

ЛЕКЦИОННЫЙ КОМПЛЕКС

Дисциплина:	Основы общей врачебной практики
Код дисциплины:	ООVP 5301
Название ОП:	«Общая медицина» 6В10101
Объем учебных часов/кредитов:	180/6
Курс и семестр изучения:	5 /9
Объем лекции:	15

Лекционный комплекс разработан в соответствии с рабочей учебной программой дисциплины (силлабусом) «Основы общей врачебной практики» и обсужден на заседании кафедры

Протокол: № 11 от «26» 06.2025 г.

Заведующая кафедрой Даткаева Г.М.

1. Тема № 1: Основы общей врачебной практики.

2. Цель: Определение специальности и врача общей практики, философия и принципы семейной медицины, понятие о современном состоянии здравоохранения в РК, реформах в системе здравоохранения и государственных программах развития здравоохранения РК.

3. Тезис лекции:

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является основным и важнейшим звеном в организации охраны здоровья населения. Она предоставляется преимущественно по территориальному принципу, то есть медицинский работник обслуживает определенное количество людей, проживающих на территории, за ним закреплена.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает следующее определение ПМСП: "К первичной медико-санитарной помощи входит основная лечебная помощь - простая диагностика и лечение основных распространенных заболеваний, травм и отравлений; направление в сложных случаях на консультацию и лечение на более высокий уровень (направления для оказания специализированной и высококвалифицированной помощи); профилактическая помощь и основные санитарно-образовательные мероприятия". В развитых странах ведущим работником первичной медико-санитарной помощи является семейный врач, или врач общей практики. Длительный исторический опыт и практическая реализация идеи семейной медицины во многих странах мира показали ее преимущества.

Во-первых, семейный врач олицетворял всю ответственность за здоровье каждой семьи. Он сосредоточил в своих руках до 90% всей необходимой медицинской помощи.

Во-вторых, институт семейного врача оказался наиболее удачной организационной формой, которая обеспечила экономическую эффективность всей системы здравоохранения. Отпала необходимость в дальнейшем увеличении количества врачей, значительно сократились вспомогательные службы.

Доля семейных врачей колеблется от 15% в США до 50% в Канаде. Везде это распространенная врачебная профессия. Количество жителей, которых обслуживает семейный врач, составляет в среднем в Америке 1300 чел., в Канаде - 1500, в Англии - 2000.

Общие принципы функционирования семейной медицины в развитых странах мира являются:

1. Семейный врач, свободно избираемый своими пациентами, он оказывает помощь круглосуточно.
2. Амбулатория семейного врача, как правило, состоит из 3-х кабинетов - приемного, смотровой и кабинет для проведения вспомогательных обследований.
3. Основным разделом его деятельности является профилактическая работа. Наблюдая за всеми членами семьи, врач определяет Фактория риска хронических заболеваний, проводит профилактические обследования на предмет раннего выявления артериальной гипертензии, сахарного диабета, глаукомы, ишемической болезни сердца, язвенной болезни, новообразований. Каждому пациенту семейный врач дает индивидуальные советы относительно режима и характера питания, занятия физической культурой и другими видами отдыха, распознавание ранних симптомов болезней.
4. Лечебно-диагностическая работа. Семейный врач диагностирует и лечит подавляющее большинство болезней. Когда возникает потребность в оказании помощи со стороны узкого специалиста, или лечение в стационаре, он активно вмешивается в эти процессы, давая свои советы и консультации.
5. Санитарно-просветительная работа заключается в проведении бесед по соблюдению своими подопечными здорового образа жизни, вредного воздействия на организм курения, злоупотребления алкогольными напитками, об охране окружающей среды, заботу каждого пациента за собственное здоровье.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

6. Помощником семейного врача является, как правило, медицинская сестра, которая активно сотрудничает с ним во всех видах его деятельности.

7. В подавляющем большинстве стран семейная медицина имеет автономный статус, т.е. выведена из общей структуры медицинских учреждений и подчиняется непосредственно местным органам власти. НЕ управленческий аппарат контролирует действия семейного врача, а прежде пациент, его свободно выбирает или местный орган власти, который его финансирует. Однако во всех случаях (прямо или через страховую компанию) средства выделяет государство.

Особенности и содержание работы семейного врача.

Врач общей практики / семейный врач - это специалист с высшим медицинским образованием, имеющий юридическое право оказывать первичную медико-санитарную помощь закрепленным семьям и другим приписным категориям населения независимо от возраста, пола и характера патологии.

На должность семейного врача назначается врач, прошедший подготовку в интернатуре по специальности "общая практика - семейная медицина" или врачи по образованию "лечебное дело" и "педиатрия", прошедшие подготовку на цикле специализации по семейной медицине в высших медицинских заведениях усовершенствования по разным формам обучения врачей и получили сертификат специалиста по специальности "общая практика (семейная медицина)".

Семейный врач осуществляет свою деятельность:

- В государственном медицинском учреждении (поликлинике, медсанчасти, городской или сельской врачебной амбулатории);
- В негосударственном медицинском учреждении (частном, акционерном, общественном и т.п.).

Семейный врач может работать индивидуально или в группе семейных врачей (групповая практика). В зависимости от структуры населения, обслуживает бригада врачей, целесообразно привлекать и других специалистов, в том числе социальных работников.

Семейный врач работает по контракту (договору) с государственными или муниципальными органами, страховыми медицинскими компаниями, медицинскими учреждениями.

Контингенты населения, их численность формируются с учетом права свободного выбора врача и закрепляются условиями контракта.

Семейный врач осуществляет амбулаторный прием и посещение на дому, проведение комплекса профилактических, диагностических, лечебных и реабилитационных мероприятий во всех возрастных группах, при всех видах заболеваний и повреждений в соответствии с квалификационной характеристикой специалиста по специальности "общая практика (семейная медицина)", предоставляет срочную медицинскую помощь при неотложных состояниях и травматических повреждениях, содействует в решении медико-социальных проблем семьи.

По соглашению семейному врачу могут быть выделены больничные койки в стационаре для ведения больных. Семейный врач организует домашние стационары, дневные стационары в амбулаторно-поликлинических учреждениях.

Семейному врачу подчиняется средний медицинский персонал, имеющий специальную подготовку, а также по согласованию с органами социальной защиты - социальные работники.

Основные функции семейного врача

Оказание первичной медико-санитарной помощи населению в соответствии с требованиями квалификационной характеристики и полученного сертификата.

Проведение санитарно-просветительной работы по воспитанию населения в вопросах формирования, сохранения и укрепления здоровья членов семьи, само- и взаимопомощи. Оказание консультативной помощи семьям по вопросам планирования семьи, этики, психологии, гигиены, социальных аспектов семейной жизни, ведения "школы родителей".

Осуществление профилактической работы, направленной на оценку роли факторов окружающей среды, выявление ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска.

Осуществление динамического наблюдения за состоянием здоровья членов семей с проведением необходимого обследования и оздоровления с индивидуальным комплексом лечебно-оздоровительных мероприятий.

Оказание экстренной медицинской помощи больным и пострадавшим при неотложных состояниях вне зависимости от места проживания.

Своевременно и в полном объеме диагностика и лечение заболеваний в амбулаторных условиях, дневных и домашних стационарах и на дому в пределах компетенции врача общей практики.

Своевременно целевое направление больных для получения медицинской помощи в случаях, выходящих за рамки компетенции семейного врача; госпитализация плановых и urgentных больных в установленном порядке.

Проведения реабилитационных мероприятий.

Проведения экспертизы временной утраты трудоспособности пациентов в соответствии с действующим законодательством и направление на ВТЭК.

Проведения своевременной диагностики, раннего выявления и соответствующего лечения инфекционных заболеваний, выполнение противоэпидемических мероприятий.

Проведения иммунопрофилактики заболеваний.

Организация медико-социальной и бытовой помощи совместно с органами социальной защиты и службами милосердия одиноким, пожилым людям, инвалидам, хроническим больным.

Участие в выполнении государственных и региональных целевых медицинских программ.

Анализ состояния здоровья населения, которое обслуживается семейным врачом.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Определение специальности и врача общей практики.
2. Философия и принципы семейной медицины.
3. Основные нормативно-правовые акты по ПМСП.
4. Организация работы семейной врачебной амбулатории.
5. Общие принципы пациент-центрированного консультирования.
6. Выявление факторов риска, принципы ранней диагностики и профилактики социально-значимых заболеваний.
7. Критерии оценки эффективности деятельности ВОП.

1.Тема№ 2: Пневмония в практике ВОП.

2.Цель: Диагностика и лечение пневмонии на амбулаторном уровне.

3.Тезис лекции:

Пневмония— острое инфекционное заболевание, возникшее во внебольничных условиях (т. е. вне стационара или позднее 4 недель после выписки из него, или диагностированное в первые 48 ч от момента госпитализации, или развившееся у пациента, не находившегося в домах сестринского ухода/отделениях длительного медицинского наблюдения ≥ 14 суток сопровождающееся симптомами инфекции нижних дыхательных путей (лихорадка, кашель, выделение мокроты, возможно гнойной, боли в груди, одышка) и рентгенологическими свидетельствами «свежих» очагово-инfiltrативных изменений в легких при отсутствии очевидной диагностической альтернативы.

Классификация

Внебольничная Пневмония	Нозокомиальная пневмония	Пневмония, связанная с оказанием медицинской помощи
------------------------------------	-------------------------------------	--

I. Типичная (у пациентов с отсутствием нарушений иммунитета): а. бактериальная; б. вирусная; в. грибковая; г. микобактериальная; д. паразитарная. II. У пациентов с выраженными нарушениями иммунитета: а. синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД); б. прочие заболевания/патологические состояния. III. Аспирационная пневмония/абсцесс легкого.	I. Собственнонозокомиальная пневмония. II. Вентилятор-ассоциированная пневмония. III. Нозокомиальная пневмония у пациентов с выраженными нарушениями иммунитета: а. у реципиентов донорских органов; б. у пациентов, получающих цитостатическую терапию.	I. Пневмония у обитателей домов престарелых. II. Прочие категории пациентов: а. антибактериальная терапия в предшествующие 3 мес; б. госпитализация (по любому поводу) в течение ≥ 2 суток в предшествующие 90 дней; в. пребывание в других учреждениях длительного ухода; г. хронический диализ в течение ≥ 30 суток; д. обработка раневой поверхности в домашних условиях; е. иммунодефицитные состояния/заболевания.
--	---	---

Критерии тяжести пневмонии:

Легкое течение ВП – невыраженные симптомы интоксикации, температурата субфебрильная, отсутствуют дыхательная недостаточность и нарушения гемодинамики, легочная инфильтрация в пределах 1 сегмента, лейкоциты $9,0-10,0 \times 10^9/\text{л}$, нет сопутствующих заболеваний.

Средняя степень тяжести ВП: умеренно выраженные симптомы интоксикации, повышение температуры тела до 38°C , легочный инфильтрат в пределах 1-2 сегментов, ЧД до 22/мин, ЧСС до 100 уд/мин, осложнения отсутствуют.

Тяжелое течение ВП: выраженные симптомы интоксикации, температурата $<35,5^\circ\text{C}$ или $>38^\circ\text{C}$; дыхательная недостаточность II-III ст ($\text{SaO}_2 < 92\%$ (поданным пульсоксиметрии), $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт.ст. и/или $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт.ст. придыхании комнатным воздухом), нарушения гемодинамики ($\text{AD} < 90/60$ мм рт.ст., ЧСС > 100 уд/мин), инфекционно-токсический шок, лейкопения $< 4,0 \times 10^9/\text{л}$ или лейкоцитоз $20,0 \times 10^9/\text{л}$; инфильтрация более чем в одной доле; наличие полости (полостей) распада; плевральный выпот, быстрое прогрессирование процесса (увеличение зоны инфильтрации на 50% и более за 48 час наблюдения), абсцедирование, мочевины $> 7,0$ ммоль/л, ДВС-синдром, сепсис, недостаточность других органов и систем, нарушения сознания, обострение сопутствующих и/или фоновых заболеваний.

Этиология ВП:

- *Streptococcus pneumoniae* (пневмококк) – 30-50% случаев заболевания.
- *Chlamydomphila pneumonia*, *Mycoplasma pneumonia*, *Legionella pneumophila*.
- *Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*
- в очень редких случаях ВП может вызывать *Pseudomonas aeruginosa* (у больных муковисцидозом, или при наличии бронхоэктазов).

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

- ☐ лихорадка в сочетании с жалобами на кашель,
- ☐ одышка,
- ☐ отделение мокроты и/или боли в грудной клетке.
- ☐ дополнительно часто немотивированная слабость;
- ☐ утомляемость;

ONTÜSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

- ☐ сильное потоотделение по ночам.

Физикальное обследование:

Классические объективные признаки:

- ☐ усиление голосового дрожания;
☐ укорочение (тупость) перкуторного звука над пораженным участком легкого;
☐ локально выслушивается бронхиальное или ослабленное везикулярное дыхание;
☐ звучные мелкопузырчатые хрипы или крепитация.

Лабораторные исследования:

- ☐ общий анализ крови (лейкоцитоз или лейкопения, нейтрофильный сдвиг, ускорение СОЭ);
☐ биохимический анализ крови (может быть увеличение уровня мочевины и креатинина);
☐ С-реактивный белок (СРБ) количественное определение;
☐ Прокальцитонин тест (ПКТ) при тяжелом течении пневмонии;
☐ общий анализ мокроты (увеличение лейкоцитов преимущественно за счет нейтрофилов и лимфоцитов);
☐ исследование мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам (по показаниям);
☐ исследование мокроты на БК (по показаниям);
☐ коагулограмма (фибриноген, АЧТВ, МНО, Д-димер);
☐ определение газового состава артериальной крови (при SpO₂ < 92%).

Инструментальные исследования:

- ☐ Обзорная рентгенография органов грудной полости в передней прямой и боковой проекциях – основным признаком пневмонии является затенение, инфильтрация (очаговая, сегментарная, долевая и более) легочной ткани. Диагноз ВП является определенным при наличии рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани.
☐ Компьютерная томография грудного сегмента проводится при наличии клинических признаков пневмонии и рентген негативной картине, тяжелой пневмонии, отсутствии эффекта от стартовой антибактериальной терапии, ухудшения состояния пациента;
☐ Пульсоксиметрия, а при SpO₂ < 92% - исследование газов артериальной крови (PO₂, PCO₂, pH, бикарбонаты);
☐ ЭКГ в стандартных отведениях];
☐ УЗИ сердца (ЭХО-кардиография) при тяжелом течении пневмонии для проведения дифференциальной диагностики с застойными явлениями в малом круге кровообращения и тромбоэмболиями.

Показания для консультации специалистов:

- ☐ консультация фтизиатра – для исключения туберкулеза легких;
☐ консультация онколога – при подозрении на новообразование;
☐ консультация кардиолога – для исключения сердечно-сосудистой патологии;
☐ консультация торакального хирурга – при наличии экссудативного плеврита и других осложнений (абсцессы, деструктивные процессы и др.);
☐ консультация эндокринолога – при наличии эндокринологических заболеваний.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Немедикаментозное лечение:

- ☐ для уменьшения интоксикационного синдрома и облегчения выделения мокроты - поддержание адекватного водного баланса (достаточный прием жидкости);
☐ прекращение курения;
☐ устранение воздействия на больного факторов окружающей среды, вызывающих кашель (дыма, пыли, резких запахов, холодного воздуха).

Медикаментозное лечение:

Основными препаратами для лечения внебольничной пневмонии являются антибактериальные препараты. Обычно проводится эмпирическая терапия.

Клинический «сценарий»	Препараты первого ряда	Препараты второго ряда
Больные без сопутствующих заболеваний, не принимавшие в последние 3 месяца АБП, или возраст <60 лет	Амоксициллин внутрь 0,5 г 3 р/с или 1,0 г 2 р/с	Макролиды внутрь: Спирамицин 3млн 2 р/с Азитромицин 250-500 мг 1 р/с Кларитромицин 500 мг 2 р/с Джозамицин 500 мг 3 р/с
Больные с высоким риском инфицирования антибиотикорезистентным и штаммами, сопутствующими заболеваниями или возраст ≥60 лет	Амоксициллин внутрь 1,0 г 3 р/с или Амоксициллин/клавуланат вн 0,625 г 3 р/с или 1,0 г 2 р/с или (Амоксициллин/сульбактам вн 0,5 г 3 р/с или 1,0 г 2 р/с) Макролиды внутрь: Спирамицин 3млн 2 р/с Азитромицин 250-500 мг 1 р/с Кларитромицин 500 мг 2 р/с Джозамицин 500 мг 3 р/с	Цефалоспорины III ген (внутрь, в/м*) Цефиксим вн 400 мг 1 р/с Цефтриаксон 1,0 г 1 р/с в/м или Респираторный фторхинолон (внутрь) Левифлоксацин 500-750 мг 1 р/с Моксифлоксацин 400 мг/с 1 р/с

Критерии эффективности антибактериальной терапии:

- ☐ температура тела <37,5°C;
- ☐ отсутствие интоксикации;
- ☐ отсутствие дыхательной недостаточности (ЧДД < 20 в мин);
- ☐ отсутствие гнойной мокроты;
- ☐ количество лейкоцитов <10х10⁹/л, нейтрофилов <80%, «юных» форм <6%;
- ☐ отсутствие отрицательной динамики на рентгенограмме ОГК (при ее выполнении в указанные сроки).

Дальнейшее ведение:

При амбулаторном лечении ВП повторный визит пациента к врачу проводится:

- ☐ не позже 3-го дня лечения;
- ☐ и после окончания курса антибактериальной терапии.

Повторное рентгенологическое исследование проводится на 7-10 сутки лечения.

При ВП необходимо объяснить пациентам особенности изменения состояния на фоне лечения в зависимости от тяжести пневмонии, в частности у большинства пациентов отмечается динамика симптомов:

- ☐ к концу 1-ой недели: лихорадка должна разрешиться;
- ☐ к концу 4-ой недели: боль в грудной клетке и отделение мокроты существенно уменьшаются;
- ☐ к концу 6-ой недели: кашель и одышка существенно уменьшаются;
- ☐ через 3 месяца: может сохраниться незначительная усталость;

□ через 3-6 месяцев: состояние полностью нормализуется.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Этиология.
3. Классификация.
4. Диагностика.
5. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
6. Показания к госпитализации.
7. Динамическое наблюдение.

1. Тема № 3: Острый коронарный синдром в практике ВОП.

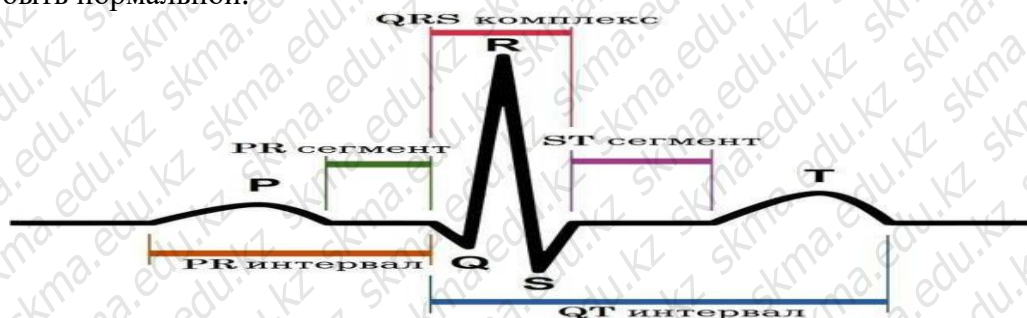
2. Цель: Диагностика и лечение ОКС на амбулаторном уровне.

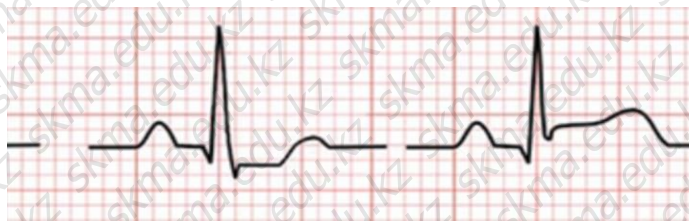
3. Тезис лекции:

Острый коронарный синдром (ОКС) – клиническое состояние, отражающее период обострения ишемической болезни сердца (ИБС), ведущим симптомом которого является боль в грудной клетке, инициирующая определенный диагностический и терапевтический каскад, начиная с регистрации ЭКГ на основании изменений которой дифференцируются 2 группы пациентов: с подъемом сегмента ST и без подъема сегмента ST.

Классификация:

1. Пациенты с острой стойкой болью в грудной клетке и стабильной элевацией сегмента ST на ЭКГ (>20 мин) относятся к группе ОКС с подъемом сегмента ST, что отражает наличие острой тотальной окклюзии коронарной артерии. Основой лечения таких пациентов является немедленная реперфузия фармакологическая или методом первичной ангиопластики/стентирования (инфаркт миокарда с подъемом сегмента ST рассматривается в отдельном протоколе).
2. Пациенты с острой болью в грудной клетке, но без элевации сегмента ST на ЭКГ относятся к группе ОКС без подъема сегмента ST, что отражает наличие преходящей частичной окклюзии коронарной артерии или дистальной эмболизации фрагментами тромба или поврежденной бляшки. Изменения на ЭКГ могут быть в виде преходящей элевации сегмента ST (<20 мин), постоянной или преходящей депрессии сегмента ST, инверсии, нивелирования или псевдонормализации зубца T или ЭКГ может быть нормальной.





ЭКГ без элевации сегмента ST на

1. Формы ОКСбпST:

Основным в ведении пациентов с ОКСбпST на всех этапах оказания помощи является наряду с диагностикой постоянная стратификация риска развития кардиальных осложнений. В итоге в исходе ОКСбпST дифференцируются две клинические формы:

1. **Нестабильная стенокардия** - острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой недостаточны для развития некроза миокарда (нет диагностически значимых повышений уровней тропонина).
2. **Инфаркт миокарда без подъема сегмента ST** – острая ишемия миокарда, тяжесть и продолжительность которой приводит к некрозу миокарда.

Классификация нестабильной стенокардии (ESC/ACCF/ANA/WHF, 2007)

- Впервые возникшая стенокардия (впервые возникшая стенокардия II-III функционального класса по классификации Канадского сердечно-сосудистого общества, длительностью не более 2 месяцев)
- Прогрессирующая (прогрессирование ранее стабильной стенокардии, по крайней мере до III функционального класса, возникшее в последние 2 месяца)
- Ранняя постинфарктная стенокардия (до 2 недель от развития ИМ)

Вазоспастическая стенокардия Принцметала.

По глубине поражения: ИМспST, ИМбпST.

По локализации: передне-перегородочный, передне-верхушечный, передне-боковой, передний распространённый, нижний, ниже-боковой, задне-базальный, высокий передний и их сочетания.

По стадии: острая, подострая, восстановления.

По тяжести течения ИМ: классификация острой СН по Killip.

Классификация острой сердечной недостаточности по Killip

Класс	Характеристика
I	Нет сердечной недостаточности.
II	Влажные хрипы <50% легочных полей, III тон, легочная гипертензия.
III	Влажные хрипы >50% легочных полей. Отек легких
IV	Кардиогенный шок

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Основной целью амбулаторного этапа при обращении пациента с ОКСбпST является диагностика и незамедлительная транспортировка в профильный стационар.

1) Диагностические критерии

Жалобы и анамнез. Клинические проявления ОКСбпST:

- **Продолжительная (>20 мин) ангинозная боль в грудной клетке в покое:** типичная боль в области сердца характеризуется дискомфортом или тяжестью за грудиной (стенокардия), иррадиирующей в левую руку, шею или челюсть, которая может быть преходящей (обычно продолжается несколько минут) или более длительной. Боль может сопровождаться потливостью, тошнотой, болью в животе, одышкой и обмороком. Нередко отмечаются атипичные проявления, такие как боль в

эпигастральной области, диспепсия или изолированная одышка. Атипичные симптомы чаще отмечаются у пациентов пожилого возраста, у женщин, больных сахарным диабетом, хронической почечной недостаточностью или деменцией.

