

5-1,2

6-1

7-2

8-3

9-1

10-3,4

Ситуационные задачи

Задача 1

Мать с мальчиком 5 месяцев пришла на очередной профилактический прием к педиатру для решения вопроса о проведении вакцинации. Ребенок от IV беременности, протекавшей на фоне токсикоза в I триместре. Роды в срок, со стимуляцией. Родился с массой тела 3600 гр., длиной - 53 см. Закричал сразу. Естественное вскармливание до 1,5 месяцев, затем смесь «Агуша». Профилактика рахита проводилась масляным раствором витамина D₂ с 2 месяцев в течение 1,5 месяцев нерегулярно. В 3 месяца сделана первая прививка вакцинами АКДС и ИПВ, реакции на прививку не наблюдалось. В 4 месяца на прием к врачу не явились. В течение последних 2 месяцев мать обращает внимание на то, что ребенок стал сильно потеть, вздрагивает во сне, от памперсов резкий запах аммиака.

При осмотре: масса тела 7200 гр., длина - 64 см. Обращает внимание уплощение и облысение затылка, податливость костей черепа по ходу стреловидного и лямбдовидного швов, размягчение краев большого родничка. Нижняя апертура грудной клетки развернута, заметна Гаррисонова борозда, пальпируются реберные «четки». Большой родничок размерами 4х4 см. Мышечная гипотония, плохо опирается на ноги. В естественных складках кожи необильные элементы потницы, стойкий красный дермографизм. Слизистые оболочки чистые. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 ударов в минуту. Живот большой, распластаный, безболезненный. Печень +2,5 см из-под края реберной дуги, селезенка +0,5 см. Стул кашицеобразный, 2-3 раза в день.

1. Ваш диагноз? Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.
2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?
3. Какие дефекты ведения ребенка на участке имели место?
4. Можно ли проводить вакцинацию?
5. Назначьте лечение, как его контролировать?

Задача 2

Мать с девочкой 3-х месяцев пришла на профилактический прием к участковому педиатру. Жалоб нет.

Ребенок от III беременности, протекавшей с анемией, гестозом I половины, ОРВИ в III триместре. Предыдущие беременности закончились рождением здоровых детей (мальчик 1,5 года и девочка 4 года). Девочка родилась в срок, с массой тела 3050 гр., длиной - 52 см. Период новорожденности без особенностей. На естественном вскармливании до 1 месяца, далее смесь «Агуша». Прибавка в массе тела за 3 месяца -2100 гр. В возрасте 2,5 месяцев перенесла ОРВИ. Лечилась симптоматически, на дому.

При осмотре: ребенок удовлетворительного питания. Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, бледные, сухие. Слизистые оболочки бледные, чистые. Лимфоузлы во всех группах в пределах возрастной нормы. В легких дыхание пузырьное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +2 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул 2 раза в день, кашицеобразный, светло-коричневого цвета. Диурез нормальный.

1. Ваш диагноз? Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?
2. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.
3. Нуждается ли ребенок в лечении? Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.
4. Как контролировать эффективность лечения?
5. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка по анемии.

Задача 3

Мать с девочкой 4,5 месяцев пришла на прием к участковому педиатру с жалобами на ухудшение аппетита, неустойчивый стул, периодическую рвоту, беспокойство.

Наследственность не отягощена. Ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности. Роды срочные, физиологичные. Родилась с массой 3200 гр., длиной тела 54 см. На естественном вскармливании до 3 месяцев. Острыми инфекционными заболеваниями не болела. Поликлинику посещает ежемесячно. Осмотрена ортопедом, невропатологом, окулистом в 1 месяц, патологии не выявлено. Прибавка в массе за 1-й месяц - 700 гр., 2-й месяц - 850 гр., 3-й месяц - 800 гр. На приеме в 3 месяца врач отметил начальные признаки рахита и назначил витамин D, не указав дозу. Мать давала витамин D₂ без строгого отсчета капель, за прошедший период девочка получила целый флакон препарата.