- **Впервые возникшая стенокардия напряжения (II или III ФК) (CCS)** с анамнезом заболевания 1-2 месяца с тенденцией к прогрессированию клинической симптоматики. Приступы могут возникать при физической нагрузке и оставаться первое время относительно стереотипными, в других случаях приступы стенокардии быстро нарастают по частоте и интенсивности, вплоть до спонтанных приступов с длительностью от 5 до 15 минут и более.

- **Прогрессирующая стенокардия напряжения, по крайней мере, до III ФК:** нарастание тяжести приступов стенокардии с прогрессирующим снижением толерантности к физической нагрузке, расширение зоны болей и их иррадиации, удлинение продолжительности приступов, снижение эффективности нитроглицерина, появление новых сопутствующих симптомов (одышки, перебоев в сердце, слабости, страха и т.д.).

- **Ранняя постинфарктная стенокардия** развившаяся пределах 2-х недель после ИМ.

Пациент с прогрессирующей или с впервые возникшей стенокардией давностью в несколько часов или суток потенциально намного более угрожаем в отношении развития ИМ или ВСС, чем пациент с аналогичными жалобами у которого нарастание симптомов произошло в последние 2-4 недели или менее 8 недель.

Пожилкой возраст, мужской пол, семейный анамнез ИБС, диабет, гиперлипидемия, гипертензия, почечная недостаточность, предшествующее проявление ИБС, так же как поражения периферических и сонных артерий, повышают вероятность наличия ОКСбпСТ. Состояния, которые могут усугубить или ускорить развитие ОКСбпСТ, включают анемию, инфекции, воспалительный процесс, лихорадку, метаболические или эндокринные (в особенности щитовидной железы) нарушения.

Физикальное обследование: больных с подозрением на ОКСбпСТ мало информативно.

Лабораторные исследования: (в т.ч. определение уровня тропонина) на амбулаторном этапе возможно, но не целесообразны.

Инструментальные исследования: ЭКГ покоя в 12 отведениях — это первый метод диагностики, который используют при подозрении на.

Тактика лечения.

Тактика лечения на догоспитальном этапе направлена на своевременную диагностику ОКС, оказание неотложной помощи, предотвращение развития осложнения, транспортировка в профильную клинику.

Немедикаментозное лечение: нет

Медикаментозное лечение. Первичные терапевтические мероприятия:

1. Оксигенотерапия при сатурации кислорода менее 90% или выраженной одышке (IA).

2. β-блокаторы. Раннее назначение β-блокаторов рекомендуется пациентам с симптомами ишемии при отсутствии противопоказаний. β-адреноблокаторы назначаются максимально рано при симптомах ишемии у пациентов без противопоказаний (острая СН III–IV классов по Killip). β-блокаторы конкурентно ингибируют миокардиальные эффекты циркулирующих катехоламинов и снижают потребление кислорода миокардом за счет снижения ЧСС, АД и сократимости миокарда (IB).

Следует избегать раннего назначения β-блокаторов у больных, если не известна сократимость миокарда. β-блокаторы не следует назначать пациентам с симптомами, возможно, связанными с коронарным спазмом или приемом кокаина, так как они могут способствовать спазму, способствуя α-опосредованной вазоконстрикции, противопоставляемой β-опосредованной вазодилатации.

3. Нитраты при ОКСбпСТ применяются только при наличии болевого синдрома и САД >90 мм.рт.ст. Внутривенное введение нитратов более эффективно, чем сублингвальный прием, в отношении уменьшения симптомов ангинозной боли и регрессии депрессии сегмента ST. Доза нитратов должна

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

увеличиваться под тщательным контролем АД до тех пор, пока симптомы стенокардии не исчезнут, а у пациентов с артериальной гипертензией, сердечной недостаточностью - до нормализации АД или пока не появятся побочные эффекты (в частности, головная боль или гипотензия). Для в/в введения 10мг нитроглицерина разводят в 100 мл физиологического раствора, начинают введение с начальной скоростью 6-8 капель в мин до 30 в мин под контролем АД до купирования симптомов или появления побочных эффектов.

При отсутствии нитратов для внутривенного ведения используются формы нитроглицерина в таблетках 0,5 мг или в аэрозоле 0,4 мг (1доза), с повторным использованием через 3-5 мин при неэффективности и при отсутствии противопоказаний (САД <90 мм.рт.ст). Противопоказания к применению нитратов при ОКСбпСТ, из-за риска развития тяжелой гипотензии, следующие:

1. ИМ правого желудочка
2. САД <90 мм.рт.ст. или снижение АД более 30 мм.рт.ст. от исходного, ЧСС <50 в мин или ЧСС>100 мм.рт.ст.
3. Предшествующий прием ингибиторов фосфодиэстеразы 5типа (т. е. в течение 24 ч для силденафила или 48 ч для тадалафила).
4. **Наркотические анальгетики.** При интенсивном длительном болевом синдроме в грудной клетке возможно применение морфина (в/в или п/к) (IA).
5. **Блокаторы кальциевых каналов.** У пациентов с предполагаемой/подтвержденной вазоспастической стенокардией назначаются блокаторы кальциевых каналов и нитраты, назначения β-блокаторов в этом случае нужно избегать (IIaB).
6. **Ацетилсалициловая кислота.** АСК при первичном осмотре пациента с подозрением на ОКС назначается в нагрузочной дозе 150–300 мг не с «кишечнорастворимым» покрытием (IA).
7. **Ингибиторы P2Y12-рецепторов тромбоцитов.** Назначение второго антиагреганта в дополнение к АСК при высокой вероятности ОКС:

Тикагрелор в нагрузочной дозе 180 мг рекомендуется при отсутствии противопоказаний (внутричерепное кровоизлияние в анамнезе или продолжающееся кровотечение) у всех пациентов с ОКСбпСТ умеренного и высокого риска (с повышенным уровнем тропонина) (IA) или **Клопидогрел** в нагрузочной дозировке 300 мг (если предполагается консервативная стратегия) или 600 мг (если предполагается инвазивная стратегия) рекомендован пациентам, которые не могут принимать тикагрелор или нуждаются в дополнительном назначении не прямых антикоагулянтов (фибрилляция предсердий) (IB).

8. Антикоагулянтная терапия назначается всем пациентам при установлении диагноза ОКС. В качестве антикоагулянтов в острой фазе ОКСбпСТ допустимо применение одного из следующих препаратов:

- фондапаринукс (п/к введение) (IB);
- низкомолекулярный гепарин (эноксапарин, в/в болюс и п/к введение)(IB);
- НФГ (должен вводиться только в/в) (IB);

Показания для консультации специалистов: не предусмотрено, кроме возможно экстренной - кардиолога.

Профилактические мероприятия – скрининг на раннее выявление дислипидемии, АГ, СД и ИБС с оценкой предстесовой вероятности и проведением нагрузочного тестирования, при необходимости с визуализацией (стресс-ЭКГ, стресс ЭхоКГ, МРТ и др.) при выявлении высокого ишемического риска своевременное направление в специализированные центры на диагностическую КАГ (так же см. протоколы диагностики и лечения стабильной стенокардии напряжения, артериальной гипертензии, сахарного диабета).

Мониторинг состояния пациента: (карта наблюдения за пациентом, индивидуальная карта наблюдения пациента, индивидуальный план действий) - не предусмотрен.

Индикаторы эффективности лечения:

1. Соблюдение временных интервалов при диагностике ОКС (регистрация и интерпретация ЭКГ в течение <10 мин).
2. Проведение первичных терапевтических мероприятий (пункт 4).
3. Незамедлительная транспортировка в профильный стационар <30 минут
4. Повышение осведомленности населения о признаках острого сердечного приступа и необходимости обращения «103».

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ: диагностика ОКСбпСТ является показанием к экстренной госпитализации в профильный стационар, независимо от наличия или отсутствия изменений на ЭКГ.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 4: Артериальная гипертензия в практике ВОП.

2. Цель: Диагностика и лечение артериальной гипертензии на амбулаторном уровне.

3. Тезис лекции:

Артериальная гипертензия — хроническое стойкое повышение артериального давления, при котором уровень систолического артериального давления равен или более 140 мм рт. ст. и/или уровень диастолического артериального давления равен или более 90 мм рт. ст. у лиц, не получающих гипотензивные препараты.

Классификация офисных показателей АД и определение степени АГ (мм.рт.ст.)

Категория АД	САД		ДАД
Оптимальное	< 120	and	<80
Нормальное	120 - 129	and/or	80-84
Высокое нормальное	130 - 139	and/or	85-89
• АГ 1 ст	140 - 159	and/or	90-99
• АГ 2 ст	160 - 179	and/or	100-109
• АГ 3 ст	≥ 180	and/or	≥110
Изолированная систолическая АГ	≥ 140	and	<90

Критерии стратификации риска (факторы, влияющие на прогноз)

Факторы риска

- Важность систолического артериального давления и диастолического артериального давления.
- Уровень пульсового артериального давления (у пожилых людей).
- Возраст (мужчины > 55 лет, женщины > 65 лет)
- курение

- Дислипидемия: холестерин > 5,0 ммоль / л (> 190 мг / дл) или липопротеины низкой плотности > 3,0 ммоль / л (> 115 мг / дл), или липопротеины высокой плотности у мужчин < 1,0 ммоль / л (40 мг / дл), у женщин < 1,2 ммоль / л (4 мг / дл) или триглицеридов > 1,7 ммоль / л (> 150 мг / дл)
- Гликемия плазмы 5,6-6,9 ммоль / л (102-125 мг / дл)
- Нарушение толерантности к глюкозе.
- Абдоминальное ожирение: окружность талии у мужчин ≥ 102 см, у женщин ≥ 88 см.
- Семейный анамнез ранних сердечно-сосудистых заболеваний (у женщин до 65 лет, у мужчин до 55 лет). Комбинация 3 из следующих 5 критериев указывает на наличие метаболического синдрома: абдоминальное ожирение, гликемия натощак, артериальное давление > 130/85 мм рт. Ст., Низкий уровень липопротеидов высокой плотности, высокий уровень триглицеридов.

Бессимптомное поражение органов-мишеней.

- ЭКГ-признаки ГЛЖ (индекс Соколова-Лиона > 3 мм, индекс Корнелла > 2440 мм х мс) или:
- Эхокардиографические признаки ГЛЖ * (индекс массы миокарда ЛЖ > 125 г / м² у мужчин и > 110 г / м² у женщин)
- Утолщение стенки сонной артерии (комплекс интима-медиа > 0,9 мм) или наличие атеросклеротической бляшки.
- Незначительное повышение уровня креатинина в сыворотке: до 115–133 мкмоль / л у мужчин 107–124 мкмоль / л у женщин
- Низкий клиренс креатинина ** (< 60 мл / мин).
- Микроальбуминурия 30–300 мг / день или соотношение альбумин / креатинин > 22 мг / г у мужчин или женщин > 31 мг / г.

Диабет

- Уровень глюкозы в плазме натощак > 7,0 ммоль / л (126 мг / дл) при повторных измерениях.
- Уровень глюкозы в плазме после теста с уровнем глюкозы > 11,0 ммоль / л (198 мг / дл).

Сопутствующие клинические состояния

- Цереброваскулярные заболевания: ишемический инсульт, кровоизлияние в мозг, преходящая ишемическая атака;
- Сердечные заболевания: инфаркт миокарда, стенокардия, реваскуляризация, сердечная недостаточность;
- Поражение почек: диабетическая нефропатия, нарушение функции почек (креатинин сыворотки у мужчин > 133 мкмоль (> 1,5 мг / дл), у женщин > 124 мкмоль / л (> 1,4 мг / дл); протеинурия > 300 мг / сут.
- Заболевание периферических артерий.
- Тяжелая ретинопатия: кровоизлияния или экссудаты, отек сосочка зрительного нерва.

В зависимости от степени повышения артериального давления, наличия факторов риска, поражения органов-мишеней и связанных с ними клинических состояний всех пациентов с гипертонической болезнью можно отнести к одному из 4 уровней риска:

- низкий,
- Средняя
- высокий
- очень высоко

Стратификация больных артериальной гипертонией по риску развития сердечно-сосудистых осложнений

Другие факторы риска, ПООГ или заболевания	АД, мм.рт.ст.				
	Высокое нормальное	АГ 1 степени САД 140-159 ДАД 90-99	АГ 2 степени САД 160-179 ДАД 100-109	АГ 3 степени САД ≥ 180 ДАД ≥ 110	Высокое нормальное САД 130-139

	САД 130-139 ДАД 85-89				ДАД 85-89
Нет других ФР	Низкий риск	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Нет других ФР
1-2 ФР	Низкий риск	Умеренный риск	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск	1-2 ФР
≥3 ФР	Низкий/ умеренный риск	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	≥3 ФР
ПООГ, ХБП стадия 3 или СД без пораже- ния органов	Умеренный/ высокий риск	Высокий риск	Высокий риск	Высокий/ очень высокий риск	ПООГ, ХБП стадия 3 или СД без пораже- ния органов

Прогноз больных артериальной гипертонией и выбор тактики лечения зависят от уровня артериального давления и наличия сопутствующих факторов риска, вовлеченности органов-мишеней в патологический процесс и наличия сопутствующих заболеваний.

Группы риска (пациентов)

- **Низкий риск (риск 1)** - АГ 1 степени, отсутствуют факторы риска, поражения органов-мишеней и сопутствующие заболевания. Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и осложнений в ближайшие 10 лет составляет 15%.
- **Средний риск (риск 2)** - АГ 2–3 степени, отсутствуют факторы риска, поражение органов-мишеней и сопутствующие заболевания. Или гипертоническая болезнь 1-3 степени, имеется 1 и более факторов риска, отсутствуют повреждения органов-мишеней (ПОМ) и сопутствующие заболевания. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет составляет 15-20%.
- **Высокий риск (риск 3)** - АГ 1-3 степени, есть поражение органов-мишеней и другие факторы риска, сопутствующие заболевания отсутствуют. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет составляет более 20%.
- **Очень высокий риск (риск 4)** - гипертоническая болезнь 1-3 степени, есть факторы риска, поражение органов-мишеней, сопутствующие заболевания. Риск развития сердечно-сосудистых осложнений в ближайшие 10 лет превышает 30%.

Жалобы: головная боль, головокружение, шум в ушах, сердцебиение, боль в груди, одышка, отек.

Анамнез:

1. Продолжительность существования артериальной гипертензии, уровень повышения артериального давления, наличие ГК;
2. Диагностика вторичных форм артериальной гипертензии:
 - семейный анамнез заболевания почек (поликистоз почек);
 - наличие в анамнезе заболеваний почек, инфекций мочевого пузыря, гематурии, злоупотребления анальгетиками (паренхиматозная болезнь почек);
 - использование различных лекарств или веществ: оральных контрацептивов, капель для носа, стероидных и нестероидных противовоспалительных средств, кокаина, эритропозтина, циклоспоринов;
 - приступы приступообразного потоотделения, головных болей, беспокойства, учащенного сердцебиения.

Физикальное обследование:

Объективное обследование пациента с артериальной гипертензией направлено на измерение артериального давления, определение РФ, признаков вторичного характера гипертензии и поражения органов. Рост и вес измеряются с помощью расчета индекса массы тела (ИМТ) в кг / м² и окружности талии (ОТ).

ONTUSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

Лабораторное исследование:

Обязательные исследования, которые необходимо провести до начала лечения с целью выявления повреждений органов-мишеней и факторов риска:

- общий анализ крови и мочи;
- биохимический анализ крови (калий, натрий, глюкоза, креатинин, мочевая кислота, липидный спектр).

Инструментальные исследования:

- ЭКГ в 12 отведениях
- Эхокардиография для оценки гипертрофии левого желудочка, систолической и диастолической функций
- рентгенограмма грудной клетки
- осмотр глазного дна
- ультразвуковое исследование артерий
- УЗИ почек
- ежедневный мониторинг артериального давления.

Показания к консультации:

Невролог:

1. острое нарушение мозгового кровообращения
 - инсульт (ишемический, геморрагический)
2. Хронические формы сосудистой патологии головного мозга.
 - Начальные проявления недостаточного кровоснабжения головного мозга
 - энцефалопатия

Окулист:

- гипертоническая ангиоретинопатия
- кровоизлияния в сетчатку
- отек зрительного нерва
- дезинсерция сетчатки
- прогрессирующая потеря зрения

Нефролог:

- исключение симптоматической гипертонии.

Тактика лечения:

Немедикаментозное лечение (режим, диета и т. д.)

- снижение потребления алкогольных напитков: <30 г алкоголя в день для мужчин и 20 г / день. для женщин;
- увеличение физических нагрузок - регулярные аэробные (динамические) физические нагрузки по 30-40 минут не реже 4 раз в неделю;
- снижено потребление соли до 5 г / сут .;
- изменение рациона с увеличением потребления растительной пищи, увеличение в рационе калия, кальция (содержится в овощах, фруктах, зернах) и магния (содержится в молочных продуктах), а также уменьшением потребления животных жиров;
- бросить курить;
- нормализация массы тела (ИМТ <25 кг / м2);

Медикаментозное лечение:

Список основных лекарств

1. Ингибиторы АПФ.

Эналаприл 5 мг, 10 мг, 20 мг

Периндоприл 5 мг, 10 мг

Рамиприл 2,5 мг, 5 мг, 10 мг

Лизиноприл 10 мг, 20 мг

Фозиноприл 10 мг, 20 мг

Зофеноприл 7,5 мг, 30 мг

2. Блокаторы рецепторов ангиотензина.

Валсартан 80 мг, 160 мг

Лозартан 50 мг, 100 мг

Кандесартан 8 мг, 16 мг

3. Антагонисты кальция.

Амлодипин 2,5 мг, 5 мг, 10 мг

Лерканидипин 10 мг

Нифедипин 10 мг, 20 мг, 40 мг

4. Бета-адреноблокаторы.

Метопролол 50 мг, 100 мг

Бисопролол 2,5 мг, 5 мг, 10 мг

Карведилол 6,5 мг, 12,5 мг, 25 мг

Небиволол 5 мг

5. Диуретики.

Гидрохлоротиазид 25 мг

Индапамид 1,5 мг, 2,5 мг

Торасемид 2,5 мг, 5 мг

Фуросемид 40 мг

Спиронолактон 25 мг, 50 мг

6. Альфа-блокаторы

Урапидил 30 мг, 60 мг, 90 мг

7. Антиагреганты.

Ацетилсалициловая кислота 75 мг, 100 мг.

8. Статины

Аторвастатин 10 мг, 20 мг

Симвастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг

Розувастатин 10 мг, 20 мг, 40 мг

Дальнейшее ведение:

Задачи динамического наблюдения: контроль и коррекция факторов риска, достижение целевых уровней АД, ХЛНП, контроль показателей гликемического профиля, динамическая оценка состояния органов-мишеней.

Согласно «Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи» (приказ №281 от 28 апреля 2015 г) периодичность осмотров пациентов АГ составляет:

1) осмотр СМР - 1 раз в 3 месяца - для пациентов со средним и низким риском, 1 раз в месяц - для пациентов с высоким и очень высоким риском, и для лиц с низкой приверженностью к лечению;

2) осмотр врачом ПМСП - 1 раз в 6 месяцев - для пациентов со средним и низким риском, 1 раз в 3 месяца - для пациентов с высоким и очень высоким риском, и для лиц с низкой приверженностью к лечению

3) осмотр кардиолога – 1 раз в год

Обязательный минимум диагностических исследований:

1) общий анализ мочи (количественное определение белка мочи, и/или соотношение альбумин/креатинин), определение ХЛНП, гликированный гемоглобин, ЭКГ – 1 раз в год.

2) СМАД и эхокардиография – 1 раз в 2 года.

ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

Индикаторы эффективности лечения:

- ☐ Достижение целевых уровней АД в зависимости от возраста и ассоциированных клинических состояний (таблица 21).
- ☐ Достижение целевых уровней ЛПНП:
 - ☐ <1,8 ммоль/л (70 мг/дл) или уменьшения его на $\geq 50\%$ от исходного уровня 1,8-3,5 ммоль/л (70-135 мг/дл) у пациентов очень высокого риска ССО (I B),
 - ☐ <2,6 ммоль/л (100 мг/дл) или уменьшения его на $\geq 50\%$ от исходного уровня 2,6-5,2 ммоль/л (100-200 мг/дл) у пациентов высокого риска ССО (I B),
 - ☐ <3,0 ммоль/л (115 мг/дл) у пациентов с низким/умеренным риском ССО (IIa C)
- ☐ Исчезновение или снижение степени альбуминурии, нормализация соотношения альбумин/креатинин.
- ☐ Устранение гиперурикемии у пациентов с АГ с высоким и очень высоким кардиоваскулярным риском до достижения целевых показателей (у пациентов высокого риска ССО < 360 ммоль/л, у пациентов очень высокого риска ССО < 300 ммоль/л).
- ☐ Уменьшение ГЛЖ.
- ☐ Уменьшение частоты вызова скорой помощи и экстренной госпитализации.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: вконец

6. Контрольные вопросы:

1. Диагностика.
2. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
3. Показания к госпитализации.
4. Динамическое наблюдение.
5. Профилактика

1. Тема № 5: Острая ревматическая лихорадка в практике ВОП.

2. Цель: Диагностика и лечение острой ревматической лихорадки на амбулаторном уровне.

3. Тезислекции:

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) - системное воспалительное заболевание соединительной ткани с преимущественной локализацией в:

- сердечно-сосудистая система (ревматический порок сердца),
- суставы (мигрирующий полиартрит),
- мозг (хорея)
- кожа (кольцевидная эритема, ревматические узелки)

который развивается у предрасположенных лиц (преимущественно молодых людей от 7-15 лет) из-за аутоиммунного ответа организма на стрептококковый антиген бета-гемолитического стрептококка группы А.

Острая ревматическая лихорадка (ОРЛ) - постинфекционное осложнение А-стрептококкового тонзиллита или фарингита.

Хроническая ревматическая болезнь сердца (ХРБС) - заболевание, характеризующееся поражением сердечных клапанов в виде поствоспалительного маргинального фиброза створок клапана или болезни сердца (недостаточность и / или стеноз), образовавшейся после острой ревматической лихорадки.

Классификация:

Клинические формы:

- Острая ревматическая лихорадка;
- Рецидивирующая ревматическая лихорадка.

Клинические проявления:

- Основные: кардит, артрит, хорея, кольцевидная эритема, ревматические узелки;

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

- Дополнительно: лихорадка, артралгия, абдоминальный синдром, серозит.

Исходы:

- А. Выздоровление;
- Б. Хроническая ревматическая болезнь сердца:

- без порока сердца;
- с пороком сердца.

Нарушение кровообращения:

- По классификации Стражеско – Василенко: (стадии 0, I, IIА, IIВ, III);
- Согласно классификации Нью-Йоркской кардиологической ассоциации - NYHA (функциональные классы 0, I, II, III, IV).

Особые случаи:

- Изолированная («чистая») хорея при отсутствии других причин;
- «Поздний» кардит - затянувшееся по времени (> 2 месяцев) развитие клинических и инструментальных симптомов вальвулита (при отсутствии других причин);
- Рецидивирующая ОПН с хронической ревматической болезнью сердца (или без нее).

ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Диагностические критерии:

применяются для диагностики ОРЛ по Киссель-Джонсу, пересмотрены Американской кардиологической ассоциацией.

Большие критерии:

- Кардит;
- Полиартрит;
- Хорея;
- Кольцеобразная эритема;
- Подкожные ревматические узелки.

Малые критерии:

- Клинические: артралгия, лихорадка;
- Лабораторные: повышение СОЭ, повышение концентрации СРБ;
- удлинение интервала P-R на ЭКГ, признаки митральной и / или аортальной эхокардиографической регургитации;

Данные, подтверждающие предыдущую инфекцию БГСА:

1. Положительная культура GABHS, выделенная из глотки, или положительный тест быстрого определения группы BGSA-Ag.
2. Повышенные или увеличивающиеся титры антистрептококкового Ат.

Наличие двух больших критериев или одного большого и двух малых критериев в сочетании с данными, подтверждающими предыдущую инфекцию БГСА, указывает на высокую вероятность ОПН.

Жалобы:

- повышение температуры тела чаще до субфебрильных цифр;
- мигрирующие боли симметричного характера в крупных суставах (чаще всего в коленном суставе);
- боль в перикарде;
- Одышка при обычных физических нагрузках;
- быстрое сердцебиение;
- повышенная утомляемость, общая слабость;
- признаки хореи (гиперкинез - множественные резкие движения мышц лица, туловища и конечностей, эмоциональная лабильность, изменение поведения).

Анамнез:

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

Возникновение ОПН начинается в среднем через 2-4 недели после эпизода острой стрептококковой инфекции носоглотки. Температура внезапно повышается до фебрильной, появляются симметричные мигрирующие боли в крупных суставах и признаки кардита (боли в перикарде, одышка, учащенное сердцебиение и т. Д.).

Чаще у детей наблюдается моносиндромное течение с преобладанием признаков артрита или кардита, реже - хореи. Столь же остро - по типу «Вспышки» ОРФ развивается у школьников среднего возраста и солдатских призывников, перенесших эпидемию БГС-ангины.

Для подростков и молодых людей характерно постепенное начало - после клинических проявлений стенокардии появляются субфебрильные температуры, артралгии в крупных суставах или лишь легкие признаки кардита.

Повторный приступ (рецидив) ОПН провоцируется БГСА-инфекцией и проявляется в основном развитием кардита.

Физикальное обследование:

Температурная реакция варьирует от субфебрильной до фебрильной.

Кожный синдром:

- Кольцеобразная эритема (бледно-розовая кольцеобразная сыпь на туловище и проксимальных отделах конечностей, но не на лице; не сопровождается зудом, не возвышается над поверхностью кожи, не оставляет следов) - характерна, но редко (4 -17% всех случаев АРФ) подписать.
- Подкожные ревматические узелки (небольшие узелки, расположенные в местах прикрепления сухожилий в костях коленной, локтевой или затылочной области) - характерный, но крайне редкий (1-3% всех случаев ОПН) признак.

Повреждения сусуаов: преобладающая форма поражения - олигоартрит, реже - моноартрит.

В патологический процесс вовлекаются коленные, голеностопные, лучезапястные, локтевые суставы. Характеризуется: хорошее качество, непостоянство воспалительных поражений с переменным, часто симметричным поражением суставов. В 10-15% случаев выявляется полиартралгия, не сопровождающаяся ограничением движений, болезненностью при пальпации и другими симптомами воспаления.

Суставной синдром быстро разрешается на фоне приема НПВП, деформация не развивается.

Повреждение сердца:

- **Систолический шум**, отражающий митральную регургитацию, имеет следующие характеристики: продолжительный по своей природе, дующий; имеет разную степень выраженности, особенно на ранних стадиях заболевания; существенно не меняется при изменении положения тела и фазы дыхания; связан с I тоном и занимает большую часть систолы, слышен на верхушке сердца и проводится в левую подмышечную область.
- **Мезодиастолический шум** (низкая частота), развивающийся при остром кардите с митральной регургитацией, имеет следующие характеристики: часто следует за III тоном или заглушает его, выслушивается на верхушке сердца в положении пациента слева при удерживании дыхания на выдохе.
- **Протодиастолический шум**, отражающий аортальную регургитацию, имеет следующие характеристики: начинается сразу после II тона, имеет затухающий характер высокочастотного дуга, лучше всего слышен вдоль левого края грудины после глубокого выдоха, когда пациент наклоняется вперед, обычно комбинированный с систолическим шумом.
- Результатом кардита является формирование ревматического порока сердца. Ревматический порок сердца после первого приступа ОПН у детей развивается в 20-25% случаев. Преобладают изолированные ревматические пороки сердца, чаще митральная недостаточность. Реже недостаточность аортального клапана, митральный стеноз и митрально-аортальное заболевание. Примерно у 7-10% детей после ревматического порока сердца развивается пролапс митрального клапана.
- У подростков, перенесших первый приступ ОПН, пороки сердца диагностируются в 1/3 случаев. У взрослых пациентов этот показатель составляет 39-45% случаев. Максимальная частота образования

ONTUSTIK-KAZAKHSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

ревматических пороков сердца (75%) наблюдается в течение 3 лет от начала заболевания. Повторные приступы ОПН усугубляют тяжесть порока сердца.

Повреждение нервной системы:

в 6-30% случаев признаки малой хореи (гиперкинез, мышечная гипотония, статокординационные нарушения, сосудистая дистония, психоэмоциональные расстройства). У 5-7% больных хорея выступает единственным признаком ОПН. Хорея больше подвержены девочки 10-15 лет. Продолжительность хореи 3-6 месяцев. Хорея обычно заканчивается выздоровлением.

Лабораторное исследование:

- Общий анализ крови: повышение СОЭ, возможно лейкоцитоз с смещением лейкоформулы влево;
- Биохимический анализ крови: (АЛТ, АСТ, общий белок и фракции, глюкоза, креатинин, мочевины, холестерин);
- иммунологический анализ крови: С-реактивный белок (CRP) (положительный), ревматоидный фактор (RF) отрицательный, антистрептолизин-О (ASL-O) увеличился или, что более важно, увеличился в динамике названий;
- Бактериологическое исследование: мазок из зева на определение В-гемолитического стрептококка группы А (GABHS) - обнаружение в мазке из глотки GABHS, может быть как при активной инфекции, так и при носительстве.

Инструментальные исследования:

- ЭКГ: выяснение характера нарушений сердечного ритма и проводимости (при сопутствующем миокардите);
- Рентген грудной клетки: с диагностической целью. (Возможны признаки ревматического пневмонита)
- Эхокардиография: необходима для диагностики порока клапанов сердца и выявления перикардита. При отсутствии вальвулита ревматический характер миокардита или перикардита следует интерпретировать с большой осторожностью.
- Рентген суставов для дифференциальной диагностики с др. Артритами.
- Компьютерная томография в особых случаях для выявления признаков ревматического пневмонита, тромбоэмболии мелких ветвей легочной артерии.

Диагностический алгоритм

Диагноз ОПН подтверждается при наличии двух больших критериев или одного большого и двух малых в сочетании с данными, подтверждающими предыдущую инфекцию носоглотки BSHA.

Лечение

Амбулаторно лечение показано:

- пациентам с хроническим ревматическим пороком сердца для проведения противорецидивной терапии;
- при хронической, в том числе застойной сердечной недостаточности на фоне хронического ревматического порока сердца
- лечение после выписки из стационара с ОРЛ и повторным ревматизмом.

Медикаментозное лечение:

1. Лечение ОПН включает этиотропную антибактериальную терапию.

Целью этиотропной терапии является воздействие на стрептококковую инфекцию.

2. Патогенетическая терапия направлена на подавление воспалительного процесса.

Глюкокортикоиды используются при ОПН с тяжелым кардитом и / или полисерозитом. Преднизон назначают взрослым и подросткам в дозе 20 мг / сут, детям - 0,7-0,8 мг / кг в 1 приеме утром после еды до достижения терапевтического эффекта (в среднем в течение 2 недель). Затем дозу постепенно

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОВП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

снижают (на 2,5 мг каждые 5-7 дней) до полной отмены. Общая продолжительность курса 1,5-2 месяца.

НПВП назначают при легком вальвулите, ревматическом артрите без вальвулита, минимальной активности процесса (СОЭ <30 мм / ч), после спада высокой активности и отмены глюкозы в крови, при повторной ОПН на фоне RPS. НПВП назначают взрослым и подросткам до 3 раз в сутки до нормализации показателей воспалительной активности (в среднем в течение 1,5-2 месяцев). При необходимости курс лечения НПВП можно продлить до 3-5 месяцев.

3. Симптоматическая терапия заключается в коррекции застойной сердечной недостаточности, которая может развиваться в результате активного вальвулита или у пациентов с ревматическими пороками сердца.

Показания к консультации специалистов:

Консультация невролога показана в случае развития неврологической симптоматики для уточнения характера и степени поражения нервной системы и подбора симптоматической терапии;

Консультация отоларинголога - для уточнения патологии органов, выбора тактики лечения;

Консультация кардиолога - при появлении симптомов острой / хронической сердечной недостаточности, сложных нарушений ритма и проводимости для корректирующей терапии;

Консультация кардиохирурга - при подозрении на вовлечение в патологический процесс клапанов сердца с образованием порока (ов) сердца (стеноз / недостаточность), инфекционный эндокардит с низкой эффективностью терапии.

Профилактические мероприятия:

Первичная профилактика: первичная профилактика на амбулаторном уровне, своевременная адекватная антимикробная терапия при острых и хронических рецидивирующих БГСА - инфекциях верхних дыхательных путей (тонзиллит и фарингит).

Антимикробная терапия острого БГСА – тонзиллита.

Вторичная профилактика:

Цель состоит в том, чтобы предотвратить повторные приступы и прогрессирование заболевания у лиц с ОРЛ. Вторичная профилактика начинается в стационаре сразу после окончания этиотропной антистрептококковой терапии.

- Бензатин бензилпенициллин - основной препарат, применяемый для вторичной профилактики ОПН - внутримышечно 1 раз в 3 недели взрослым и подросткам 2,4 миллиона единиц.
- Продолжительность вторичной профилактики для каждого пациента устанавливается индивидуально. Как правило, это должно быть у пациентов, перенесших ОПН без кардита (артрит, хорея) - не менее 5 лет после приступа или до 18 лет.
- для пациентов с излеченным кардитом без порока сердца - не менее 10 лет после приступа или до 25 лет (по принципу «что дольше»).
- пациентам со сформированным пороком сердца (в том числе оперированным) - пожизненно.
- Самая эффективная лекарственная форма бензатин бензилпенициллина - экстенциллин. Или рекомендуется Бициллин-1, который назначают в указанных дозах 1 раз в 7 дней.

Пациенты с ревматическим пороком сердца:

По мнению экспертов Американской кардиологической ассоциации, все пациенты с РПЗ имеют умеренный риск развития инфекционного эндокардита. Этим пациентам при выполнении различных медицинских процедур, сопровождающихся бактериемией (удаление зуба, тонзиллэктомия, аденоидия, хирургия желчевыводящих путей или кишечника, вмешательства на предстательной железе и др.), Необходимы профилактические антибиотики.

Дальнейшее ведение:

- Рекомендуются медицинский осмотр 4 раза в год.
- Наблюдение терапевта, ревматолога, кардиохирурга.

Показания к госпитализации:

ONTÜSTIK-KAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

- ОРЛ с поражением клапанного аппарата сердца и без него;
- повторные приступы ревматического порока сердца;
- застойная сердечная недостаточность на фоне ревматического сердечного приступа.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: вконец

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 6: Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в практике ВОП.

2. Цель: Диагностика и лечение язвенной болезни желудка на амбулаторном уровне.

3. Тезисы лекции:

Язвенная болезнь - хроническое рецидивирующее заболевание, вызываемое инфекцией *Helicobacter pylori* и протекающее с чередованием периодов обострения и ремиссии, ведущим проявлением которого является образование дефекта (язвы) в стенке желудка и двенадцатиперстной кишки.

Инфекция *Helicobacter pylori* вызывает прогрессирующее повреждение слизистой оболочки желудка и играет важную роль в развитии язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.

Классификация:

- Язвенная болезнь желудка и симптоматическая гастродуоденальная язва;
- Язвенная болезнь, связанная и не связанная с *H. pylori*.

I. Общая характеристика болезни:

1. язвенная болезнь;
2. язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки;
3. язвенная болезнь неуточненной этиологии;
4. Язвенная болезнь желудка после резекции желудка.

II. Клиническая форма:

1. острый или впервые диагностированный;
2. хронический.

III. Течение:

1. скрытый;
2. легкий или редко рецидивирующий;
3. умеренная или рецидивирующая (1-2 рецидива в течение года);
4. тяжелая (три и более рецидива в течение года) или постоянно рецидивирующая; развитие осложнений.

IV. Фаза:

1. обострение (рецидив);
2. затухание.

V. Характеристика морфологического субстрата болезни.

Типы язв:

1. острая язва;

2. хроническая язва.

Размеры язвы:

1. небольшие (менее 0,5 см);
2. средний (0,5-1 см);
3. большие (1,1-3 см);
4. гигант (более 3 см).

Этапы развития язвы:

1. активный;
2. рубцевание;
3. стадия красного рубца;
4. стадия белого рубца;
5. Длительное рубцевание.

Локализация язвы:

1. желудок (кардия, субкардиальный отдел, тело желудка, антральный отдел, пилорический канал, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна);
2. двенадцатиперстная кишка (луковица, постбульбарная часть, передняя стенка, задняя стенка, малая кривизна, большая кривизна).

VI. Характеристика функций гастродуоденальной системы (указываются только выраженные нарушения секреторной, моторной и эвакуаторной функций).

VII. Осложнения:

1. кровотечение (легкое, умеренное, тяжелое, крайне тяжелое);
2. перфорация;
3. пенетрация;
4. стеноз (компенсированный, субкомпенсированный, декомпенсированный);
5. малигнизация.

Диагностические критерии:

Жалобы.

Ведущим симптомом обострения язвы является боль в эпигастральной области, которая может отдавать в левую половину груди и левую лопатку, грудной или поясничный отдел позвоночника. Боль отмечается у 92-96% больных. По интенсивности они зависят от глубины язвы.

Характеристики болевого синдрома

Локализация	Время появления боли
Язва кардиальной и субкардиальной отдела желудка	Сразу после еды
Язвы желудка	через 0,5-1 час после еды.
Язвы пилорического канала и луковицы двенадцатиперстной кишки.	Поздние боли (через 2-3 часа после еды), «голодные» боли, возникающие натощак и проходящие после еды, а также ночные боли

Боли тупые, режущие, жгучие по своему характеру.

Боли при язве отличаются периодичностью, сезонностью и ритмичностью.

Частота болей проявляется сменой безболезненных интервалов на периоды боли.

Боль возникает в разное время в зависимости от приема пищи:

- ранние,
- поздние,
- ночные
- голодные боли.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

Ранние боли появляются в течение первого часа после еды и обычно характерны для язв. Поздние, ночные и голодные боли возникают через 1,5-4 часа после еды. Эти боли обычно появляются у пациентов с язвой двенадцатиперстной кишки и вызваны двигательными нарушениями, гиперсекрецией желудочного сока и воспалительными изменениями слизистой оболочки двенадцатиперстной кишки.

При обострении язвы также распространены изжога, кислая отрыжка, тошнота, запор.

Изжога наблюдается у 50% больных, что возникает в результате нарушения секреторной и двигательной активности желудка.

Отрыжка при язве кислая, пустая или еда. Кислая отрыжка возникает при гиперсекреции желудочного сока. Тошнота при язве возникает редко и может предшествовать рвоте.

Рвота обычно возникает в разгар язвенной боли и может быть ранней и поздней, она вызвана рефлекторным раздражением воспаленной СОЖ желудочным соком. Часто после рвоты интенсивность болей уменьшается или они вовсе прекращаются, что улучшает состояние пациента.

Анамнез:

В неосложненных случаях язва обычно протекает с чередованием периодов обострения (продолжительностью от 3-4 до 6-8 недель) и ремиссии (продолжительностью от нескольких недель до многих лет). Под воздействием неблагоприятных факторов (физические нагрузки, прием НПВП и / или лекарств, злоупотребление алкоголем и др.) Могут развиваться осложнения.

Для язвы характерны сезонные (весенний и осенний) периоды усиления болей и диспепсических симптомов.

При обострении часто отмечается похудание, потому что, несмотря на сохраненный, а иногда даже повышенный аппетит, пациенты ограничивают себя едой, опасаясь усиления боли.

В фазе обострения, независимо от тяжести клинической картины заболевания, обнаруживается язва с активными воспалительными изменениями слизистой оболочки желудка и слизистой двенадцатиперстной кишки.

Фаза стихания обострения (фаза неполной ремиссии) характеризуется исчезновением клинических признаков заболевания и появлением свежих рубцовых изменений на месте бывшей язвы при сохранении признаков воспаления.

В фазе ремиссии отсутствуют клинические, эндоскопические, гистологические проявления обострения заболевания и заселения слизистой оболочки инфекцией *H. pylori*.

Физикальное обследование:

При обострении язвы при объективном осмотре часто выявляется болезненность в эпигастрии при пальпации, сочетающаяся с умеренным сопротивлением мышц передней брюшной стенки. Также может быть обнаружена местная перкуторная боль в той же области (симптом Менделя).

Однако эти признаки не являются строго специфичными для обострения язвы:

- ☐ вынужденное положение пациента: наклонившись и прижав руки к эпигастрию - зоне наибольшей боли;
- ☐ боль при пальпации в эпигастральной или пилоробульбарной области, сочетающаяся с умеренным сопротивлением мышц передней брюшной стенки (70% случаев);
- ☐ положительный симптом Менделя (локальная перкуторная боль в эпигастрии).

Данные, полученные при физикальном осмотре, не всегда отражают наличие язвы, поскольку такие же симптомы могут наблюдаться и при других заболеваниях.

Основная диагностическая информация получается с помощью инструментальных методов исследования, которые сочетаются с биохимическими, гистохимическими и другими методами.

Лабораторное исследование:

- **Общий анализ крови** - возможна анемия (при явном или скрытом язвенном кровотечении), лейкоцитоз и повышение СОЭ при осложненных формах язвы (с проникновением язвы, выраженным перивисцеритом);
- **Анализ кала на скрытую кровь** - положительная реакция свидетельствует о гастродуоденальном кровотечении.

Инструментальные исследования:

• **Эзофагогастродуоденоскопия** - эндоскопическое исследование подтверждает наличие язвенного дефекта, уточняет его локализацию, глубину, форму, размер, состояние дна и краев язвы (с биопсией и гистологическим исследованием для исключения злокачественного характера язвенного поражения в случае локализации язвы желудка и обнаружение *H. pylori*).

С помощью **гастродуоденоскопии** можно различить острые и хронические язвы. Для первого характерны выраженные воспалительные изменения со стороны слизистой оболочки, окружающей язву. Форма острой язвы округлая или овальная. Дно язвы обычно от бледно-желтого до коричневого. Края острых язв резко очерчены. Эндоскопическая картина хронической язвы желудка существенно меняется в зависимости от стадии ее развития (обострение, затухание процесса, заживление), что является критерием оценки качества лечения. Гастродуоденоскопия в сочетании с биопсией имеет большое значение для дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных процессов в желудке.

• **Гистологическое исследование** биоптатов выявляет признаки воспалительного процесса - нейтрофильной инфильтрации. Гистологическое исследование особенно важно при наличии язвы, так как часто наблюдается язвенная форма рака желудка.

Диагностика инфекции *H. pylori*

Для определения дальнейшей тактики лечения чрезвычайно важны результаты исследования наличия у пациента язвенной инфекции. Определение *H. pylori* в гистологических препаратах, взятых с EFGDS;

• **Рентгенологическое исследование** для диагностики язвы в настоящее время не используется. Он используется в следующих ситуациях:

- ☐ невозможность по каким-либо причинам (например, наличие противопоказаний) провести эндоскопическое обследование;
- ☐ оценить перистальтику стенки желудка;
- ☐ оценить характер эвакуации из желудка;
- ☐ оценить степень стеноза привратника (при осложненном течении).

Рентгенологическое исследование выявляет прямые признаки язвы:

- ☐ местный круговой спазм мышечных волокон на противоположной от язвы стенке желудка в виде «указательного пальца»;
- ☐ язвенная деформация желудка и луковицы двенадцатиперстной кишки;
- ☐ гиперсекреция натошак;
- ☐ нарушения моторики гастродуоденальной зоны.

Дополнительные диагностические мероприятия:

- определение сывороточного железа в крови и анализ кала на скрытую кровь - при анемии;
- УЗИ печени, желчевыводящих путей и поджелудочной железы - при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;
- биохимические анализы крови (общий билирубин и его фракции, общий белок, альбумин, холестерин, АЛТ, АСТ, глюкоза, амилаза) - при сопутствующей патологии гепатобилиарной системы;

Показания к консультации специалистов:

Консультация хирурга при подозрении на осложнение язвенной болезни:

- перфорация,
- проникновение,
- рубцово-язвенный стеноз привратника,
- злокачественная язва.

Язвенное кровотечение наблюдается у 15-20% больных язвой, чаще при локализации язвы в желудке.

Факторами риска его возникновения являются:

- прием ацетилсалициловой кислоты и НПВП;
- инфекция *H. pylori*;
- размер язв > 1 см.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОБП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

Язвенное кровотечение проявляется рвотой таким содержимым, как «кофейная гуща» (гематемезис) или черный дегтеобразный стул (мелена). При массивном кровотечении и пониженной секреции соляной кислоты, а также локализации язвы в сердечной части желудка может отмечаться примесь неизмененной крови в рвотных массах. Иногда на первом месте в клинической картине язвенного кровотечения стоят общие жалобы (слабость, потеря сознания, снижение артериального давления, тахикардия).

Прободение язвы происходит у 5-15% больных язвой, чаще у мужчин.

К его развитию предрасположен:

- физические нагрузки;
- употребление алкоголя;
- переиздание.

Иногда перфорация возникает внезапно, на фоне бессимптомного («тихого») течения язвы.

Перфорация язвы клинически проявляется острой («кинжальной») болью в эпигастральной области, развитием коллаптоидного состояния. При осмотре больного выявлено «дощатое» напряжение мышц передней брюшной стенки и резкая боль при пальпации живота, положительный симптом Щеткина-Блюмберга. Позже, иногда после периода явного улучшения, картина разлитого перитонита прогрессирует.

Пенетрация язвы - проникновение язвы желудка или двенадцатиперстной кишки в окружающие ткани - поджелудочную железу, малый сальник, желчный пузырь и общий желчный проток. При проникновении в язву упорные боли.

ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

Цели лечения:

- быстрое устранение болезненных для пациента симптомов заболевания;
- Заживление язвы;
- устранение возбудителя инфекции *H. pylori* для предотвращения рецидива заболевания и предупреждения его обострений;
- при осложненном течении заболевания - лечение осложнений и устранение опасности для жизни пациента. Лечение язвы комплексное и включает:
- диетическое питание;
- прекращение курения и употребления алкоголя;
- отказ от приема препаратов с ulcerogennym действием;
- нормализация режима труда и отдыха, санаторно-курортное лечение.

Немедикаментозное лечение:

Лечение комплексное и включает:

- диетическое питание,
- отказ от курения и употребления алкоголя,
- отказ от ulcerogennyykh препаратов (в первую очередь НПВП).

Диетическое питание должно быть частым, дробным, механически и химически щадящим.

Диета: Рекомендуется частое (5-6 раз в день) дробное питание, соответствующее правилу «6 маленьких приемов пищи лучше 3 больших», механическая, термическая и химическая экономия охлаждающей жидкости.

Диета должна быть богата белками, так как лечебный эффект в этом случае наступает быстрее, ускоряется заживление язв и стихает воспалительный процесс.

Медикаментозное лечение

Принципы фармакотерапии:

- одинаковый подход к лечению язвы желудка и двенадцатиперстной кишки;
- обязательная базовая антисекреторная терапия;
- выбор антисекреторного препарата, поддерживающего внутрижелудочный pH > 3 примерно 18 часов в день;
- назначение антисекреторного препарата в строго определенной дозе;
- эндоскопический контроль с 2-недельными интервалами;

- продолжительность антисекреторной терапии в зависимости от сроков заживления язвы;
- эрадикационная терапия против *Helicobacter pylori* у НР-положительных пациентов;
- обязательный контроль эффективности антихеликобактерной терапии через 4-6 недель;
- повторные курсы антихеликобактерной терапии, если она неэффективна;
- поддерживающая противорецидивная терапия антисекреторным препаратом у НР-отрицательных пациентов;

Ингибиторы протонной помпы - это базисная терапия язвы. Их назначают с целью снятия боли и диспепсических расстройств, а также для скорейшего рубцевания язвы.

Антациды способны поддерживать уровень внутрижелудочного pH > 3 в течение 4-6 часов в течение дня, что определяет их недостаточно высокую эффективность при использовании в качестве монотерапии. Тем не менее, пациенты с язвой принимают антациды для облегчения боли и диспепсии, что во многом связано с быстротой их действия и отпуском без рецепта.

Рекомендуемые схемы эрадикации (Маастрихт-V, 2015)

Терапия первой линии (10-14 дней)	Терапия второй линии (10-14 дней)
• 3-х компонентная схема: ИПП + амоксициллин + кларитромицин; • квадротерапия без висмута: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + нитроимидазол.	• 3-х компонентная схема: ИПП + амоксициллин + фторхинолон • квадротерапия без висмута: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + нитроимидазол [8,9,10], (УД А); • квадротерапия с висмутом: ИПП + амоксициллин + кларитромицин + висмута трикалия дигидрат.