При осмотре: состояние ребенка средней тяжести. Лицо осунувшееся, периорбитальный цианоз. Рефлексы и мышечный тонус снижены. Во время осмотра у ребенка 2 раза возникала рвота. Пьет охотно. Масса тела 5300 г, длина - 62 см. Кожа сухая, бледная с сероватым оттенком, эластичность снижена. Гиперемия конъюнктивы век и глазного яблока. Тургор тканей снижен. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. ЧСС - 136 ударов в мин., АД - 96/50 мм рт.ст. Живот мягкий. Печень +3 см, плотноватой консистенции, селезенка у края реберной дуги. Мочеиспускания учащенные, безболезненные. Проба Сулковича положительная (+++).

1. Диагноз?
2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?
3. Показана ли госпитализация? Нуждается ли ребенок в лечении?
4. Какие побочные эффекты вызывает повышенное потребление витамина D₂? Возможные последствия для здоровья данного ребенка?
5. Были ли допущены участковым педиатром ошибки в ведении этого ребенка?

Эталоны ответов к задачам

Задача 1

1. Ваш диагноз? Перечислите факторы, которые могли привести к данному состоянию.

Рахит II степени, период разгара, острое течение. Нерегулярность приема витамина D₂; гестоз у матери во время беременности; ранний переход на искусственное вскармливание.

2. Какие дополнительные исследования необходимо провести?

Определение в сыворотки крови уровня кальция, фосфора, цитратов, активность щелочной фосфатазы. Рентгенография запястья. Повышена экскреция с мочой фосфора, аминокислот.

3. Какие дефекты ведения ребенка на участке имели место?

Позднее назначение специфической профилактики рахита; нарушение диспансерного наблюдения в декретированные сроки (пропущен осмотр в 4 месяца).

4. Можно ли проводить вакцинацию?

Вакцинацию следует отложить на 1 месяц.

5. Назначьте лечение, как его контролировать?

Лечение витамином D проводят под контролем пробы Сулковича. Пробу проводят 1 раз в 2-3 недели. Эта проба позволяет определить наличие солей кальция в суточной моче (качественная методика). При передозировке витамином D происходит повышенная экскреция Ca с мочой. Если проба положительная (+++), то витамин D следует отменить. Витамин D (Аквдетрим): 2000 ME в сутки в течение 30-45 дней, далее доза снижается до профилактической (500 ME - 1 капля водного раствора витамина D) ежедневно.

Rp.: Sol. Cholecalciferoli 10 ml (1 ml – 15000 ME)

D.S. По 4 капли (в 1 капле 500 ME) ежедневно.

Задача 2

1. Ваш диагноз? Какие факторы риска способствовали развитию данного состояния?

Железодефицитная анемия легкой степени. Небольшой промежуток между родами (1г. и 2 мес.) анемия, ОРВИ у матери во время беременности, ранний перевод ребенка на искусственное вскармливание низкоадаптированной смесью, перенесенная ОРВИ.

2. Какие исследования необходимо провести педиатру для уточнения диагноза? Что такое цветовой показатель? Вычислите его и оцените.

Сывороточное железо (норма 12-23) меньше 14. Общая железосвязывающая способность (43-71). Латентная - больше 47 мкмоль/л. Коэффициент насыщения трансферрина (30-40), сывороточное железо /ОЖССх100% меньше 17%. Ферритин снижается. Цветовой показатель- 0,85, снижение гемоглобина 110 г/л – до 2 лет, эр 3 млн., гипохромия, микроцитоз, анизоцитоз и пойкилоцитоз.

3. Нуждается ли ребенок в лечении? Какие препараты следует выбрать? Их побочные действия.

Легкая анемия требует назначения препаратов железа из расчета 3-5 мг/кг активного железа в сутки в 2-3 приема, не менее 1,5-2 мес. Побочное действие диспепсия, может быть аллергия. Оптимальный препарат железа [III] гидроксид полимальтозат (Мальтофер, Феррум Лек).