Эффективность лечения повышается при назначении дважды в день повышенной дозы ИПП (удвоенной стандартной).

При 14-дневной терапии увеличение частоты эрадикации более значительно, чем при 10-дневной. Эрадикационная терапия *H. pylori* может приводить к развитию антибиотико-ассоциированной диареи. Добавление к стандартной тройной терапии пробиотика *Saccharomyces boulardii* повышает скорость эрадикации *H. pylori*.

Возможные причины неэффективности и ошибки лечения ЯБ

- ☐ часто рецидивирующее течение заболевания (частота рецидивов > 2 раз в год);
- ☐ формирование трудно рубцующихся язв, не заживающих в течение 12 недель непрерывного лечения.

Ошибки при проведении эрадикационной терапии:

- ☐ отсутствие тестирования на наличие инфекции *H. pylori* у больных ЯБ, в результате которого пациенты получают только антисекреторную терапию;
- ☐ неправильное лечение *H. pylori*-негативной ЯБ;
- ☐ использование в схемах эрадикации лекарственных препаратов, не входящих в утвержденные схемы (например, H₂-блокаторов);
- ☐ применение препаратов в недостаточных дозах;
- ☐ к снижению эффективности эрадикации приводит назначение 7-дневных курсов эрадикации вместо 10-14 дневные;
- ☐ отказ (по разным причинам) от проведения контроля эрадикации в установленные сроки;
- ☐ прежде чем вынести заключение о неэффективности консервативного лечения ЯБ у пациента, необходимо убедиться, что лечение и обследование было проведено в строгом соответствии с существующим протоколом.

Дальнейшее ведение:

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОВП и Дерматовенерологии»		
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		61/ Стр. 77 из 77

Динамическое наблюдение за больным, 1 раз в год проводить ФЭГДС, диагностику инфекции *H. pylori*. При обострении – проводить эрадикационную терапию. При непрерывно рецидивирующем течении – консультация хирурга (особенно при ЯБЖ).

Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов:

- ☐ заживление язвенного дефекта в СО ГДЗ;
- ☐ эффективная эрадикация *H. pylori*;
- ☐ обеспечение стойкой ремиссии ЯБ;
- ☐ отсутствие осложнений.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Показания для плановой госпитализации: неэффективность амбулаторной медикаментозной терапии.

Показания для экстренной госпитализации:

- ☐ осложненные формы заболевания;
- ☐ тяжелый болевой синдром;
- ☐ неэффективность амбулаторной медикаментозной терапии;
- ☐ сопутствующие заболевания.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 7: Хронический пиелонефрит в практике ВОП.

2. Цель: Диагностика и лечение хронического пиелонефрита на амбулаторном уровне.

3. Тезисы лекции:

Хронический тубулоинтерстициальный нефрит - это первичное поражение почечных канальцев и интерстиция, связанное с различными заболеваниями или применением определенных лекарств и травяных настоев в течение нескольких лет, и характеризуется прогрессирующим развитием склероза канальцев и почечного интерстиция.

Клиническая классификация:

Формы: обезболивающая нефропатия, нефропатия с литиевой терапией, нефропатия, вызванная тяжелыми металлами и радиацией.

Международная классификация хронической болезни почек, 2002 г.:

- I стадия, СКФ (скорость клубочковой фильтрации) - ≥ 90 мл / мин;
- II стадия, СКФ - 89-60 мл / мин;
- III стадия, СКФ - 59-30 мл / мин;
- IV стадия, СКФ - 29-15 мл / мин;
- V стадия, СКФ - менее 15 мл / мин (терминальная хроническая почечная недостаточность).

Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез: длительный прием смешанных анальгетиков или НПВП (около 3000 таблеток в течение 5 лет), колики в поясничной области (при папиллярном некрозе), длительное лечение препаратами лития, полиурия или снижение диуреза, слабость, недомогание.

Объективный осмотр: болезненность при пальпации в области проекции почек, возможно наличие артериальной гипертензии.

Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Общий анализ крови
2. Общий анализ мочи.
3. Электрофорез белков мочи (канальцевая протеинурия).
4. УЗИ почек.
5. Определение креатинина, мочевины, мочевой кислоты, калия, натрия, кальция, фосфора, паратиреоидного гормона.
6. Определение метаболитов фенаcetина и тяжелых металлов в моче.
7. Проба Зимницкого.
8. Бактериальный посев мочи.
9. Расчет СКФ
10. КЩС.
11. Выделенная фракция натрия (с мочой)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. ФГДС
2. Сывороточный ферритин.
3. Метгемоглобин, сульфгемоглобин
4. ЭКГ
5. КТ почек без контраста при подозрении на некроз сосочков почек.

Лабораторные исследования: возможна анемия, гематурия, стерильная лейкоцитурия, канальцевая протеинурия, прогрессирующее снижение функции почек (концентрационная и фильтрационная функции), признаки канальцевого ацидоза, гиперкалиемии, несахарный нефрогенный диабет (при лечении препаратами лития) и другие электролитные нарушения.

Инструментальные исследования:

- УЗИ почек: уменьшение размеров почек, отсутствие камней при почечной колике (папиллярный некроз), кисты.
- Биопсия почек: интерстициальный фиброз, тубулярная атрофия, папиллярный некроз.

Дифференциальный диагноз:

Признак	Хронический пиелонефрит	Хронический гломерулонефрит
Начало заболевания	С рождения при наличии врожденной патологии почек	постепенное, чаще после интеркуррентных заболеваний
Отеки	Редко при наличии ХПН	чаще
Возраст	С рождения	Дети разных возрастов, чаще мальчики
Артериальное давление	Не характерно	Зависит от степени нарушений функции почек
Общие симптомы	При присоединении ХПН	Умеренные
Отставание в физическом развитии	Не характерно	Не характерно
Местные симптомы	дизурия, гипертермия, боли в пояснице	Боли в пояснице, в области проекции почек, отеки
Дизурия	При наличии нейрогенной дисфункции мочевого пузыря	При инфекции мочевых путей
Лейкоцитурия	характерна	Не характерна
Гематурия	Не характерна	характерна

Синдром Пастернацкого	Чаще постоянный	Чаще отрицательный
Снижение концентрационной функции почек	Характерно при присоединении ХПН	Выраженное с наличием отеков
УЗИ почек	Признаки пиелонефрита, неровность контуров и признаки повышенной эхогенности, неровность контуров, деформация члс	Увеличение размеров за счет отека паренхимы
Внутривенная урография	Признаки пиелонефрита, функция почек снижена в различной степени, наличие врожденной почечной патологии	Признаки нарушения уродинамики различной степени
цистография	Признаки увеличения размеров мочевого пузыря, неправильность формы	Без патологий
Цистоскопия	Признаки цистита	Без патологий

Лечебная тактика:

Медикаментозное лечение:

Антибактериальная терапия (цефалоспорины, аминогликозиды, уросептики): вначале выбор препарата эмпирический, затем - по чувствительности микрофлоры. Назначение антибиотиков парентерально или парентерально + перорально.

Поддерживающее лечение проводится после полной нормализации анализов мочи в течение 2 месяцев и более.

Другие методы лечения:

при анемии - препараты эритропоэтина (эпоэтин-альфа, бета, тета, дарбэпоэтин), препараты железа для парентерального введения (сахар железа, декстран железа); при минеральных и костных нарушениях - фосфорсвязывающие агенты (севеламера карбонат), активная форма витамина D3 (альфакальцидол);

при наличии осложнений со стороны ЖКТ - противоязвенная терапия (ингибиторы протонной помпы, блокаторы H2-гистаминовых рецепторов, антибиотики, аминокaproновая кислота);

Антибактериальная терапия при прикреплении IMS: -грамотрицательная флора: фторхины, (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин, моксифлоксацин);

- Резервные антибиотики: амоксициллин-клавуланат, цефалоспорины, имипенемы.

Список основных и дополнительных лекарств:

Основные лекарства:

1. Гентамицин, бруламицин, 80 мг
2. Фурагин таб., Нитроксалин таб.
3. Цефалоспорины 2 - 3 - 4 поколений
4. Нистатин, линекс
5. Тиамин, пиридоксин
6. Цианокобальмин
7. Инфузионное устройство
8. Новокаин, лидокаин.

Дополнительные лекарства

1. Актиферрин - таб., Сироп.
2. Гепарин, 25000МЕ, флакон.
3. Мероперан, цефаклор

Профилактические действия:

- профилактика вирусных, бактериальных, грибковых инфекций
- предотвращение электролитного дисбаланса
- замедление прогрессирования ХБП

Дальнейшее управление:

контроль фильтрации, концентрационных функций почек, анализы мочи, артериального давления, УЗИ почек. (Проводится на амбулаторном и стационарном уровнях).

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 8: Железодефицитная анемия в практике ВОП.

2. Цель: Диагностика и лечение железодефицитной анемии на амбулаторном уровне.

3. Тезисы лекции:

Железодефицитная анемия – клинико-гематологический синдром, характеризующийся анемией (снижение уровня гемоглобина менее 130 г/л у мужчин и 120 г/л у женщин) и дефицитом железа (снижение $TSat^1 < 16\%$ и концентрации ферритина менее 30 мкг/л или нг/мл). Поскольку $TSat$ – расчетный показатель, зависящий от уровня сыровоточного железа, критерием ЖДА так же является низкий уровень сыровоточного железа.

Классификация:

Классификация ЖДА по степени тяжести:

- I. Легкая (содержание Hb 90-120 г/л)
- II. Средняя (содержание Hb 70-89 г/л)
- III. Тяжелая (содержание Hb ниже 70 г/л)

Этиологическая классификация ЖДА (по Camaschella С., 2015 в модификации)

Причина	Примеры
Повышенное потребление железа	Быстрый рост в подростковом периоде, менструальные кровопотери, беременность во втором и третьем триместрах, донорство крови
Недостаточное алиментарное поступление железа	Недостаточное алиментарное поступление железа вследствие недоедания, обусловленного социальными причинами, вегетарианство и др.
Нарушение абсорбции железа	Гастроэктомиа, дуоденальный шунт, бариатрическая хирургия, целиакия, воспалительные заболевания кишечника, атрофический гастрит, глистная инвазия

Хронические- кровопотери	Из желудочно-кишечного тракта:эзофагит,гастрит,язважелудка,язвадвенадцатиперстнойкишки,дивертикулез,опухоли желудочно-кишечного тракта, воспалительныезаболевания кишечника, ангиодисплазия, геморрой,паразитоз,оккультные-кровотечения Из половых и мочевыводящих путей: обильные и/или продолжительные менструации, внутрисосудистый гемолиз (вт.ч.при пароксизмальной-ночной гемоглобинурии, аутоиммунной гемолитической анемии с холодowymi антителами, маршевая гемоглобинурия,микроангиопатический гемолиз,повреждение эритроцитов) Системные кровотечения, включая геморрагическую телеангиозктазию, хронический шистосомоз, синдром Мюнхгаузена
Связанные с лекарственнымипрепаратами	Глюкокортикостероиды,салицилаты,нестероидные противовоспалительные, ингибиторы протонной помпы
Наследственные	IRIDA(мутация в гене TMPRSS6) и более редкие причины
Эритропоз,ограниченный железом	Лечение с использованием эритропозитинов анемии-хроническихзаболеваний, хронической болезни почек

Диагностические критерии:

Жалобы и физикальное обследование:

Общеанемический синдром: слабость, повышенная утомляемость, головокружение, головные боли (чаще в вечернее время), одышка при физической нагрузке, ощущение сердцебиения, синкопальные состояния, мелькание «мушек» перед глазами при высоком уровне артериального давления, часто наблюдается умеренное повышение температуры, нередко сонливость днем и плохое засыпание ночью, раздражительность, нервность, конфликтность, плаксивость, снижение памяти и внимания, ухудшение аппетита. Выраженность жалоб зависит от адаптации к анемии. Лучшей адаптации способствует медленный темп анемизации.

Сидеропенический синдром:

- ☐ изменение кожи и ее придатков (сухость, шелушение, легкое образование трещин, бледность). Волосы тусклые, ломкие, «секутся», рано седеют, усиленно выпадают, изменения ногтей: истончение, ломкость, поперечная исчерченность, иногда ложкообразная вогнутость (койлонихии).
- ☐ изменения слизистых оболочек (глоссит, атрофия сосочков, трещины в углах рта, ангулярный стоматит).
- ☐ изменения со стороны желудочно-кишечного тракта (атрофический гастрит, атрофия слизистой пищевода, дисфагия). Затруднение глотания сухой и твердой пищи.
- ☐ мышечная система. Миастения (вследствие ослабления сфинктеров появляются императивные позывы на мочеиспускание, невозможность удерживать мочу при смехе, кашле, иногда ночью недержание мочи у детей). Следствием миастении могут быть невынашивание беременности, осложнения в процессе беременности и родов (снижение сократительной способности миометрия).
- ☐ пристрастие к необычным запахам.

☐ извращение вкуса. Выражается в стремлении есть что-либо малосъедобное. ☐ склонность к тахикардии, гипотонии.

Лабораторные исследования:

Лабораторные исследования при подозрении на ЖДА могут включать помимо ОАК с ретикулоцитами по казателям обмена железа также исследование уровня витамина В12, фолиевой кислоты, биохимические показатели (общий белок, креатинин, мочевины, глюкоза крови, общий билирубин, прямой билирубин, трансаминазы) и другие исследования в зависимости от особенностей клинической картины и широты дифференциально-диагностического поиска. План исследований также может расширяться для уточнения причин железо дефицита и исключения скрытых кровопотерь и проведения онкопоиска.

№ п/п	Лабораторный показатель	Референсный интервал (может меняться в зависимости от лаборатории)	Изменения при ЖДА
1	Морфологические изменения эритроцитов	нормоциты – 68% микроциты – 15,2% макроциты – 16,8%	Микроцитоз сочетается с анизоцитозом, пойкилоцитозом, в наличии анулоциты, плантоциты
2	Цветовой показатель	0,86 -1,05	Гипохромия показатель менее 0,86

3	Содержание гемоглобина	Женщины – не менее 120 г/л Мужчины – не менее 130 г/л	Уменьшено
4	МСН	27-31 пг	Менее 27 пг
5	МСНС	33-37%	Менее 33 %
6	МСV	80-100 фл	Снижен
9	Количество ретикулоцитов	2-10:1000	Неизменено
11	Железосыворотки	Женщины – 12-25 мкмоль/л Мужчины – 13-30 мкмоль/л	Снижено
12	Общая железосвязывающая способность сыворотки крови	30-85 мкмоль/л	Повышена
13	Латентная железосвязывающая способность сыворотки	Менее 47 мкмоль/л	Выше 47 мкмоль/л
14	Коэффициент насыщения трансферрина железом (TSat)	≥16%	Уменьшено
15	Уровень ферритина *	15-150 мкг/л	Уменьшение

*-показатель информативен только при отсутствии признаков системного воспалительного ответа (например - при нормальном уровне СРБ)

Инструментальные исследования:

С целью выявления источников кровопотери, патологии других органов и систем, в том числе солидных опухолей:

- ☐ фиброгастродуоденоскопия по показаниям;
- ☐ рентгенологическое исследование органов ЖКТ по показаниям;
- ☐ рентгенологическое исследование органов грудной клетки по показаниям;
- ☐ фиброколоноскопия по показаниям;
- ☐ ректороманоскопия по показаниям;
- ☐ УЗИ органов малого таза по показаниям;
- ☐ УЗИ органов брюшной полости по показаниям;

Показания для консультации специалистов:

- ☐ консультация хирурга – для исключения кровотечения из желудочно-кишечного тракта;
- ☐ консультация гастроэнтеролога – при подозрении и на мальабсорбцию или хронические кровопотери при патологии органов желудочно-кишечного тракта;
- ☐ консультация стоматолога – стоматологические проблемы, приводящие к анемии;
- ☐ консультация оториноларинголога – носовые кровотечения;
- ☐ консультация онколога – злокачественное поражение, которое является причиной кровотечения;
- ☐ консультация нефролога – исключение заболеваний почек при дифференциальной диагностике с анамнезом хронических заболеваний;

- ☐ консультация фтизиатра – кровотечение или вторичная анемия на фоне туберкулеза;
- ☐ консультация пульмонолога – кровохлежка по туберкулезу или вторичная анемия на фоне заболеваний бронхолегочной системы;
- ☐ консультация гинеколога – кровотечение из половых путей (ювенильные кровотечения, дисменорея и др.);
- ☐ консультация эндокринолога – снижение функции щитовидной железы, наличие диабетической нефропатии;
- ☐ консультация гематолога – для исключения заболеваний системы крови и при неэффективности ферротерапии у пациентов с верифицированным дефицитом железа;
- ☐ консультация проктолога – ректальные кровотечения;
- ☐ консультация инфекциониста – при наличии признаков гельминтоза или другого паразитоза, приводящего к анемии.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ

ЖДА является хроническим заболеванием, развитие которого требует времени, за которое успевают включиться механизмы адаптации и в большинстве случаев достигается компенсация. Пациенты сохраняют неплохое самочувствие и клинические проявления ЖДА минимальны. Поэтому лечение ЖДА должно проводиться амбулаторно. При использовании парентеральных препаратов железа возможна госпитализация в дневной стационар.

Лечебная программа при ЖДА включает:

- ☐ устранение этиологических факторов (лечение основного заболевания);
- ☐ лечебное питание (диета №11);
- ☐ лечение железосодержащими препаратами;
- ☐ восполнение запасов железа (терапия насыщения).
- ☐ противорецидивную терапию.

Немедикаментозное лечение:

- ☐ Диета. При железодефицитной анемии больному показана диета, богатая железом. Железо из продуктов животного происхождения всасывается в кишечнике в значительно больших количествах, чем из растительных продуктов.

Медикаментозное лечение:

ЖДА не может быть успешно излечена в случае, если не устранена ее причина. Основой патогенетической терапии ЖДА являются препараты железа. Трансфузии не заменяют ферротерапию. Ферротерапия может проводиться препаратами железа для приема внутрь и парентеральными препаратами.

Из парентеральных препаратов предпочтительнее использование внутривенных, т.к. введение внутримышечных болезненно, имеет переменную абсорбцию и может приводить к формированию инфильтратов.

Конечный результат терапии препаратами железа независимо от пути введения одинаков – рост уровня гемоглобина. Отличия между различными препаратами и различными путями введения заключаются в переносимости лечения и темпах прироста уровня гемоглобина.

Препараты железа для приема внутрь.

Основными принципами лечения ЖДА для приема внутрь являются следующие: ☐ назначение ПЖ с достаточным содержанием элементарного железа;

- ☐ нецелесообразность одновременного назначения витаминов группы В (в том числе В₁₂), фолиевой кислоты без специальных показаний в связи с отсутствием доказательств преимуществ в эффективности и безопасности перед монокомпонентными препаратами, невозможность отследить фармакокинетику препарата при наличии 3 и более компонентов в 1 таблетке;

- ☐ избегание назначения препаратов железа внутрь при наличии признаков нарушения всасывания в кишечнике;

☐ достаточная продолжительность насыщающего курса терапии (не менее 3 мес., может увеличиваться до 5-6 месяцев);

☐ необходимость проведения поддерживающей терапии ПЖ после нормализации показателей гемоглобина в соответствующих ситуациях.

Рекомендуемая суточная доза элементарного железа у большинства взрослых составляет 150-200 мг. [9] Применение более высоких доз не имеет смысла, поскольку всасывание железа при этом не увеличивается. Например, таблетка железа сульфата массой 325 мг содержит 65 элементарного железа, три таблетки – 195 мг железа из которых может быть адсорбировано и утилизировано только 25 мг. [10]

Терапия препаратами железа для приема внутрь должна проводиться в течение 3 месяцев для восполнения запасов в депо. [9]

При пероральной ферротерапии наиболее распространены гастроинтестинальные побочные эффекты. Они включают металлический вкус, тошноту, диарею, запор, потемнение стула.

Для уменьшения выраженности побочных эффектов возможно уменьшение дозы (перевод на однократный прием, например) или увеличение интервала приема, переход на прием другого препарата железа с меньшим содержанием элементарного железа, переход таблеток на жидкие лекарственные формы, которые позволяют более просто подбирать переносимую дозу, отмена пероральных препаратов и назначение внутривенных.

Причины неэффективности терапии ПЖ для приема внутрь:

☐ отсутствие дефицита железа (неправильная трактовка природы гипохромной анемии и ошибочное назначение ПЖ);

☐ недостаточная дозировка ПЖ (недоучет количества трехвалентного железа в препарате);

☐ недостаточная длительность лечения ПЖ;

☐ нарушение всасывания ПЖ, назначаемых внутрь больным с соответствующей патологией;

☐ одновременный прием препаратов, нарушающих всасывание железа;

☐ наличие хронических (оккультных) кровопотерь, чаще всего из органов ЖКТ;

☐ сочетание ЖДА с другими анемическими синдромами (В12-дефицитной, фолиеводефицитной).

Парентеральные препараты железа.

Показания для назначения парентеральных препаратов железа:

☐ нарушение всасывания при патологии кишечника (энтериты, синдром недостаточности всасывания, резекция тонкого кишечника, резекция желудка по методу Бильрот II с выключением двенадцатиперстной кишки);

☐ выраженные гастроинтестинальные побочные эффекты пероральной терапии, неустраняемые другими способами;

☐ постоянные потери крови, при которых потребность в железе превышает физиологически возможную;

☐ для всасывания железа (например, тяжелое маточное кровотечение, наследственная геморрагическая телеангиоэктазия, поражение слизистых оболочек);

☐ пожелание пациента о быстром (за 1-2 визита) восполнении дефицита железа и отказ от продолжительной многомесячной ферротерапии;

Дальнейшее ведение:

☐ Для пациентов, получающих пероральную ферротерапию контрольные исследования ОАК следует проводить через 1-2 недели от начала лечения.

☐ При терапии парентеральными препаратами, особенно однократным введением, контрольные исследования ОАК могут проводиться через 4-8 недель от введения препарата.

☐ Пациенты с продолжающимися кровотечениями (например, с наследственной геморрагической телеангиоэктазией) нуждаются в более частом контроле.

NB! Причиной рецидива ЖДА могут быть недостаточная длительность приема пероральных препаратов, продолжающиеся потеря крови, некорректный диагноз ЖДА, наличие дополнительных причин для развития анемии.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Госпитализация в круглосуточный стационар может проводиться только в исключительных случаях при наличии признаков гемодинамической нестабильности, обусловленной только подтвержденной ЖДА при исключении всех других причин гемодинамической нестабильности.

Показания для плановой госпитализации: нет.

Показания для экстренной госпитализации:

Экстренная госпитализация пациента с ЖДА показана только при наличии признаков гемодинамической нестабильности при исключении других причин гемодинамической нестабильности:

- ☐ при выявленном источнике кровотечения в зависимости от источника кровопотери: в отделении хирургического профиля (хирургия, гинекология, проктология и т.д.);
- ☐ при отсутствии установленного кровотечения – госпитализация в терапевтическое отделение.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 9: Сахарный диабет в практике ВОП.

2. Цель: диагностика и лечение сахарного диабета в практике ВОП на амбулаторном уровне.

3. Тезис лекции:

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических (обменных) заболеваний, характеризующихся хронической гипергликемией, которая является результатом нарушения секреции инсулина, действия инсулина или обоих этих факторов. Хроническая гипергликемия при СД сопровождается повреждением, дисфункцией и недостаточностью различных органов, особенно глаз, почек, нервов, сердца и кровеносных сосудов.

Классификация:

Клиническая классификация СД

СД 1 типа	Деструкция β -клеток поджелудочной железы, обычно приводящая к абсолютной инсулиновой недостаточности
СД 2 типа	Прогрессирующее нарушение секреции инсулина на фоне инсулинорезистентности

Другие специфические типы СД	–генетические дефектыфункцииβ-клеток;–генетические дефектыдействия инсулина; –заболевания экзокринной части поджелудочной железы; –индуцированныйлекарственными препаратамиили химическими веществами (при лечении ВИЧ/СПИДили послетрансплантации органов); –эндокринопатии; –инфекции; –другие генетические синдромы,сочетающиеся сСД
ГестационныйСД	Возникает вовремябеременности

Диагностические критерии:

Жалобы

- ☐ слабость;
- ☐ недомогание;
- ☐ снижениеработоспособности;
- ☐ апатия;
- ☐ кожный и влагалищный зуд.
- ☐ полиурия;
- ☐ полидипсия;
- ☐ жалобы на периодическую нечеткость зрения;
- ☐ ощущение жара в стопах;
- ☐ судороги внижнихконечностяхипарестезии в ночное время;
- ☐ дистрофические изменения кожи и ногтей на стопах.

Анамнез:

Заболеваниеобычноманифестирует ввозрастестарше40лет,ему предшествует наличие компонентов метаболического синдрома (ожирение, артериальная гипертония и т.д.).

Физикальное обследование:

Пациенты с СД 2 типа имеют:

- ☐ признаки ИР: висцеральное ожирение, АГ, черный акантоз; ☐ увеличение размеров печени;
- ☐ признаки дегидратации (сухость слизистых, кожи, снижение тургора кожи, гипотония);
- ☐ признаки гипокалиемии (экстрасистолии, мышечная слабость, атония кишечника);
- ☐ признаки нейропатии (парестезии, дистрофические изменения кожи и ногтей, язвенные дефекты стоп).

Лабораторные исследования: ☐

- ☐ Определение глюкозы крови;
- ☐ Определение HbA1c.

Диагностические критерии сахарного диабета и других нарушений гликемии

Время определения	Концентрация глюкозы, ммоль/л*	
	Цельная капиллярная кровь	Венозная плазма
НОРМА		
Натощак	< 5,6	< 6,1
через 2 часа после ПГТТ	< 7,8	< 7,8
Сахарный диабет		
Натощак	≥ 6,1	≥ 7,0
или через 2 часа после ПГТТ	≥ 11,1	≥ 11,1
или случайное определение	≥ 11,1	≥ 11,1

НbA1c (гликозилированный гемоглобин) как диагностический критерий СД:
В качестве диагностического критерия СД выбран уровень НbA1c ≥ 6,5% (48 ммоль/моль).
 Нормальным считается уровень НbA1c до 5,7%, при условии, что его определение произведено методом National Glicohemoglobin Standardization Program (NGSP), по стандартизованным Diabetes Control and Complications Trial (DCCT).
 В случае отсутствия симптомов острой метаболической декомпенсации диагноз должен быть поставлен на основании двух цифр, находящихся в диабетическом диапазоне, например, дважды определен- ный НbA1c или однократное определение НbA1c + как минимум однократное определение уровня глюкозы.

Диагностические критерии СД

НbA1c ≥ 6,5%	Гликемия натощак ≥ 7,0
Гликемия через 2 часа после ПГТТ ≥ 11,1	У больного с классическими симптомами гипергликемии гликемия в любое время ≥ 11,1 ммоль/л

Инструментальные исследования (по показаниям):

- ☐ ЭКГ – для выявления нарушений ритма, ишемии миокарда, признаков гипертрофии миокарда левого желудочка, систолической перегрузки;
- ☐ ЭхоКГ – для выявления признаков дистрофии отдельных участков миокарда, зон ишемии, снижения показателей фракции изгнания, дилатации полостей сердца, гипертрофии миокарда;
- ☐ УЗИ органов брюшной полости – для выявления сопутствующей патологии;
- ☐ УЗДГ сосудов нижних конечностей – для выявления изменений скоростных показателей тока крови в магистральных артериях и артериях стоп;
- ☐ холтеровское мониторирование – для выявления скрытых подъемов АД, аритмии;
- ☐ система СМГ – метод суточного непрерывного мониторирования гликемии с целью подбора и коррекции сахароснижающей терапии, обучения пациента и вовлечения их в процесс лечения;
- ☐ рентгенография стоп – для оценки степени тяжести и глубины повреждения тканей при синдроме диабетической стопы;

- ☐ микробиологическое исследование раневого отделяемого при трофических поражениях стоп – для рациональной антибиотикотерапии;
- ☐ электромиография нижних конечностей – для ранней диагностики диабетической полинейропатии.

Показания для консультаций специалистов

Специалист	Цели консультации
Консультация офтальмолога	Для диагностики и лечения диабетического поражения глаз – по показаниям
Консультация невролога	Для диагностики и лечения осложнений диабета – по показаниям
Консультация нефролога	Для диагностики и лечения осложнений диабета – по показаниям
Консультация кардиолога	Для диагностики и лечения осложнений диабета – по показаниям
Консультация ангиохирурга	Для диагностики и лечения осложнений диабета – по показаниям

Алгоритм скрининга и диагностики сахарного диабета 2 типа.

Методы скрининга СД 2 типа

Для выявления пациентов, возможно, имеющих диабет 2 типа, проводится скрининг. Скрининг СД 2 типа начинается с определения гликемии натощак. В случае обнаружения нормогликемии и нарушения гликемии натощак (НГН) – больше 5,5 ммоль/л, но меньше 6,1 ммоль/л – по капиллярной крови больше 6,1 ммоль/л, но меньше 7,0 ммоль/л – по венозной плазме назначается проведение перорального глюкозотолерантного теста (ПГТТ).

ПГТТ не проводится:

- ☐ на фоне острого заболевания;
- ☐ на фоне кратковременного приема препаратов, повышающих уровень гликемии (глюкокортикоиды, тиреоидные гормоны, тиазиды, бета-адреноблокаторы и др.)

ПГТТ следует проводить утром на фоне не менее чем 3-дневного неограниченного питания (более 150 г углеводов в сутки). Тесту должно предшествовать ночное голодание в течение минимум 8-14 часов (можно пить воду). После забора крови натощак испытуемый должен не менее чем за 5 мин выпить 75 г безводной глюкозы или 82,5 г моногидрата глюкозы, растворенных в 250-300 мл воды. Для детей нагрузка составляет 1,75 г безводной глюкозы на кг массы тела, но не более 75 г. Через 2 часа осуществляется повторный забор крови.

Показания к проведению скрининга на бессимптомный диабет

Скринингу подлежат все лица, имеющие ИМТ $\geq 25 \text{ кг/м}^2$ и ниже перечисленные факторы риска:

- ☐ малоподвижный образ жизни;
- ☐ родственники 1-й или 2-й степени родства, страдающие сахарным диабетом; ☐ этнические популяции с высоким риском сахарного диабета;
- ☐ женщины, имеющие в анамнезе роды крупным плодом или установленный гестационный диабет;
- ☐ гипертензия ($\geq 140/90$ мм рт.ст. или на антигипертензивной терапии);
- ☐ уровень ЛПВП 0,9 ммоль/л (или 35 мг/дл) и/или уровень триглицеридов $\geq 2,82$ ммоль/л (250 мг/дл);
- ☐ наличие $\text{HbA}_{1c} \geq 5,7\%$, предшествующих нарушенной толерантности к глюкозе или нарушенной гликемии натощак;
- ☐ сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе;

- ☐ другие клинические состояния, ассоциированные с инсулинорезистентностью (в том числе ожирение тяжелой степени, черный акантоз);
- ☐ синдром поликистозных яичников.

Если тест нормальный, необходимо повторять его каждые 3 года. В случае отсутствия факторов риска, скрининг проводится всем лицам старше 45 лет. Если тест нормальный, необходимо повторять его каждые 3 года.

Дифференциальный диагноз

Критерии дифференциальной диагностики СД 1 типа и СД 2 типа

СД 1 типа	СД 2 типа
Молодой возраст, острое начало (жажда, полиурия, похудание, наличие ацетона в моче)	Ожирение, АГ, малоподвижный образ жизни, наличие СД у ближайших родственников
Аутоиммунная деструкция β -клеток островков поджелудочной железы	Инсулинорезистентность в сочетании с секреторной дисфункцией β -клеток
Низкий уровень ИРИ, С-пептида, высокий титр специфических антител: GAD, IA-2, к островковым клеткам	Повышенный уровень ИРИ, С-пептида в крови, отсутствие специфических антител: GAD, IA-2, к островковым клеткам

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

Амбулаторному лечению подлежат пациенты с СД 2 типа без острых осложнений.

Цели лечения:

- ☐ достижение индивидуальных целевых уровней гликемии и HbA_{1c};
- ☐ нормализация АД;
- нормализация липидного обмена;
 - профилактика осложнений СД.

Данным целевым уровням HbA_{1c} будут соответствовать следующие целевые значения пре/постпридиального уровня глюкозы плазмы

HbA _{1c}	Глюкоза плазмы натощак/ перед едой, ммоль/л	Глюкоза плазмы через 2 часа после еды, ммоль/л
< 6,5	< 6,5	< 8,0
< 7,0	< 7,0	< 9,0
< 7,5	< 7,5	< 10,0
< 8,0	< 8,0	< 11,0

Целевые показатели липидного обмена больных СД

Группы риска	Целевые значения ХС ЛПНП, ммоль/л
С умеренным сердечно-сосудистым риском	< 2,6
С высоким сердечно-сосудистым риском	< 1,8

Сочень высокимсердечно-сосу- дистым риском	<1,4илиснижена 50%
---	--------------------

Целевые показатели АД у больных СД

Возраст	Систолическое АД, ммрт. ст. *	Диастолическое АД мм рт.ст. *
18-65лет	≥ 120 и<130	≥ 70и <80
> 65лет	≥ 130 и<140	

Тактикалечения СД 2 типа:

- ☐ Диетотерапия;
- ☐ Физическаяактивность;
- ☐ Обучение и самоконтроль;
- ☐ Сахароснижающиепрепараты.

Немедикаментозное лечение:

- ☐ Диета№ 9
- ☐ Физическаяактивность –с учетомсостояния сердечно-сосудистойсистемы ☐ Обуче-
ние в Школедиабета
- ☐ Самоконтроль иСМГ (суточный непрерывный мониторинг глюкозы)

Медикаментозное лечение:

Общиепринципы начала иинтенсификациисахароснижающей терапии(ССТ):

- ☐ стратификациялечебнойтактикив зависимостиотисходногоуровняHbA1c, выявленногопри-
постановкедиагноза СД 2типаисостояния пациента;
- ☐ мониторингэффективностиССТпоуровнюHbA1cосуществляетсякаждые3 мес;
- ☐ изменение(интенсификация)ССТприее неэффективности(т.е.приотсутствии достиженияин-
дивидуальныхцелейHbA1c)выполняетсянепозднеечемчерез3-6 мес.

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):

Фармакологическая группа	Международное непатентованное наименова- ние ЛС
Препараты СМ	Гликлазид
	Глимепирид
	Глибенкламид
Глиниды	Репаглинид
Бигуаниды	Метформин
ТЗД (глитазоны)	Пиоглитазон
Ингибиторы α-глюкозидазы	Акарбоза
арГПП-1	Дулаглутид
	Лираглутид
	Ликсисенатид
	Эксенатид
идПП-4	Ситаглиптин
	Алоглиптин

	Вилдаглиптин
	Линаглиптин
иНГЛТ-2	Эмпаглифлозин
	Дапаглифлозин
	Канаглифлозин
Комбинированные препараты	Ситаглиптин+Метформин
	Алоглиптин+Метформин
	Вилдаглиптин+Метформин
	Линаглиптин+Метформин
	Дапаглифлозин+Метформин
	Эмпаглифлозин+Метформин
	Канаглифлозин+Метформин
	Линаглиптин+Эмпаглифлозин
Инсулиныультракороткого действия(аналогиинсулина человека)	Инсулинлизпро
	Инсулинаспарт
	Инсулинглулизин
Инсулины короткого действия	Инсулинрастворимый человеческий генно-инженерный
Инсулины сред-нейпродолжительности действия	Изофан-инсулин человеческий генно-инженерный
Инсулины длительного действия(аналогиинсулина человека)	Инсулинларгин 100 ЕД/мл
	Инсулиндетемир 100 ЕД/мл
Инсулины сверхдлительного действия(аналоги инсулина человека)	Инсулиндеглудек
	Инсулинларгин300 ЕД/мл
ГотовыесмесиинсулиновкороткогодействияиНПХ-инсулинов	Инсулиндвухфазный человеческий генно-инженерный
Готовыесмесианалоговинсулинаультракороткогодействия	Инсулинлизпродвухфазный 25/75
протаминированных аналогкороткогодействия	Инсулинлизпродвухфазный 50/50
	Инсулинаспартдвухфазный

Готовые комбинации Аналогов инсулина сверхдлительного действия и аналогов инсулина ультракороткого действия	Инсулиндегludeк+ Инсулинаспартв соотношении 70/30
Комбинированные инъекционные препараты	Инсулинларгин+ лисисенатид
длительного и сверхдлительного инсулина и агПП-1	Инсулиндегludeк + лираглутид

Индикаторы эффективности лечения:

- ☐ достижение индивидуальных целей HbA1c и гликемии;
- ☐ достижение целевых показателей липидного обмена; ☐ достижение целевых уровней АД;
- ☐ развитие мотивации к самоконтролю.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

Показания для плановой госпитализации:

- ☐ состояние декомпенсации углеводного обмена, некорректируемое в амбулаторных условиях;
- ☐ часто повторяющиеся гипогликемии в течение месяца и более;
- ☐ прогрессирование неврологических и сосудистых (ретинопатия, нефропатия) осложнений СД 2 типа, синдром диабетической стопы;
- ☐ беременные с СД 2 типа, выявленным вовремя беременности.

Показания для экстренной госпитализации:

- ☐ комы – гиперосмолярная, гипогликемическая, кетоацидотическая, молочнокислая.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 10: Организация лечебно-профилактической помощи детям на уровне ПМСП.

2. Цель: ознакомить с правилами оказания консультативной, диагностической, лечебно-профилактической помощи, проведения диспансеризации и медицинской реабилитации детям на амбулаторно-поликлиническом уровне.

3. Тезис лекции:

Организация педиатрической помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне

Организации здравоохранения, оказывающие амбулаторно-поликлиническую помощь детям осуществляют свою деятельность согласно Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь, утвержденного приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных и правовых актов под № 6774).

Мониторинг развития ребенка со дня выписки из организации родовспоможения или родильного отделения многопрофильного стационара осуществляется согласно форме № 112, утвержденной Приказом № 907.

На амбулаторно-поликлиническом уровне в соответствии с Правилами оказания первичной медико-санитарной помощи и Правилами прикрепления граждан к организациям первичной медико-санитарной помощи, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 28 апреля 2015 года № 281 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных и правовых актов под № 11268) проводится:

- 1) консультативная, диагностическая, лечебная помощь, проведение диспансеризации и медицинской реабилитации детям;
- 2) патронажи и активные посещения беременных, новорожденных и детей раннего возраста в соответствии с универсально-прогрессивной моделью патронажной службы;
- 3) планирование, организация и проведение вакцинации в соответствии со сроками профилактических прививок, утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан от 30 декабря 2009 года № 2295 "Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся профилактические прививки, Правил их проведения и групп населения, подлежащих плановым прививкам";
- 4) направление детей на консультации к профильным специалистам при наличии показаний;
- 5) выявление острых и хронических заболеваний, своевременное проведение экстренных и плановых лечебных мероприятий;
- 6) направление детей в круглосуточный стационар, дневной стационар и организация стационара на дому при наличии показаний;
- 7) динамическое наблюдение за детьми с хроническими заболеваниями, состоящими на диспансерном учете, лечение и оздоровление;
- 8) восстановительное лечение и медицинская реабилитация;
- 9) проведение скрининговых обследований в соответствии с приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9 сентября 2010 года № 704 "Об утверждении Правил организации скрининга" (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 6490) для выявления врожденной патологии и нарушений психофизического развития, зрительных и слуховых функций у детей раннего возраста;
- 10) организация оздоровления детей перед поступлением их в дошкольные или школьные учреждения;
- 11) информационная работа с родителями и членами семей или с их законными представителями по вопросам рационального питания, профилактики детских болезней и формирования здорового образа жизни.

Оказание неотложной медицинской помощи детям в медицинской организации (или медицинском пункте) осуществляется в соответствии с клиническими протоколами диагностики и лечения, утвержденными Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министрства здравоохранения Республики Казахстан.

Для оказания неотложной медицинской помощи детям в медицинской организации (или медицинском пункте) обеспечивается наличие лекарственных средств и изделий медицинского назначения согласно клиническим протоколам

диагностики и лечения, утвержденным Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан.

Медикаменты и изделия медицинского назначения для оказания неотложной медицинской помощи на амбулаторно-поликлиническом уровне находятся в специальных пластиковых укладках - "чемоданах" из обрабатываемого материала, которые легко переносятся и размещены в удобном и доступном месте.

Объем оказанной экстренной медицинской помощи пациенту регистрируется в листе назначения и наблюдения с указанием частоты сердечных сокращений, уровня артериального давления, пульса, температуры тела, наименования и дозы лекарственного препарата, методов и времени введения.

Оказание медицинской помощи обучающимся и воспитанникам организаций образования осуществляется согласно [Правилам](#) оказания медицинской помощи обучающимся и воспитанникам организаций образования, утвержденным приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2017 года № 141 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под № 15131).

При выявлении хронических заболеваний осуществляется взятие на диспансерный учет по показаниям с записью осмотра в медицинской карте амбулаторного больного по форме № 025/у, утвержденной Приказом № 907, составлением плана ведения, оформлением контрольной карты диспансерного наблюдения по форме № 30/у, утвержденной Приказом № 907.

Выполняются противоэпидемические и профилактические мероприятия на участке для предупреждения распространения инфекций среди детей.

Учет профилактических прививок, осуществляется соответствующими записями в учетных формах, которые хранятся на объектах здравоохранения по месту проведения прививок, на объектах образования, дошкольного воспитания и обучения: журнал учета профилактических прививок по форме № 064/у, история развития ребенка по форме № 112/у, карта профилактических прививок по форме № 063/у, медицинская карта ребенка по форме № 026/у, утвержденным Приказом № 907.

Врач педиатр или ВОП осуществляет оформление медицинской документации детей на санаторно-курортное лечение.

Оформление и выдача листов (справок) о временной нетрудоспособности родителям (опекунам) по уходу за больным ребенком по показаниям, справка о временной нетрудоспособности для освобождения ребенка от посещения дошкольных и школьных учреждений на период заболеваний осуществляется согласно [Правилам](#) проведения экспертизы временной нетрудоспособности, выдачи листа и справок о временной нетрудоспособности, утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 31 марта 2015 года № 183 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10964).

Вопрос об освобождении детей, обучающихся в организациях образования от переводных и выпускных экзаменов при заболеваниях решается на врачебно-консультативной комиссии (далее – ВКК).

При выявлении у ребенка стойких нарушений функций организма с результатами обследования в медицинской карте амбулаторного больного на ВКК рассматривается вопрос о направлении на медико-социальную экспертизу, в соответствии с [Правилами](#) проведения медико-социальной экспертизы, утвержденными приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 30 января 2015 года № 44 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за № 10589).

При установлении инвалидности проводится разработка и выполнение индивидуальных программ реабилитации детей с ограниченными возможностями, в том числе с привлечением социальных служб.

Педиатр, ВОП и средний медицинский работник осуществляет ведение учетной и отчетной документации с предоставлением отчетов по основным медико-статистическим показателям заболеваемости, инвалидности и смертности у детей обслуживаемой территории руководителю подразделением (заведующему отделением).

Оказание профилактической помощи детям на уровне МО ПМСП осуществляется путем организации:

1) работы кабинета развития ребенка (далее – КРР) во всех медицинских организациях, оказывающих ПМСП детскому населению, оснащение КРР осуществляется согласно [приложению 1](#) к настоящему Стандарту;

2) неонатального скрининга, аудиологического скрининга новорожденных и детей раннего возраста, скрининга психофизического развития детей раннего возраста, офтальмологического скрининга недоношенных новорожденных в целях ранней диагностики врожденных и наследственных заболеваний у детей, снижения детской заболеваемости и инвалидности;

3) патронажного наблюдения на дому беременных, новорожденных и детей раннего возраста.

Врач или средний медицинский работник КРР проводит мероприятия по:

консультированию по вопросам ухода за детьми раннего возраста и формированию родительских навыков у матерей и членов их семей, разъяснению значения игр, чтения, общения для развития ребенка;

информированию беременной или кормящей матери о правильном питании, вопросах планирования семьи, беременности, по вопросам поддержки грудного вскармливания;

обучению родителя(ей) навыкам своевременного введения прикормов и их практического приготовления с учетом санитарных норм безопасности и энергетической потребности;

разъяснению родителю(ям) мер по созданию безопасной среды для детей, предупреждающей травмы, отравления и несчастные случаи;

мониторингу психомоторного и речевого развития ребенка и консультированию родителей по выявленным проблемам;

консультированию по вопросам ухода за больными детьми на дому и за детьми с отклонениями в развитии;

профилактике бытового насилия и жестокого обращения с ребенком.

Профилактический прием (наблюдение) детей в МО включает комплексную оценку и мониторинг развития ребенка: физического, полового развития, оценку слуха, зрения, мелкой и крупной моторики, экспрессивной и рецептивной речи, эмоций, способности к саморегуляции и установлению отношений, играм и взаимному участию.

При выявлении хронических заболеваний, нарушений слуха и зрения, аномалий развития органов чувств, а также стеноза гортани и трахеи, участковый врач направляет ребенка к профильным специалистам для уточнения диагноза и назначения лечения.

При выявлении детей с риском отставания в психофизическом развитии, со снижением слуха и зрения, неврологической симптоматики медицинский работник направляет их на психолого-медико-педагогическую консультацию.

Пациенты с задержкой нервно-психического развития вследствие соматической патологии, синкопальных состояний, синдрома "вялого ребенка", с фебрильными судорогами после исключения патологии нервной системы врачом по специальности "Неврология (детская)" наблюдаются педиатрами.

При отсутствии врача по специальности "Неврология (детская)" вопросы организации и проведения дополнительного обследования или госпитализации в профильное отделение стационара для оказания стационарной специализированной медицинской помощи решает участковый педиатр или ВОП.

КДП детям оказывается профильными специалистами в консультативно-диагностическом центре или поликлинике (отделении) по направлению врача ПМСП или другого специалиста, за исключением случаев оказания экстренной и неотложной медицинской помощи.

Организация патронажного наблюдения на дому беременных, новорожденных и детей раннего возраста проводится на основе универсально-прогрессивной модели, рекомендуемой Детским фондом ООН (ЮНИСЕФ) с целью выявления и снижения рисков медицинского или социального характера, угрожающих жизни, здоровью, развитию ребенка, а также уменьшения количества обязательных посещений в семье, не имеющих рисков. При универсально-прогрессивной модели патронажа наряду с обязательными плановыми посещениями (универсальный подход), внедряются дополнительные активные посещения по индивидуальному плану (прогрессивный подход) для беременных, новорожденных и детей, нуждающихся в особой поддержке, в связи с наличием медицинских или социальных рисков для жизни, здоровья или развития ребенка.

Универсальное (обязательное) патронажное наблюдение предоставляется всем беременным женщинам и детям до 5 лет и состоит из 2 дородовых патронажей к беременной женщине (в сроки до 12 недель и 32 недели беременности) и 9 посещений к детям по Общей схеме наблюдения беременных, новорожденных и детей до 5 лет врачом/фельдшером и средним медицинским работником на дому и на приеме в МО на уровне ПМСП согласно [приложению 2](#) к настоящему Стандарту.

Прогрессивный подход предусматривает патронажное наблюдение беременных женщин и детей, у которых были выявлены риски медицинского или социального характера, представляющие угрозу для их жизни, здоровья, развития и безопасности по Схеме универсально-прогрессивной модели патронажа беременных и детей до 5 лет (патронажных посещений на дому средним медицинским работником) согласно [приложению 3](#) к настоящему Стандарту.

При выявлении умеренного риска (в том числе проблем с грудным вскармливанием, прикормом, затруднений с навыками гигиены, с игрой, общением и других) средний медицинский работник проводит работу по устранению самостоятельно или совместно с участковым врачом. В случае высокого риска (жестокое обращение, насилие, пренебрежение, инвалидность ребенка и другое), когда семья нуждается в социальном сопровождении, сведения передаются социальному работнику, психологу или представителям других секторов при необходимости (образования, социальной защиты, внутренних дел, акиматов, неправительственных организаций и других).