4. Как контролировать эффективность лечения?

Повышение гемоглобина в первые две недели не ждать, повысится к 4 неделе, нормализация показателей гемоглобина ожидается к 6-8 неделе. Через 10-14 дней должно произойти увеличение ретикулоцитов – ретикулоцитарный криз; улучшение морфологии. Через 48 часов улучшения самочувствия.

5. Составьте план диспансерного наблюдения ребенка по анемии.

План наблюдения: анализ крови развернутый 2 раза в мес. до нормализации, осмотр педиатра 1 раз в месяц (осмотр кожи, слизистых, пальпация печени и селезенки обязательна). Снимается с учета через 6 месяцев. Профилактические прививки разрешаются через 1 месяц после лечения, далее по календарю.

ЗАДАЧА 3

1. Диагноз?

Гипервитаминоз витамина D

2. Какие дополнительные исследования следует провести для уточнения диагноза?

Исследование уровня кальция и фосфатов в крови и моче - для гипервитаминоза характерны гиперкальциемия и гиперкальциурия; при рентгенографии костей – расширение и уплотнение зон препараторного обызвествления.

3. Показана ли госпитализация? Нуждается ли ребенок в лечении?

Показана госпитализация. Лечение предполагает немедленную отмену препаратов витамина D, ограничение потребления кальция с пищей, инфузионную детоксикационную терапию, назначение витаминов А и Е, в тяжелых случаях – глюкокортикостероиды.

4. Какие побочные эффекты вызывает повышенное потребление витамина D₂? Возможные последствия для здоровья данного ребенка?

Избыток витамина D и его метаболитов вызывает повышенное всасывание кальция в кишечнике, гиперкальциемию и гиперкальциурию. Это создает условия для отложения солей кальция в стенках сосудов, ткани почек, сердца, мозга. Последствиями гипервитаминоза D часто являются нефропатии: хронический пиелонефрит, интерстициальный нефрит, тубулопатии. Даже в легких случаях гипервитаминоза D признаки миокардиодистрофии, нефрокальциноза, вторичного хронического пиелонефрита со снижением почечных функций сохраняются до 5-7 лет.

5. Были ли допущены участковым педиатром ошибки в ведении этого ребенка?

Не указана точная дозировка витамина D₂, прием витамина без контроля (не проводилась проба Сулковича).

**Схема диспансерного наблюдения за здоровыми детьми
(Приказ Минздравсоцразвития РФ № 307 от 28 апреля 2007 г.)**

Возраст	Осмотры специалистами	Дополнительные методы обследования	Эффективность диспансеризации, критерии снятия с учета
Новорожденный ребенок	Педиатр – на дому: • первые 3 дня после выписки из роддома; • в 20 дней; в поликлинике – в 1 месяц	По показаниям	Показатели физического и НПР. Данные клинического обследования. Группа здоровья
1 год	Педиатр – 1 раз в месяц (в поликлинике). Хирург- ортопед - в 1, 9, 12 мес; Офтальмолог – в 1 (+/-), 12 мес, невропатолог - в 1, 3, 6 (+/-), 12 мес, ЛОР - в 1 год, Стоматолог – в 9, 12 мес	Антропометрия – 1 раз в мес, анализ крови, анализ мочи – в 3 мес и 12 мес, аудиологический скрининг – в 1 мес; УЗИ тазобедренных суставов – в 1 мес, ЭКГ – в 1 год	Те же
2 года	Педиатр – 1 раз в квартал. Стоматолог	Антропометрия, анализ крови, анализ мочи, кал на я/глистов	Те же
3 года	Педиатр – 1 раз в	Антропометрия,	Те же

	полугодие. <i>Хирург-ортопед, ЛОР, офтальмолог, стоматолог</i> – в 3 года	<i>анализ крови, анализ мочи, кал на я/глистов</i>	
--	--	---	--