При патронажном посещении на дому новорожденных и детей раннего возраста фельдшер или медицинская сестра берет с собой детский тонометр, измерительную ленту, термометр.

При патронажном посещении беременной женщины средний медицинский работник:

- 1) спрашивает у беременной женщины жалобы, измеряет артериальное давление, осматривает на наличие отеков и признаков анемии;
- 2) оценивает настроение (наличие депрессии), безопасность домашней обстановки и условий жизни, гигиену помещения и личную гигиену, факторы риска беременности;
- 3) информирует о физических и психических изменениях, связанных с беременностью; о вредных последствиях стресса при беременности; о вредных последствиях курения и употребления алкоголя и наркотиков;
- 4) дает рекомендации по сбалансированному питанию, контролю веса, физической активности, соблюдению гигиены полости рта, соблюдению личной гигиены;
- 5) обучает семью тревожным признакам беременности, когда необходимо немедленно обратиться к врачу и планирует дородовое наблюдение у терапевта и гинеколога;
- 6) консультирует и обучает подготовке к родам, как подготовить комнату, место, предметы ухода и одежду для новорожденного, основному уходу за новорожденным, значению исключительно грудного вскармливания и технике грудного вскармливания.

46. При патронажном посещении новорожденного средний медицинский работник:

1) оценивает признаки заболевания или местной бактериальной инфекции у новорожденного и при их наличии немедленно информирует врача;

2) оценивает настроение матери (родителя или иного законного представителя) с целью выявления депрессии, безопасность домашней среды и потребности новорожденного;

3) спрашивает о самочувствии родильницы (жалобы, состояние молочных желез, физическая активность, питание, сон, контрацепция);

4) информирует, консультирует и обучает мать (родителя или иного законного представителя) основному уходу за новорожденным: грудное вскармливание, температурный режим, уход в целях развития и настроенность на ребенка, участие обоих родителей (при наличии) в воспитании ребенка, вопросы гигиены и мытья рук, безопасность при купании, безопасность во сне, предупреждение синдрома внезапной смерти, гигиенический уход за пуповиной и кожей;

5) обучает семью опасным признакам заболеваний, при которых необходимо немедленно обратиться в медицинскую организацию: проблемы с кормлением, сниженная активность новорожденного, учащенное дыхание более 60 в минуту, трудности с дыханием, лихорадка или снижение температуры, судороги, озноб и другие;

6) содействует проведению своевременной вакцинации;

7) проводит первичную оценку социальных рисков, угрожающих жизни, здоровью, безопасности и развитию ребенка и в случае выявления рисков информирует социального работника МО, оказывающей амбулаторно-поликлиническую помощь;

8) выявляет новорожденных, нуждающихся в дополнительной помощи и планирует для них индивидуальные посещения (дети с низкой массой тела при рождении, больные или рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей).

При патронажном посещении детей раннего возраста средний медицинский работник:

1) оценивает общие признаки опасности, основные симптомы заболеваний (кашель, диарея, лихорадка и другие), проверяет наличие анемии или низкого веса; оценивает настроение матери (родителя или иного законного представителя) с целью выявления депрессии; потребности ребенка в зависимости от возраста; безопасность домашней обстановки в плане травм и несчастных случаев; признаки пренебрежения, жестокого обращения и насилия по отношению к ребенку;

2) проводит мониторинг физического, моторного, психосоциального развития;

3) спрашивает о самочувствии родильницы (жалобы, состояние молочных желез, физическая активность, питание, сон, контрацепция), родильницу по вопросам исключительно грудного вскармливания до 6 месяцев, введению прикорма в 6 месяцев;

4) обучает родителя(ей) или законного представителя содействию развитию ребенка через игру, общение, чтение; вопросам гигиены, совместному участию в воспитании ребенка обоих родителей (при наличии), опасным признакам заболеваний, при которых необходимо немедленно обратиться за медицинской помощью;

5) информирует родителя(ей) или законного представителя о признаках болезней детского возраста (кашель, диарея, температура и другие) и дает рекомендации при их возникновении;

6) содействует проведению вакцинации;

7) проводит оценку социальных рисков, угрожающих жизни, здоровью, безопасности и развитию ребенка и в случае выявления рисков информирует социального работника поликлиники.

В случае выявления умеренного риска средний медицинский работник совместно с социальным работником, психологом и с участием беременной женщины или родителя(ей) ребенка или законного представителя составляет в рамках прогрессивного подхода индивидуальный план мероприятий патронажного наблюдения с целью снижения или устранения рисков для жизни,

здоровья, развития и безопасности ребенка включает оценку потребностей ребенка, анализ положения ребенка в семье, информирование старшей медицинской (ого)сестры/брата, участкового врача, заведующего отделением и социального работника.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 11: Рахит и рахитогенные состояния.

2. Цель: Диагностика и лечение рахита на амбулаторном уровне.

3. Тезис лекции:

Рахит – это группа заболеваний детского организма, связанная с недостаточным поступлением-витамина D или нарушением процессов его метаболизма, приводящая к нарушению многих видов обмена веществ и в первую очередь фосфорно-кальциевого (КФО), что обуславливает поражение многих органов и систем, но главным образом, костного скелета (Майданник В.Г., 2014 г). Витамин D – дефицитный рахит – заболевание интенсивно растущего детского организма, обусловленное нарушением регуляции КФО и минерализации костной ткани в результате дефицита витамина D (Майданник В.Г., 2014г).

Клиническая классификация, Дулицкий С.О., 1947г.

Тяжесть	Течение	Период
I Легкая II средней тяжести III Тяжелое	Острое Подострое Рецидивирующее	Начальных проявлений Разгара Реконвалесценции Остаточных изменений

Вторичный рахит часто возникает:

- ☐ при синдроме мальабсорбции;
- ☐ при хронических болезнях почек и желчевыводящих путей;
- ☐ при болезнях обмена веществ (тирозинемия, цистинурия и др.);
- ☐ вызванный длительным применением противосудорожных средств (фенобарбитал), диуретиков, кортикостероидов, а парентеральным питанием.

Витамин D-зависимый рахит:

- ☐ Тип I — генетический дефект синтеза в почках 1,25-дигидроксивитамина D — 1,25(OH)₂D.
- ☐ Тип II — генетическая резистентность рецепторов органов-мишеней к 1,25(OH)₂D.

Витамин D-резистентный рахит:

- ☐ Фосфат-диабет;
- ☐ Синдром де Тони — Дебре — Фанкони (de Toni-Debré-Fanconi);
- ☐ Гипофосфатазия;
- ☐ Почечный тубулярный ацидоз.

Диагностические критерии

Жалобы: беспокойство, пугливость, раздражительность, гиперестезия, снижение аппетита, нарушения сна, вздрагивание при засыпании, громком звуке, вспышке света; повышенная потливость, ребенок трет голову о подушку, облысение затылка; деформация костей головы, грудной клетки, позвоночника, конечностей; отставание в физическом развитии, запаздывание прорезывания зубов

Анамнез: заболевание выявляется с 3-4 месячного возраста, хотя первые симптомы могут появиться в 1–1,5 месяца. Выявление факторов риска

Физикальное обследование:

Клинические критерии:

- ☐ Симптомы остеомалиции (размягчение, обеднения кальцием кости – преобладают при остром течении рахита) – податливость костей черепа, краев родничка, крапчатость, брахицефалия, деформация костей черепа, конечностей, ключиц, плоский таз, эрозии и кариес зубов.
- ☐ Симптомы остеонной гиперплазии (преобладают при остром течении рахита) – лобные и теменные бугры, реберные «четки», надмышечковые утолщения голени, «браслетки» на предплечьях, «нити жемчуга» на пальцах.
- ☐ Симптомы гипоплазии костной ткани – задержка роста с характерной «коротконогостью», позднее прорезывание молочных и постоянных зубов, позднее закрытие родничка.
- ☐ Симптомы мышечной гипотонии – искривление позвоночника с кифом, сколиозом, деформацией грудной клетки с развернутой нижней апертурой, вялость и дряблость мышц, разболтанность суставов, «лягушачий» живот.
- ☐ Задержка статических и локомоторных функций.

I – легкая – соответствует начальному периоду рахита.

Незначительные нарушения общего состояния: нервная возбудимость, беспокойство, вздрагивания при резком звуке, вспышке света, нарушения ритма сна, поверхностный «тревожный» сон. Потливость (липкий пот с кислым запахом), зуд кожи, ребенок трет затылок о подушку, что приводит к облысению затылка. Состояние костной системы: податливость краев большого родничка.

II – средней тяжести – умеренно выраженные изменения костной системы и внутренних органов. отчетливые деформации черепа, грудной клетки, небольшое увеличение печени и селезенки, умеренная анемия;

- ☐ со стороны ЦНС – задерживается развитие статических и локомоторных функций, позже начинают поднимать голову, сидеть, вставать и ходить, пассивные движения обычно вызывают у них отрицательную реакцию, нарушается поведение, сон, аппетит;
- ☐ со стороны мышечной системы – выраженная мышечная гипотония и слабость связочного аппарата: в положении на спине легко притягивают ногу к голове, сосут первый палец на стопе, кладут стопу на плечо; большой, распластаный «лягушачий» живот, дряблость мышц брюшной стенки; расхождение прямых мышц живота; предрасположенность к воспалению легких, выявляются дистрофические изменения в сердце;
- ☐ гипохромная анемия, преимущественно железодефицитная, но может быть вследствие дефицита аминокислот, меди и цинка;
- ☐ со стороны костной ткани: симптомы остеонной гиперплазии: лобные и теменные бугры, реберные «четки», надмышечковые утолщения голени, «браслетки» на предплечьях, «нити жемчуга» на пальцах;
- ☐ симптомы гипоплазии костной ткани: задержка роста и заотставания роста трубчатых костей в длину, позднее прорезывание молочных и постоянных зубов, позднее закрытие родничков, плоский таз;
- ☐ костные деформации: деформация грудной клетки с развернутой нижней апертурой,

«гаррисонова борозда», килевидная («куриная» грудь) или воронкообразная («грудь сапожника») деформация.

III–тяжелая – поражение нескольких отделов костной системы, тяжелое поражение внутренних органов и нервной системы, отставание в физическом и психическом развитии, деформация нижних конечностей – О-образное (genu valgum), Х-образное (genu valgum) и другие (coxae vara, genu recurvatum). Искривления позвоночника в виде сколиоза, лордоза, поясничного кифоза.

Начальный период наиболее четко начинает проявляться в возрасте 3–4 месяцев, однако первые симптомы могут возникнуть раньше – в 1–1,5 месяца, но они не специфичны и часто могут проходить мимо внимания родителей. На первое место выступают неврологические и вегетативные изменения. Ребенок проявляет беспокойство, капризность, нарушается сон – дети плохо засыпают и часто просыпаются, появляется пугливость, раздражительность, дети часто вздрагивают от громкого звука или яркого света. Заметно снижается аппетит – ребенок неохотно и на короткое время берет грудь, вялососет – иногда бывают запоры. Кроме того, обращают на себя внимание такие вегетативные проявления как потливость, особенно во сне, и повышение сосудистой возбудимости кожи, которое проявляется в виде усиления интенсивности и длительности красного дермографизма. Наиболее интенсивно, вызывая у ребенка сильный зуд, потеет волосистая часть головы, которой ребенок постоянно трется о подушку, это приводит к специфичному для рахита облысению затылка. Также обращает на себя внимание характерный резкий и кислый запах пота. Возможно некоторое снижение тонуса мышц ребенка. Костные изменения для начального периода рахита не характерны, однако иногда может обнаруживаться некоторая податливость краев большого родничка. Начальный период болезни длится, как правило, от 2 до 4 недель.

В период разгара прогрессируют изменения костной системы: остеомалация грудной клетки, нижних конечностей, избыточный остеогенез (рахитические «четки», «браслетки», лобные и теменные бугры черепа). Ребенок может отставать в физическом и психическом развитии.

При рахите тяжелой степени нарушены функциональное состояние печени, желудочно-кишечного тракта, белковый, липидный обмен, имеется дефицит витаминов В1, В6, В5, А, Е, С, меди, цинка, магния.

У большинства детей с рахитом 1 и 2 степени наблюдаются явления гипохромной анемии.

В период реконвалесценции (выздоровления) постепенно исчезают клинические и лабораторные симптомы рахита. Возникшие при рахите деформации скелета остаются в зрелом возрасте: нарушение осанки, изменения грудной клетки, костей нижних конечностей. Перенесенный рахит может способствовать поражению зубов (развитию множественного кариеса), развитию близорукости, плоскостопия, сужению, деформации костей таза.

□ Острое течение – бурное развитие всех симптомов, яркое неврологическое и вегетативное расстройство, значительная гипофосфатемия, высокий уровень ЩФ, преобладание процессов остеомалации.

□ Подострое течение – свойственны умеренно выраженные или малозаметные неврологические и вегетативные нарушения, преобладание процессов остеонной гиперплазии.

□ Рецидивирующее течение – типичны смены периодов обострения и стихания процесса с сохраняющимися остаточными явлениями. При рентгенографии зон роста обнаруживается несколько полос обызвествления в метафизах.

Лабораторное обследование: строгой корреляции между клиническими признаками рахита и лабораторными изменениями нет, так только у 50% детей с гиповитаминозом Д наблюдается полное соответствие биохимических и рентгенологических данных (Мальцев С.В., 1987г).

□ Концентрация фосфора в сыворотке крови может снижаться до 0,65–0,8 ммоль/л (при норме у детей до 1 года 1,5–1,8 ммоль/л).

- ☐ Концентрация кальция – до 2,0-2,2 ммоль/л (при норме 2,2-2,7 ммоль/л). ☐ Концентрация ионизированного кальция менее 1,0 ммоль/л.
- ☐ Соотношение между уровнями кальция и фосфора в сыворотке крови в норме равно 2:1, в период разгара рахита повышается до 3:1-4:1. В начальном периоде рахита и в период разгара остеомалиции явлениями количества кальция может быть нормальным.
- ☐ Повышение активности ЩФ в сыворотке крови в 1,5-2 раза (абсолютные показатели нормы зависят от метода ее определения).
- ☐ Снижение 25-ОН-Д в крови (в норме 20 нг/мл) снижение до 10 нг/мл свидетельствует о дефиците витамина D, а содержание ниже 5 нг/мл об авитаминозе (II B).
- Повышенная экскреция аминокислот (аминоацидурия-выше 10 мг/кг в сутки) – ранний признак рахита.
- ☐ Гиперфосфатурия и повышенный клиренс фосфатов мочи (в норме 0,1-0,25 мл/сек, при рахите до 0,5-1,0 мл/сек).
- ☐ Повышение содержания остеокальцина в сыворотке крови до 90-170 нг/мл.

Критерии оценки статуса обеспеченности витамином Д на основании концентрации 25(ОН)Д total в сыворотке крови Practical guidelines for supplementation of Vitamin D and treatment of deficits in Central Europe, 2013 г.

Концентрация 25(ОН)Д total в сыворотке, нг/мл	Клиническая интерпретация
менее 20 нг/мл (50)	отражает дефицит витамина Д; требует медикаментозного лечения.
20-30 нг/мл (50-70)	отражает субоптимальный статус обеспеченности витамином Д; требует умеренного повышения дневной дозы витамина Д.
30-50 нг/мл (75-125)	отражает адекватный статус обеспеченности витамином Д; требует сохранения применяемой схемы обеспечения витамином Д и принимаемой дозы.
50-100 нг/мл (125-250)	отражает высокий уровень поступления витамина Д; требует поддержания принимаемой дозы обеспечения витамином Д при низких значениях этого интервала или умеренного снижения дозы – при высоких значениях интервала.

Инструментальное обследование:

☐ **Рентгенография костей.** Нарентгенограмм костей в местах наиболее интенсивного роста, особенно энхондрального окостенения, выявляется усиливается остеопороз; зона обызвествления становится выпуклой, а более горизонтальной, постепенно сглаживается, делается неровной, бахромчатой; щель между эпифизом и диафизом увеличивается за счет расширяющегося метафиза; эпифиз приобретает блюдцеобразную форму. Точки окостенения мелких костей выявляются своевременно, но на рентгенограмме выявляются менее отчетливо. Нередко выявляются поднадкостничные переломы по типу зеленых веточки. При тяжелом рахите наблюдаются зоны Лозера – поперечно расположенные прозрачные зоны (полосы) шириной в несколько миллиметров. В начальном периоде – незначительный остеопороз.

☐ **Денситометрия** (информативный тест безлучевой нагрузки, по показаниям – для определения

степени выраженности остеопороза).

оказания для консультации узких специалистов:

- ☐ консультации узких специалистов (по показаниям) – сопутствующие соматические заболевания и/или патологические состояния.

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации: (плановая, экстренная):

Показания для плановой госпитализации:

- ☐ Рахит III степени тяжести в период разгара.
- ☐ Рахит II степени тяжести в период разгара, неподдающийся обычной комплексной терапии.
- ☐ Выраженные рахитические деформации, появляющиеся у ребенка в конце первого и в начале второго года жизни с целью дифференцировки с рахитоподобными заболеваниями. Тяжесть состояния ребенка, полиурия, полидипсия, выраженные признаки поражения вегетативного отдела центральной нервной системы, резкая мышечная гипотония у ребенка в первые месяцы жизни с явлениями рахита так же для дифференцировки диагностики с рахитоподобными заболеваниями.

Показания для экстренной госпитализации:

- ☐ Гипервитаминоз D, развившийся при специфическом лечении рахита любой степени.
- ☐ Спазмофилия.

Диагностические исследования:

12.1 Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ☐ ОАК;
- ☐ ОАМ;
- ☐ определение в крови уровня кальция и фосфора;
- ☐ активность ЩФ в сыворотке крови;
- ☐ проба по Сулковичу (качественное определение степени кальциурии).

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на амбулаторном уровне:

- ☐ Концентрация 25(ОН)D в сыворотке крови (основной тест для определения уровня дефицита витамина D).
- ☐ Рентгенография костей (при выраженных костных изменениях для дифференциальной диагностики).
- ☐ Денситометрия (для дифференциальной диагностики степени определения остеопороза).

Минимальный перечень обследования, который необходимо провести при направлении на плановую госпитализацию: согласно внутреннему регламенту стационара с учетом действующего приказа уполномоченного органа в области здравоохранения.

Основные (обязательные) диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне (при экстренной госпитализации):

- ☐ ОАК (контроль по показаниям – при наличии патологических изменений в анализе при поступлении);
- ☐ ОАМ (контроль по показаниям – при наличии патологических изменений в анализе при поступлении);
- ☐ биохимический анализ крови (кальций, фосфор, ЩФ);
- ☐ анализ мочи по Сулковичу

Дополнительные диагностические обследования, проводимые на стационарном уровне:

- ☐ ЭЭГ – при спазмофилии для дифференцировки с эпилепсией.
- ☐ Эхокардиография и ЭКГ – при появлении симптомов нарушения сердечной деятельности.
- ☐ Рентгенография костей (при выраженных костных изменениях для дифференциальной диагностики с другими рахитоподобными заболеваниями).

Цели лечения:

- ☐ устранение нарушений ФКО;
- ☐ устранение и минимализация костно-мышечных нарушений;
- ☐ стабилизация состояния пациента.

Немедикаментозное лечение:

- ☐ диетотерапия;
- ☐ массаж, ванны, пребывание на свежем воздухе;

Терапевтический эффект при рахите достигается только при сочетании витамин-Д-терапии с рационализацией вскармливания ребенка, сбалансированного поступления солей кальция и фосфора, нормализацией режима сна и бодрствования, длительного пребывания на свежем воздухе, других оздоровительных мероприятий.

В организации питания при лечении рахита рекомендуется сбалансированная диета, содержащая белки, жиры, углеводы, преобладание продуктов, богатых витаминами и минеральными веществами, в частности, кальцием, фосфором, магнием и т.д. Следует ограничивать в питании каши-мучные изделия, своевременно вводить овощные и фруктовые соки, пюре. К овощному пюре необходимо добавлять сваренный вкрутую желток, богатый жирорастворимыми витаминами и витаминами группы В, а также фосфором, кальцием, микроэлементами. При искусственном вскармливании важно учитывать содержание витамина D в заменителях грудного молока - адаптированных молочных смесях. Потребность в кальции для здорового ребенка первых 6—12 месяцев составляет 500—600 мг в сутки.

При рахите в период репарации и при выраженных остаточных явлениях полезны соляные, хвойные, соляно-хвойные ванны, песочные, морские и солнечные ванны. Солевые ванны показаны пасто-ным детям, хвойные — детям со сниженным питанием. Обязательны общий массаж и гимнастика. Назначение массажа до назначения медикаментозной терапии может оказать отрицательный эффект (П.В.Новиков, 2011 г.).

Медикаментозное лечение:

Для лечения используют препараты витамина D в виде водного и масляного раствора. Назначают водный раствор витамина D₃ (водной капле 500 МЕ) или масляный раствор витаминов D₃ (водной капле 500 МЕ) и Эргокальциферол (в одной капле 625, 1250 МЕ) в дозе 2000-5000 МЕ курсами 30-45 дней (УД- В).

При отсутствии возможности определения уровня 25(ОН)D подбор лечебных доз витамина D проводится в соответствии с особенностями клинической картины рахита, степенью его тяжести и динамикой заболевания. Дозы и длительность терапии рахита варьируются в зависимости от многих факторов, в том числе — от индивидуальных особенностей организма.

- ☐ Для лечения витамин D-дефицитного рахита применяется витамин D в дозе от 2000 до 5000 МЕ/сут на протяжении 30-45 дней. Лечение рекомендуется начинать с дозы 2000 МЕ с постепенным ее увеличением до индивидуальной лечебной дозы под контролем пробы Сулковича (проводят до начала лечения, а затем каждые 7-10 дней — в процессе лечения). При резко положительном результате пробы витамин D отменяют. Дозу в 5000 МЕ/сут назначают только при выраженных костных изменениях. В зависимости от степени тяжести заболевания: суточная доза витамина D при I степени рахита — 1000-1500 МЕ в течение 30 дней, при II степени — 2000-2500 МЕ в течение 30 дней, при III степени — 3000-4000 МЕ в течение 45 дней (С.В.Мальцев (1997 г.).

- ☐ Последствия клинического эффекта (проявляется нормализацией мышечного тонуса, исчезновением кризиса и вегетативных расстройств, отсутствием прогрессирования костных деформаций, началом прорезывания зубов) и нормализации лабораторных показателей (щелочная фосфатаза, кальций, фосфор в крови) переходят на профилактическую дозу витамина D (400-500 МЕ), которую ребенок получает ежедневно в течение первых 2-х лет жизни и зимой на 3-ем году.

□ Детям из групп социального риска, из категории часто и длительно болеющих, возможно проведение противорецидивного курса специфического лечения рахита спустя 3 месяца после окончания основного курса аналогичных доз в течение 3-4 недель.

На время их орадики при острых заболеваниях хронических рахитом (ОРВИ, пневмонии, кишечной инфекции, отите и других) приём витамина D следует прекратить на 2-3 дня. После нормализации температуры продолжить лечение (УД – В).

При возможности определения уровня 25(ОН)D_{total} (менее 20 нг/мл соответствует дефициту витамина D) рекомендованы следующие лечебные дозы лекарственных средств на основе витамина D (при избыточной массе тела/ожирении пациента применяют дозы, близкие к верхним границам указанного диапазона):

□ новорождённые дети (в возрасте до 1 месяца) – 1000 МЕ/сут; □ дети 1-12 месяцев – 1000-3000 МЕ/сут;

□ дети 1-18 лет – 3000-5000 МЕ/сут. Общая нагрузка доза 300000 МЕ и выше не рекомендуется даже в случае лечения тяжёлого дефицита. («Practical guidelines for supplementation of Vitamin D and treatment of deficits in Central Europe», 2013 г.

Длительность лечения составляет 1-3 месяца и зависит от степени тяжести дефицита витамина D. После достижения пациентом лабораторно подтверждённых целевых концентраций обеспеченности витамином D (30-50 нг/мл, оптимальный статус) назначается поддерживающая доза лекарственного средства. Целесообразно повторно определить концентрацию 25(ОН)D_{total} спустя 3-4 месяца после её нормализации, а затем контролировать 1 раз в 6 месяцев, особенно – при наличии у ребёнка описанных ранее факторов риска. В процессе лечения осуществляют мониторинг содержания в крови концентрации кальция, фосфора, активности общей щелочной фосфатазы, количественное определение кальциурии (расчёт кальций-креатининового коэффициента).

При применении лечебных доз витамина D необходимо постоянно осуществлять контроль за состоянием ребёнка, поскольку существует широкий диапазон индивидуальной чувствительности к витамину D. Признаками гипервитаминоза являются рвота, боли в животе, жажда, гиперкальциурия. Для своевременного выявления гиперкальциемии, проводят пробу по Сулковичу (качественная реакция определяющая выделение кальция смочой) 1 раз в неделю, оценивают содержание кальция в плазме крови – 1 раз в месяц. (II В)

Коррекция фосфорно-кальциевого обмена, вторичного гиперпаратиреоза. Витамин D назначают в сочетании с витаминами группы В (В₁, В₂, В₆), С, А, Е. Особенно важна комбинация с витамином В₂ и С, так как при их дефиците эффекта от лечения витамином D может и не быть (II В).

С целью снижения выработки паратгормона паращитовидных желёз и уменьшения выраженности вегетативных симптомов в комплекс медикаментозного лечения при II и III степени рахита включают препараты кальция и магния из расчёта 10 мг/кг массы тела в сутки в течение 3-4 нед.

Для устранения мышечной гипотонии и улучшения метаболических процессов назначают карнитин гидрохлорид 50 мг/кг массы тела в течение 20-30 дней (III В). Недоношенным младенцам и доношенным, находящимся на естественном вскармливании в течение 2-3 недель рекомендуют приём препаратов кальция (глицерофосфат кальция 0,05-0,1 г в сутки, кальций глюконат 0,25-0,75 г в сутки). Для коррекции обмена фосфора используют кальций глицерофосфат в течение 3-4 недель (УД – В).

Улучшает всасывания солей кальция и фосфора в кишечнике цитратная смесь (кислота лимонная 2,1 г; натрия цитрат 3,5 г; вода дистиллированная 100 мл) в течение 10-12 дней по 1 ч.л. 3 раза в день. Лимонная кислота способствует поддержанию кислой реакции в кишечнике, образует растворимый и легко усвояемый комплекс цитрата кальция.

Обнаружение у ребёнка, особенно с тяжёлой наследственной почечной мочекаменной болезнью, тубулоинтерстициального нефрита на фоне метаболических нарушений, в период лечения витамином D снижения антикристаллообразующей спо-

собностимочи,положительнойпробыСулковича, оксалатной(или)фосфатной,кальциевойкристаллурииислужитоснованиемдля коррекциидозы витамина D.

Профилактические мероприятия:

Аntenатальная профилактикарахита:

Необходимособлюдениережимаднябеременнойженщины,втомчисле достаточнопродолжительныйсонднеминочью.Рекомендуютсяпрогулкина свежемвоздухене менее2—4часовежедневно,вллюбуюпогоду.Чрезвычайно важноорганизоватьрациональноепитаниебеременной(ежедневноупотреблять не менее180гмяса,100грыбы—3развнеделю,100—150гтворога,30—50гсыра,300гхлеба,500говощей,0,5лмолокаииликисломолочныхпродуктов). Вместо молока можно применять специальные молочные напитки, предназначенныедлябеременныхикормящихженщин испособные предупредитьнарушенияфосфорно-кальциевогообменауплодаиматериво времябеременностиивпериодлактации.Беременным-женщинамиз группы риска(нефропатии,сахарныйдиабет,гипертоническаяболезнь,ревматизмидр.) начинаяс28—32-йнеделибеременностинеобходимодополнительноназначать витаминDвдозе500—1000МЕвтечение8недельвнезависимостиотвремени года.

Постнатальная профилактикарахита:

Необходимособлюдатьусловия правильноговскармливания ребенка.Наилучшим длямладенцапервогогодажизни являетсягрудноемолокоприусловии правильногопитаниякормящейженщины.Суточныйрационженщинывпериод лактации долженбыть разнообразным ивключать необходимоеколичество белка, в том числе и животного происхождения; жира, обогащенногополиненасыщеннымижирнымикислотами,углеводов,обеспечивающихорганизм энергией, а также витаминов и микроэлементов.

Приискусственномвскармливанииребенкунеобходимоподобратьмолочную смесь,максимальноприближеннуюкженскомумолоку,содержащую100%-ную лактозу,усиливающуювсасываниекальция,холекальциферолиимеющую соотношениекальцияифосфора,равное2.Вмолочныхсмесяхдопускается соотношениемеждукальциемифосфором,равное1,2—2,однаковгрудном молоке оноравно2,0.

Лечебнаяфизкультура,массаждолжныпроводитьсясистематически,регулярно, длительно, спостепенными равномерным увеличением нагрузки.

Постнатальная специфическая профилактикарахита:

проводитсявитамином D, минимальная профилактическая доза которого составляетдляздоровыхдоношенныхдетейраннеговозраста500ЕДвсутки.Эта дозаназначаетсяначинаяс4—5-йнеделижизнивосенне-зимне-весеннийпериод сучетомусловийжизниребенкаи фактороврискаразвитиязаболевания. Специфическаяпрофилактикарахитаудоношенныхдетейпроводитсявосенне-зимне-весеннийпериоднапервомивторомгоду жизни.Детииз группы рискапо рахитувосенне-зимне-весеннийпериодпервыедвагодажизнидолжны ежедневнополучать витаминD вдозе1000 МЕ.

НедоношеннымдетямприIстепенинедоношенностивитаминыDназначается 10—14-го дня жизни,по400—1000МЕежедневновтечение2лет,исключаялето. ПринедоношенностиIIстепенивитаминыDназначаетсявдозе1000—2000МЕ ежедневновтечениегода,исключаялетнийпериод,навторомгоду жизнидоза витамина Dснижается до400—1000МЕ.

Эквиваленты:

1МЕ = 0,025мкгхолекальциферола;

1мкгхолекальциферола =40МЕ витамина D3.

Противопоказания кназначению профилактической дозы витаминаD: ☐ идиопатическаякальциурия (болезнь Вильямса—Бурне);

☐ гипопаратиреоз;

☐ органическое поражение ЦНС с симптомами микроцефалии и краниостеноза.

Дети с малыми размерами родничка имеют лишь относительные противопоказания к назначению витамина D. Специфическая профилактика рахита у них проводится, начиная с 3—4 месяцев под контролем размеров большого родничка и окружности головы.

Дальнейшее ведение (после стационара): дети, перенёсшие рахит I степени, наблюдаются в врачебной практике (семейным врачом) или педиатром до 2 лет, а перенёсшие рахит II–III степени – в течение 3 лет. Осмотры проводят 1 раз в 3 месяца.

По показаниям врачебной практики (семейный врач) или педиатр может назначить биохимическое исследование крови (определение содержания кальция общего и ионизированного, фосфора и щелочной фосфатазы), денситометрию или рентгенографию костей, проконсультировать ребёнка у ортопеда, хирурга. Специфическая профилактика проводится в течение 2-го года жизни в осенне-зимний-весенний периоды, ана 3 году жизни только зимой.

Рахит не является противопоказанием для проведения профилактических прививок.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 12: Иммунопрофилактика у детей.

2. Цель: ознакомить с организацией работы по иммунопрофилактике в РК. Национальный календарь прививок РК.

3. Тезис лекции:

Иммунопрофилактика в Казахстане - занимает особое место. С целью эпидемического благополучия детей и населения в целом, а также для предупреждения инфекции и был разработан и утвержден Календарь прививок.

Иммунитет – это биологический процесс, который формируется на клеточном уровне после введения вакцины в организм. Как показывает практика, у людей, которые были инфицированы и заболели, несмотря на наличие прививок, заболевание протекает в легкой форме, а осложнения и летальные случаи являются редкостью.

Все прививки разделены на 2 категории: обязательные и добровольные.

Обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи в свою очередь состоят из тех прививок, которые проводятся за счет республиканского бюджета и прививок за счет средств местного бюджета.

За счет республиканского бюджета ставится детям весь перечень вакцин, указанных в Календаре прививок РК. А вот из местного бюджета к добавились в категорию обязательных профилактических прививок еще "Вирусный гепатит А" в 2 года и прививка от гриппа для детей, состоящих на диспансерном учете. (Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 сентября

2020 года № 612 "Об утверждении перечня заболеваний, против которых проводятся обязательные профилактические прививки в рамках гарантированного объема медицинской помощи..."

Вступили в силу поправки и дополнения, внесенные в Кодекс РК "О здоровье народа и системе здравоохранения" в 2020 году. Остановимся на том, что касается прививок.

Основные моменты:

- Кодекс предусматривает возможность отказа от прививок законными представителями ребенка.
- Кодекс ограничивает допуск детей, не получивших плановые прививки, в дошкольные организации (ДО).

Согласно слову Закона, звучит так:

"Допуск в Дошкольные организации детей, не получивших плановые профилактические прививки, осуществляется только при достижении порогового уровня коллективного иммунитета в ДО".

"Коллективный иммунитет - косвенная защита непривитых лиц, за счет достижения порогового уровня охвата плановыми прививками населения против инфекций, предупреждаемых вакцинами".

Это значит, что дошкольным учреждениям утвержден пороговый минимальный процент (количество) детей у которых есть прививки. Это и есть показатель коллективного иммунитета. Если этот показатель не достигнут – детский сад обязан отказать в приеме непривитого ребенка. За нарушение нормы предусмотрены последствия. Если показатель достигнут, то дошкольная организация может принимать непривитых детей. Детские сады должны контролировать показатель коллективного иммунитета, особенно при отчислениях и зачислениях детей.

Плановые вакцины РК.

Национальный календарь прививок для детей

Согласно Постановлению Правительства РК №2295 от 30.12.2009 и с изменениями и дополнениями от 12.02.2013 - плановые профилактические прививки детям проводятся в соответствии с Национальным календарем прививок Республики Казахстан и в соответствии с утвержденными санитарно-эпидемиологическими требованиями по проведению профилактических прививок населению - Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан № 361 от 13 июня 2018 года.

- Первыми – еще в роддоме, в 1 - 4 дни жизни – делают прививки от туберкулеза (БЦЖ) и гепатита В.
- В 2 месяца малыши получают комплексную прививку против гепатита, полиомиелита, коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС) и гемофильной инфекции типа b, а также вакцину от пневмококковой инфекции.
- В 3 месяца делают повторные прививки от коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС), полиомиелита и гемофильной инфекции типа b.
- В 4 месяца – 3 этап вакцинирования от гепатита, полиомиелита, гемофильной инфекции типа b и коклюша, дифтерии и столбняка, а также 2-ая прививка от пневмококковой инфекции.
- В возрасте 12-15 месяцев нужно будет сделать прививку от кори, краснухи и паротита (свинки), повторить вакцинирование от полиомиелита и пневмококковой инфекции;
- в 1,5 года – ревакцинация АКДС, полиомиелита и гемофильной инфекции типа b.

- В 2 года - прививка от **вирусного гепатита "А"** из средств местного бюджета.

- в 2,5 года - **ревакцинация от гепатита "А"**

Еще несколько прививок ждут детей в школьном возрасте:

- в 6 лет (в 1 классе) еще раз делается **БЦЖ, прививка от кори, краснухи и паротита и АКДС;**

- 16 лет – прививка от **столбняка и дифтерии (АДС-м)**, которую в дальнейшем нужно будет повторять каждые 10 лет.

Для вакцинации используются препараты как отечественного, так и зарубежного производства. Единственное условие – наличие регистрации и сертификата Национального центра экспертизы лекарственных средств. Прививаться рекомендуется только в медучреждениях, так как все вакцины требуют специальных условий хранения.

Несмотря на то, что в Календаре прививок детям в Казахстане предусмотрены определенные сроки для проведения тех или иных прививок, окончательное решение о времени вакцинации принимает участковый врач-педиатр. Это связано с особенностями иммунной системы ребенка: при введении вакцины организм должен быть готов выработать нужные антитела, чтобы перенести легко вакцинацию.

В противном случае (если прививка сделана раньше срока) детский организм, в силу несформированности иммунитета, не сможет должным образом отреагировать на вакцину.

Затягивание - подвергает ребенка риску «подхватить» болезнь.

Если малыш пропустил срок прививки, «нагонять» своих сверстников ему предстоит по общим правилам. Например, тем, у кого нет прививки против гепатита «В», ее делают по такой схеме: первая процедура, через месяц вторая, а еще через 5 месяцев — третья.

Все обязательные прививки (в государственной поликлинике или в частной, к которой прикреплен ребенок) делаются детям в Казахстане бесплатно, за счет республиканских бюджетных средств. Их список утвержден постановлением РК:

- от туберкулеза (БЦЖ),
- против гепатита,
- полиомиелита, коклюша, дифтерии и столбняка (АКДС),
- гемофильной инфекции типа b,
- а также вакцина от пневмококковой инфекции,
- от кори, краснухи и паротита (свинки).
- Из средств местного бюджета: вирусный гепатит "А", грипп.

Как подготовиться к прививке:

Особых требований нет. Прививки обычно не требуют предварительной подготовки.

Как получить разрешение на прививку:

Обязательное условие для допуска – ребенок должен быть здоров.

Перед первой прививкой АКДС необходимо пройти осмотр у детского невропатолога и получить разрешение невропатолога на вакцинацию, а также обязательно сдать общие анализы мочи и крови.

Перед прививкой ребенка в обязательном порядке осматривает лечащий врач-педиатр. Немаловажными являются не только общеклинические показатели (температура, отсутствие жалоб), но и мнение мамы – если малыш плохо спал, капризничал, есть изменения в поведении, аппетите, то процедуру лучше пока отложить.

Дополнительной подстраховкой станет и общий анализ крови (особое внимание стоит обратить на СОЭ и тромбоциты).

Противопоказания

Для получения отвода от прививки есть временные (относительные) и постоянные (абсолютные) противопоказания.

Постоянные противопоказания:

- **АБКДС** – судороги в анамнезе, тяжелые аллергические заболевания, осложнения на другие вакцины, неврологическая патология, обнаружение новообразований в организме;
- **БЦЖ** – наличие у детей ВИЧ-инфекции, злокачественные болезни крови, первичный иммунодефицит, новообразования, а также сильная реакция или осложнения при введении других вакцин;
- **от кори, паротита и краснухи** – злокачественная опухоль, заболевания крови, новообразования, аллергия на аминокислоты и перепелиные яйца, сильные реакции на другие прививки, первичные и выраженный иммунодефицит;
- **ОПВ, Полиомиелит** – если у детей ВИЧ-инфекция, первичный иммунодефицит, осложнения связанные с неврологией, заболевания крови и новообразования в организме.

Временные противопоказания - это обострение острых хронических заболеваний, аллергия, недавно перенесенные острые простудные заболевания или кишечные инфекции. С момента выздоровления и до прививки должно пройти не менее 14 дней. При согласовании с доктором этот период может быть продлен до 6 недель или снижен до 1 недели. Легкий кашель и насморк не рассматриваются как противопоказания.

К временным противопоказаниям вакцинации относят также ухудшение самочувствия ребенка на день прививки или же в течение предыдущих нескольких дней. Это может быть высокая температура, ОРВИ, насморк. Если у ребенка сахарный диабет, то вакцинация проводится только после заключения врача-эндокринолога.

Противопоказания могут быть только в период обострения. В период наступления ремиссии – нужно немедленно привиться.

Даже при психических заболеваниях, синдроме Дауна и ДЦП в период ремиссии или улучшения состояния надо прививать. Эти дети имеют очень низкий иммунитет, их надо укрепить.

В любом случае - решение об отводе от прививок: постоянном или временном - должен принимать врач.

Отказ от плановых прививок.

По закону РК, родители до 18 лет несут ответственность за здоровье ребенка и вправе самостоятельно решать, делать плановые профилактические прививки своему ребенку или отказаться от них или от некоторых.

Отказ от прививки, ребенок, не имеющий конкретной прививки или прививок – имеет право посещать школу, детский сад.

Однако 17 июля 2020 года вступили в силу поправки и дополнения, внесенные в Кодекс РК "О здоровье народа и системе здравоохранения".

- Кодекс предусматривает возможность отказа от прививок законными представителями ребенка.
- Кодекс ограничивает допуск детей, не получивших плановые прививки, в дошкольные организации (ДО). Вводится термин "коллективный иммунитет".

Почему? Повышенная ответственность за такого ребенка. Когда в детском учреждении начинается вспышка какого-нибудь инфекционного заболевания, то непривитые дети отстраняются от посещения до прекращения заболевания. Ребенок, не получивший профилактические прививки не защищен от инфекции, может быстро заразиться, заболеть и стать сам источником инфекции.

К тому же, если непривитый ребенок заболеет, то чаще заболевание проходит в более тяжелой форме, с сильными осложнениями. Так как ребенок не имеет иммунитета против грозной инфекции.

Высокий риск заболевания столбняком и бешенством, при получении травм с нарушением кожных покровов и слизистой, и укусов животных. Любой ребенок не гарантирован от получения травмы или укуса животного, при котором высокий риск заражения этими инфекциями. От столбняка можно защититься только прививкой против столбняка и своевременным экстренным введением сывороток.

Добавьте сюда и то, что в некоторые страны въезд запрещен, если нет конкретных профилактических прививок, согласно международным медико-санитарным правилам либо международным договорам.

Если родители все равно отказываются от прививок (прививки) – то отказ должен быть правильно оформленным, чтобы в дальнейшем не возникало никаких проблем с поликлиниками, садами и школами. В поликлинике по месту прикрепления ребенка нужно будет заполнить бланк-форму, где будет написано, что врач ознакомил вас с последствиями вашего решения, что вы получив полную информацию, отказываетесь от проведения профилактической прививки (название препарата). Далее фамилия прививаемого, ваша фамилия, дата и подпись.

По данным Минздрава РК, ежегодно в стране против инфекционных заболеваний прививается более 5 млн человек, в том числе детей — 1,3 млн. Но вместе с тем, идет небольшой рост отказов. В 2018 году, к примеру, более 2 тыс человек не захотели вакцинироваться. А в целом, общее число отказников составило более 14 тыс человек.

Прививочный паспорт (прививочная карта), амбулаторная карта, учет прививок и вакцин

Все проведенные профилактические прививки подлежат учету медицинским работником. Вакцинатор проводит запись о выполненной вакцинации в документе согласно постановления правительства РК №2295 от 30 декабря 2009 и с изменениями и дополнениями от 12.02.2013. Запись должна содержать следующие сведения:

- дата введения препарата,

- название препарата,
- номер серии,
- доза,
- контрольный номер,
- срок годности,
- характер реакции на введение препарата,
- страна-производитель.

Кроме амбулаторных карт или прививочного паспорта (прививочной карты), данные о прививках могут содержаться в следующих документах:

- у детей - карта профилактических прививок (форма 063/у),
- история развития ребенка (форма 112/у),
- медицинская карта ребенка (форма 026/у),
- вкладной лист на подростка к медицинской карте амбулаторного больного (форма 025-1/у),
- журнал учета профилактических прививок новорожденным (родильного дома) - форма 064-1/у,
- журнал движения вакцин - форма 064-2/у,
- история развития новорожденного (форма 097/у).

С 2020 года все эти документы переведены в электронный формат.

Вот образец прививочной карты в Республике Казахстан для ребенка, который идет в детский садик. Бланк карты заполняет семейный врач в поликлинике, к которой прикреплен ребенок. Эта прививочная карта требуется при поступлении ребенка в детский садик вместе с Паспортом здоровья (*фото увеличивается*).

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 13: Желтуха новорожденных.

2. Цель: Диагностика и лечение желтухи новорожденных на амбулаторном уровне.

3. Тезис лекции:

Неонатальная желтуха – появление видимого желтушного окрашивания кожных покровов и слизистых новорожденного вследствие повышения уровня общего билирубина в сыворотке крови. Желтуха становится видимой, когда уровень общего билирубина сыворотки (ОБС) достигает 80 мкмоль/л. У маловесных новорожденных желтушное окрашивание кожи появляется при более низких уровнях билирубина в сыворотке крови, что зависит от толщины слоя подкожного жира.

Клиническая классификация

Физиологическая желтуха новорожденных:

- Обычно появляется после 36 часов жизни ребенка.
- Пиковое значение уровня общего билирубина сыворотки обычно приходится на 3–4-й день у доношенного ребенка и на 5–7-й день у недоношенного ребенка.

- Пиковое значение уровня общего билирубина сыворотки составляет ± 205 мкмоль/л (12 мг/дл).
- Уровень общего билирубина сыворотки крови снижается у доношенного ребенка к 14-му дню жизни, у недоношенного — к 21-му дню жизни.
- Клиническое состояние ребенка удовлетворительное: он активен, имеет четко различимые периоды сна и бодрствования, хороший сосательный рефлекс; у ребенка стабильная температура; печень и селезенка имеют нормальные размеры, моча светлая, стул нормально окрашен.
- Желтуха, связанная с грудным вскармливанием, может сопровождаться двумя пиками подъема билирубина, первый — на 4–5 день и второй — на 14–15-й день, медленно убывает и может определяться в возрасте 12 недель.

Патологическая желтуха новорожденных:

Желтуха, появившаяся в течение первых 24 часов жизни или определяемая на стопах и ладонях в любое время.

- Желтуха, появившаяся после 7-го дня жизни.
- Темп прироста общего билирубина сыворотки крови > 85 мкмоль/л/сут или 5 мг/дл/сутки.

- Уровень прямого билирубина > 34 мкмоль/л (2 мг/дл), или $\geq 20\%$ от уровня общего билирубина сыворотки.
- Состояние ребенка неудовлетворительное независимо от уровня билирубина, наличие патологических клинических симптомов.
- Гепатомегалия и/или спленомегалия.
- Обесцвеченный стул или темный цвет мочи.
- Желтуха без тенденции к убыванию после 14-го дня жизни у доношенного новорожденного или после 21-го дня жизни у недоношенного новорожденного называется «затяжной желтухой».

Диагностические мероприятия

Основные диагностические мероприятия:

А. В антенатальном периоде определять группу крови и резус-фактор у всех беременных женщин, а также наличие отягощенного трансфузионного и прививочного анамнеза.

Б. При рождении:

- У ребенка от матери с резус-отрицательной принадлежностью в пуповинной крови определить группу и резус-принадлежность, пробу Кумбса;
- У ребенка, родившегося от матери с группой крови О (1) резус-положительной, определить в пуповинной крови группу крови и пробу Кумбса.
- Уровень общего билирубина в пуповинной крови и его фракции (при необходимости) в динамике.

Дополнительные диагностические мероприятия:

А. При подозрении на наличие неонатальной желтухи, обусловленной чрезмерным гемолизом (Р 58-58.9) – определить уровень гемоглобина, гематокрита, количество эритроцитов, ретикулоцитов, микроцитов.

Б. При подозрении на наличие желтухи при гипотиреозе исследовать уровень тиреоидных гормонов.

В. При подозрении на наличие наследственно обусловленной патологической желтухи:

- синдромы Киглера-Наджара I и II типа, Люцци-Дрискола, Жильбера – генетическое обследование;
- наследственные гемолитические анемии (мембранопатии, гемоглобинопатии, энзимдефицитные анемии и др.) – исследовать мазок периферической крови с составлением кривой Прайса-Джонса, рассчитать толщину, индекс сферичности, средний объем эритроцитов и среднюю концентрацию гемоглобина в эритроците, осмотическую стойкость эритроцитов (подробнее см в протоколе «Гемолитические анемии»).

При подозрении на наличие заболеваний со стороны печени, желчевыводящих протоков см. протоколы «Заболевания печени и гепатобилиарной системы».

Диагностические критерии:

Медицинский анамнез.

- Резус-принадлежность и группа крови матери.
- Инфекции во время беременности и родов.
- Наследственные заболевания (дефицит Г6ФДГ, гипотиреоз, другие редкие заболевания).
- Наличие желтухи у родителей.

- Наличие желтухи у предыдущего ребенка.
- Вес и гестационный возраст ребенка при рождении
- Вскармливание ребенка (недостаточное вскармливание и/или рвота).
- Проводилась ли ребенку реанимация при рождении.

Факторы риска:

- Острый гемолиз.
- Преждевременные роды.
- Кровоподтеки и кефалогематомы.
- Снижение массы тела (> 10 %).
- Неонатальная асфиксия, ацидоз.
- Гипогликемия.
- Неонатальная инфекция.
- Гипоальбуминемия (< 30 г/л).

12.2 Физикальное обследование

- Оцените цвет кожных покровов.
- Осматривайте полностью раздетого ребенка при хорошем освещении (предпочтительно при дневном свете).
- Обеспечьте ребенку тепловую защиту во время осмотра.
- Оценивайте цвет кожных покровов после легкого надавливания пальцем руки до уровня подкожно-жировой клетчатки.
- Определите локализацию желтухи по модифицированной шкале Крамера.

Модифицированная шкала Крамера:

	Зона	Желтуха	Непрямой билирубин в плазме, в среднем
	1	ограничивается головой и шеей	100
	2	включая верхнюю часть туловища	150
	3	включая нижнюю часть туловища в том числе руки	200
	4	ноги ниже колен	250
	5	руки, ноги	>250



ONTÜSTİK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОВП и Дерматовенерологии»		61/ Стр. 77 из 77
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		

Лабораторные исследования:

Существуют различные причины патологической желтухи, поэтому необходимо определять помимо ОБС, фракции билирубина (прямой/конъюгированный билирубин и непрямой/не конъюгированный билирубин).

Для новорожденных с желтухой и стабильной гипербилирубинемией, которая продолжается больше 3 недель, рекомендуется проведение теста на галактоземию.

Если в семейном анамнезе имеются случаи желтух, связанных с дефицитом Г6ФДГ, необходимо определить уровень этого фермента [С.]

Новорожденные с высоким уровнем прямого билирубина должны быть обследованы на наличие сепсиса (лабораторное и бактериологическое исследование крови) [D].

Новорожденным с повышенным уровнем прямого билирубина и гепатомегалией необходимо определить уровень трансаминаз АЛТ и АСТ для исключения гепатита.

Дифференциальный диагноз

В подавляющем большинстве случаев желтуха новорожденных является физиологической, но очень важно контролировать каждый случай для своевременного выявления и соответствующего лечения «опасной» желтухи с целью предотвращения осложнений:

- билирубиновая энцефалопатия: острое поражение центральной нервной системы.
- ядерная желтуха: необратимое хроническое поражение центральной нервной системы.

- Для раннего выявления признаков опасной желтухи важна фиксация времени появления любой желтухи и ее регулярная клиническая оценка (с интервалом 8-12 часов).
- Желтуха после 7-го дня может быть признаком холестаза, дефицита глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы (Г6ФДГ), болезни Криглера-Найяра или позднего сепсиса новорожденных.
- Опасная желтуха появляется в течение первых 24 часов жизни или определяется на стопах и ладонях в любое время.

Цель лечения: обеспечение вмешательств, способствующих предупреждению реализации потенциальных побочных эффектов.

Тактика лечения:

Немедикаментозное лечение:

А. Физиологическая желтуха

- Дети с «физиологической желтухой» не нуждаются в специальном лечении, но нуждаются в исключительно грудном вскармливании. Матери ребенка необходимо объяснить, что исключительно грудное вскармливание (так часто и так долго как хочет ребенок, днем и ночью, но не менее 8-12 раз в сутки) помогает ребенку быстрее преодолеть желтуху.

Б. Патологическая желтуха

- **Фототерапия** представляет собой наиболее эффективный метод снижения

уровня билирубина в случае желтухи новорожденных [А]. Своевременная и правильная фототерапия **снижает потребность в заменном переливании крови до 4%** и снижает риск осложнений желтухи новорожденных.

Показания для фототерапии и заменного переливания крови у доношенного новорожденного (см. приложение, график 1):

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОВП и Дерматовенерологии»		61/
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		Стр. 77 из 77

- Если желтуха появилась в первые 24 часа после рождения, или она является «опасной» — необходимо начать фототерапию немедленно и рассмотреть вопрос о показаниях к проведению заменного переливания крови.
- В остальных случаях необходимо отложить результат ОБС на графике в соответствии с возрастом ребенка и решить вопрос о начале фототерапии.
- При наличии факторов риска решение о начале фототерапии должно приниматься на основе более низкого уровня общего билирубина сыворотки крови (ОБС).
- Если у ребенка наблюдается ухудшение общего состояния, следует начать фототерапию при более низких цифрах ОБС.

Показания для начала фототерапии у недоношенного ребенка такие же, как и для новорожденных с гемолитической болезнью (см. приложение график 2).

- Фототерапию проводят с использованием инкубатора или в теплой кроватке, в комнате, защищенной от сквозняков
- Глаза ребенка должны быть защищены светонепроницаемой повязкой.
- Для того, чтобы сделать фототерапию максимально эффективной, следуйте инструкции производителя, согласно которой установите лампу на рекомендуемое расстояние и своевременно меняйте источники света.
- Контролируйте температуру тела ребенка и температуру воздуха под лампой каждые 3 часа. Поддерживайте температуру тела на уровне 36,5–37,5 °C.
- Переворачивайте ребенка каждые 3 часа.

- Взвешивайте ребенка как минимум один раз в день.
- В ходе фототерапии стул ребенка может быть жидким и иметь желтый цвет. Это нормально и не требует лечения.
- Продолжайте грудное вскармливание по требованию, без ночных перерывов, не менее 8 раз в день. [B]
- Если ребенок во время фототерапии получает сцеженное грудное молоко или внутривенное введение растворов, рекомендуется увеличить объем молока/растворов до 10% от общей суточной потребности.
- Определяйте уровень ОБС каждые 12 часов.
- Фототерапия у новорожденного прекращается в случае устойчивого снижения концентрации билирубина сыворотки крови в течение 24–36 часов ниже значений, ставших основанием для начала фототерапии и наличия либо отсутствия факторов риска.

Показания для заменного переливания крови:

- В случае неэффективности фототерапии рекомендуется заменное переливание крови.
- В случае появления клинических симптомов острой билирубиновой энцефалопатии (мышечный гипертонус, опистотонус, лихорадка, «мозговой» крик) заменное переливание крови проводится независимо от уровня билирубина. [D]
- Заменное переливание крови в случае ГБН, вызванной изолированным резус-конфликтом используется Rh-отрицательная одногруппная с кровью ребенка эритроцитарная масса и плазма, но, по возможности АВ (IV) группы крови в соотношении 2:1.
- Заменное переливание крови в случае ГБН, вызванной изолированным групповым конфликтом, используется эритроцитарная масса

О (I) группы, совпадающая с резус-принадлежностью эритроцитов ребенка и одногруппную или АВ (IV) группы плазму в соотношении 2:1.

- Заменное переливание крови при несовместимости крови матери и крови ребенка по редким факторам необходимо использовать кровь от индивидуально подобранных доноров.

Необходимо помнить, что для детей с ГБН используется эритромаасса со сроком хранения не более 72 часов.

Заменное переливание крови, представляющее собой небезопасную процедуру, должно проводиться только обученным персоналом по строгим показаниям после проведенной фототерапии.

Показания для госпитализации с указанием типа госпитализации:

- госпитализация беременной в родовспомогательную организацию любого уровня в связи с началом родовой деятельности;
- плановая госпитализация беременной с резус-отрицательной принадлежностью крови, с группой крови О (I) резус-положительной, с отягощенным трансфузионным и прививочным анамнезом в родовспомогательную организацию 3-4-го уровней;
- экстренная госпитализация новорожденного с патологической желтухой.

Критерии выписки:

- Выписка новорожденного с желтухой из стационара должна осуществляться индивидуально, с учетом выраженности желтухи и результатов лечения.
- Каждую мать/семью необходимо обучить, как проводить оценку желтухи и как распознать «опасные признаки» у ребенка, как проводить исключительно грудное вскармливание.

Профилактические мероприятия: для предупреждения резус-сенсibilизации при последующих беременностях, женщинам с резус-отрицательным фактором крови, родивших резус-положительного ребенка, в первые 72 часа после родов, следует ввести антирезус-иммуноглобулин.

Индикаторы эффективности лечения:

- Нормализация уровня билирубина в крови и предупреждение билирубинового поражения мозга у ребенка.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1. Тема № 14: Аллергозы у детей.

2. Цель: Диагностика и лечение аллергозов у детей на амбулаторном уровне.

3. Тезис лекции:

Аллергия – состояние повышенной чувствительности организма, по отношению к определенному веществу или веществам (аллергенам), развивающееся при повторном воздействии этих веществ, т.е. это патологически повышенная и извращенная реакция организма на определенные субстанции антигенной природы, приводящая к его самоповреждению.

Классификация аллергенов

Единой классификации аллергенов не существует, но, как правило, аллергены классифицируются по своему происхождению и путям проникновения в организм человека:

1. Бытовые аллергены – домашняя и библиотечная пыль, клещи домашней пыли, складские клещи.
2. Пыльцевые аллергены – пыльца деревьев (березы, дуб и др.), луговых трав (овсяница луговая, ежа, мятлик и др.) сорных трав.
3. Аллергены животных – аллергены перхоти, секретов (моча, слюна, выделения сальных и потовых желез) и шерсти животных, чаще кошек, собак, морских свинок, лошадей, хомяков.
4. Грибковые аллергены - *Alternaria*, *Cladosporium*, *Pleurotus*, *Penicillium*, *Aspergillus* т.д. попадающие в организм человека как ингаляционно, так и энтерально.
5. Инсектные аллергены – яд ос, шмелей, пчел, шершней, слепней, оводов, комаров.
6. Пищевые аллергены – чаще гликопротеиды, реже полипептиды и гаптены. Наиболее аллергенными свойствами обладают цитрусовые, мед, орехи, морепродукты, томаты, куриные яйца, коровье молоко и др.
7. Лекарственные аллергены делятся на полноценные аллергены (инсулин, противостолбнячная сыворотка) и

гаптены, которым относится большая часть лекарств или продуктов их метаболизма (антибиотики группы пенициллина, сульфаниламиды).

8. Промышленные аллергены - скипидар, масла, никель, хром, мышьяк, деготь, смолы, дубильные вещества, красители, танин, пирогаллол, лаки, инсектофунгициды, фенопласты, аминопласты, формалин, мочевины, эпоксидные смолы и другие вещества.

Классификация аллергических реакций

Аллергические реакции бывают немедленного, замедленного и смешанного типа. В патогенезе аллергических реакций немедленного типа А.Д. Адо (1978) различает три стадии: иммунологическую, патохимическую и патофизиологическую. При этом аллергические реакции по механизму развития делятся на несколько типов.

Типы аллергических реакций.

1. Аллергическая реакция I типа (реакция немедленного типа, реактивный, анафилактический, атопический тип). Она развивается с образованием антител (АТ) -реактивов, относящихся к классу IgE и IgG4. Они фиксируются на тучных клетках и базофильных лейкоцитах. При соединении реактивов с аллергеном из этих клеток выделяются медиаторы: гистамин, гепарин, серотонин, тромбоцитарноактивирующий фактор, простагландины, лейкотриены и др., определяющие клинику аллергической реакции немедленного типа. После контакта со специфическим аллергеном клинические проявления реакции возникают через 15-20 мин.
2. Аллергическая реакция II типа (цитотоксический тип). Тип характеризуется тем, что АТ образуются к клеткам тканей и представлены IgG и IgM. Этот тип реакции вызывается только АТ, способными активизировать комплемент. АТ соединяются с видоизмененными клетками организма, что приводит к реакции активации комплемента, который также вызывает повреждение и разрушение клеток с последующим фагоцитозом и удалением их. Именно по цитотоксическому типу происходит развитие лекарственной аллергии.

ONTÜSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОВП и Дерматовенерологии»		61/
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		Стр. 77 из 77

3. Аллергическая реакция III типа (повреждение тканей иммунными комплексами тип Артюса, иммунокомплексный тип). Возникает в результате образования циркулирующих иммунных комплексов, в состав которых входят IgG и IgM. АТ этого класса называют преципитирующими, так как они образуют преципитат присоединении с АГ. Этот тип реакции является ведущим в развитии сывороточной болезни, аллергических альвеолитов, лекарственной и пищевой аллергии, при ряде аутоаллергических заболеваний (СКВ и др.).
4. Аллергическая реакция IV типа, или аллергическая реакция замедленного типа – в ее основе взаимодействие сенсибилизированных Т-

Факторы риска возникновения аллергических заболеваний.

При всем многообразии взглядов о причинах развития аллергических заболеваний среди населения на практике, с точки зрения доказательной медицины, их список достаточно ограничен и нуждается в дальнейшем изучении.

1. Генетическая предрасположенность (А). Наличие в семье атопического заболевания считается генетическим фактором предрасположенности к развитию атопических заболеваний (табл.3). Несмотря на то, что до настоящего времени не идентифицирован ни один генетический маркер, который с абсолютной уверенностью предсказывал вероятность развития АЗ, верифицированы «гены группы достаточно высокого риска» как например ORMDL3, ADRB2, ген определяющий синтез ИЛ-4, ИЛ-13 и др.
2. Активное и пассивное курение, особенно в период беременности (А), длительный активный контакт с различными внешними и внутренними воздушными загрязнителями (В).

3. Нарушения вскармливания ребенка (особенно в группе риска АЗ: использование коровьего молока в раннем детском возрасте или стандартной молочной смесью в группе риска по АЗ (А), отсутствие грудного вскармливания (А)), несбалансированное питание.
4. Неадекватная лекарственная терапия.
5. Кесарево сечение в последующем влияет на повышение риска развития АЗ у детей (В).
6. Неблагоприятная экологическая ситуация и профессиональные вредности на работе (D,C).
7. Частые инфекционные заболевания и хронические воспалительные заболевания (С) и др.

Диагностика аллергических заболеваний.

Обследование пациента страдающего аллергическими заболеваниями включает.

- I. Сбор аллергологического анамнеза.
- II. Физикальное обследование.
- III. Лабораторно-инструментальное обследование:
 1. Общеклинические методы.
 2. Специфическое аллергологическое обследование.

Аллергологический анамнез

Основной целью сбора аллергологического анамнеза является установление аллергической природы заболевания и предположительной нозологической формы. При его сборе необходимо выяснить следующее:

1. Установить наследственную предрасположенность к АЗ;
2. Выявить связь между факторами окружающей среды и развитием заболевания;
3. Определить аллергены, которые могли бы обусловить возникновение данной болезни и выявить диагностически значимые;
4. Какие заболевания отмечались в семье больного;
5. Как реагирует больной на приём пищевых продуктов и ЛС;

ОҢТҮСТІК-ҚАЗАҚСТАН MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОВП и Дерматовенерологии»		61/
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		Стр. 77 из 77

6. Отмечены ли сезонность заболевания, связь его с цветением растений, переездами с место на место, с инфекционными заболеваниями;
7. Выявление других аллергических заболеваний у пациента;
8. Где и когда возникают обострения аллергического заболевания и как купируются;
9. Жилищные и рабочие условия;
10. Пищевой режим;
11. Анализ течения беременности (гестозы, курение и др.);
12. Ранее проводимые лабораторные обследования;
13. Оценить клинический эффект антиаллергических средств/ или элиминации аллергена и т.д.

Физикальное обследование.

Физикальное обследование проводится по стандартной схеме обследования терапевтического больного: осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация.

Это позволяет оценить общее состояние больного, выявить нарушения работы органов и систем пациента. При этом особый акцент делается на обследовании кожных покровов, органов дыхания, слизистых оболочек, лимфоидных органов. В остальном обследование идентично обследованию терапевтического больного.

Лабораторно-инструментальное обследование.

Общеклиническое обследование

Пациенты, страдающие АЗ должны быть тщательно

обследованы с целью проведения дифференциальной диагностики, оценки степени тяжести и подборки объема лечебно-профилактических мероприятий.

Для этого обычно применяют методы:

1. Клинический анализ крови;
2. Общий анализ мочи;
3. Биохимический анализ крови;
4. Цитологическое и бактериологическое исследование секретов носа, зева и др.;
5. Общий анализ мокроты;
6. Вирусологическое обследование;
7. Паразитологическое обследование;
8. Копрограмма;
9. УЗИ брюшной полости;
10. Гормональное обследование;
11. Ревматологические пробы;
12. В случае необходимости оценка функции системы дыхания;
13. Консультации смежных специалистов.

Специфическое аллергологическое обследование

1. Кожное тестирование.
2. Prick и скарификационное тестирование.
3. Провокационные пробы
4. Элиминационный тест

Принципы лечения аллергических заболеваний.

Выделяют несколько основных принципов лечения АЗ:

1. Элиминационные мероприятия.
2. Фармакотерапия.

ONTUSTIK-QAZAQSTAN MEDISINA AKADEMIASY «Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ		 SOUTH KAZAKHSTAN MEDICAL ACADEMY АО «Южно-Казахстанская медицинская академия»
Кафедра «ОВП и Дерматовенерологии»		61/
Лекционный комплекс по дисциплине «Основы общей врачебной практики».		Стр. 77 из 77

3.Аллергенспецифическая иммунотерапия.

4.Обучение больного.

Элиминационные мероприятия

Элиминационным мероприятиям в аллергологии отводится едва ли не центральная роль. Полноценно исключить аллерген из контакта с пациентом - это первое с чего необходимо начинать лечебные мероприятия (А). Ниже приводятся данные обоснованных особенностей ограничения контакта с аллергенами различных групп.

Бытовая сенсibilизация

В этом случае, необходимо, ограничить контакт с домашней, библиотечной пылью и особенно клещами домашней пыли (А).

Пищевая сенсibilизация

При пищевой аллергии следует, прежде всего, исключить из контакта пищевой продукт, на который имеется сенсibilизация, а также продукты, имеющие с ним перекрестные реакции при доказанной клинической значимости.

Обучение больного.

В рамках обучения больного необходимо обеспечить участие больных или пациентов имеющих риск развития АЗ в специальных образовательных программах. Это позволит слушателям ознакомиться с причинами, механизмами развития, принципами диагностики, лечения и профилактики АЗ, а также улучшить взаимопонимание в системе врач-больной. Формы обучения могут быть очными (аллергошколы, ассоциации больных) или заочными (брошюры, информационные листки и др.).

Фармакотерапия аллергических заболеваний.

Стабилизаторы мембран тучных клеток.

Антигистаминные средства

Антилейкотриеновые препараты

Глюкокортикостероидные препараты

Иммуносупрессивная терапия

Профилактика аллергических заболеваний. Первичная профилактика.

- 1.Грудное вскармливание минимум до 4-6мес.возраста ,а в случае невозможности его проведения, у детей высокого риска АЗ использовать в питании гидролизные смеси (А), а не смеси сои в виду риска развития на них аллергических реакций (В).
- 2.В период беременности и лактации, рекомендована сбалансированная диета содержащая все необходимые нутриенты (А).
- 3.Исключение активного и пассивного курения (А), а также ограничение контакта с другими внешними и внутренними воздушными поллютантами, например выхлопными газами (В).
- 4.Не рекомендовано содержать животных, особенно кошек, в квартире, где проживает ребенок высокого риска развития АЗ (В).
- 5.Проведение организационно-методической работы среди населения, особенно беременных, лиц с высоким риском возникновения АЗ, а также медработников (А).
- 6.Рекомендовано снижение массы тела для детей с избыточной массой тела для профилактики развития аллергии (А).
- 7.Устранение контакта с профессиональными сенсibilизаторами и раздражающими веществами с первого месяца беременности (А).
- 8.Поддержание в помещении невысокой влажности (В) и уменьшение загрязнения воздуха помещения (С).

К мерам вторичной и третичной профилактики АЗ относится своевременное устранение из контакта выявленных аллергенов, наблюдение у аллерголога-иммунолога, регулярное об-

следование пациента, лечение пациента с учетом рекомендованных стандартов по каждой нозологической форме.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

1.Тема № 15: Особенности ведения детей с обструктивным синдромом.

2. Цель: Диагностика и лечение детей с обструктивным синдромом.

3. Тезис лекции:

Обструктивный синдром у детей - острое состояние, обусловленное диффузным воспалением слизистой оболочки бронхов различной этиологии, протекающее с обструкцией дыхательных путей.

Факторы риска:

1. загрязнение окружающего воздуха;
2. низкое социально-экономическое положение;
3. наследственная предрасположенность;
4. аллергическая настроенность;
5. аденовирусная инфекция.

Диагностические критерии:

- жалобы и анамнез

1. шумное дыхание, экспираторная одышка;
2. навязчивый, постоянно прогрессирующий кашель, чаще возникающий ночью, связанный с простудой;
3. повышение температуры тела;

- физикальное обследование

1. перкуторно коробочный звук;
2. локализация и характер хрипов изменяются после кашля. Хорошая реакция на бронхолитики;
3. наличие затрудненного выдоха, на этом фоне – свистящие сухие хрипы.

Дифференциальный диагноз

ДИАГНОЗ или причина заболевания	В пользу диагноза
---------------------------------------	-------------------

Обструктивный и бронхит	- В анамнезе астмоидное дыхание было связано только с простудой - Отсутствие астмы/экземы/поллиноза у ребенка и членов семьи - Удлиненный выдох Аускультативно – сухие хрипы, ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей) - Хорошая реакция на бронхолитики - Проявления обычно менее выражены, чем при астме
Астма	- Повторяющееся астмоидное дыхание в анамнезе, в некоторых случаях не связанное с ОРВИ - Расширение грудной клетки - Удлиненный выдох - Аускультативно – ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей) - Хорошая реакция на бронхолитики
Бронхиолит	- Первый эпизод астмоидного дыхания у ребенка в возрасте младше 2 лет - Астмоидное дыхание во время сезонного повышения заболеваемости бронхиолитом - Расширение грудной клетки - Удлиненный выдох - Аускультативно – ослабленное дыхание (если сильно выражено – исключить непроходимость дыхательных путей) - Слабая/отсутствие реакции на бронхолитики
Иородное тело	- В анамнезе внезапное развитие механической обструкции дыхательных путей (ребенок «подавился») или астмоидного дыхания - Иногда астмоидное дыхание или патологическое расширение грудной клетки с одной стороны; - Задержка воздуха в дыхательных путях с усилением перкуторного звука и смещением средостения - Признаки коллапса легкого: ослабленное дыхание и притупление перкуторного звука - Отсутствие реакции на бронхолитические средства
Пневмония	- Кашель и учащенное дыхание - Втяжение нижней части грудной клетки - Лихорадка - Аускультативные признаки – ослабленное дыхание, влажные хрипы - Раздувание крыльев носа - Кряхтящее дыхание (у младенцев раннего возраста)

Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий
Перечень основных диагностических мероприятий:

1. Рентгенография органов грудной клетки;
2. Общий анализ крови;
3. Общий анализ мочи;
4. Исследования кала на я/глист.

Перечень дополнительных диагностических мероприятий:

1. Пикфлоуметрия;
2. Исследование функций внешнего дыхания;
3. Консультация аллерголога;
4. Анализ и посев мокроты.

Тактика лечения

Цели лечения

1. Купирование явлений дыхательной недостаточности и приступов удушья, восстановление дыхательных функций.
2. Ликвидация симптомов интоксикации, улучшение самочувствия, нормализация аппетита и температуры тела.

Немедикаментозное лечение

1. Адекватная гидратация (обильное теплое питье)
2. Поощрение грудного вскармливания и адекватное питание соответственно возрасту
3. Постельный режим на период лихорадки и дыхательной недостаточности.

Медикаментозное лечение

Амброксол в таблетках по 30,0 мг 3 раза в день в течение 7-10 дней, детям до 1 года – сироп 15 мг/5 мл 3 раза в день.

Антибиотикотерапия назначается лишь в случае затяжной лихорадки и наличия других признаков пневмонии: амоксициллин 15 мг/кг х 3 раза в день в течение 5 дней или защищенные пенициллины (амоксициллин + клавулановая кислота 20-40 мг/кг 3 раза в день).

Купирование лихорадки – выше 38,5о (парацетамол – 10-15 мг/кг х 4 раза в день). Лечение сальбутамолом применяют только детям от 1 года в дозах: ингаляции 0,2- 0,3мг/кг/сут или по 1-2 дозы 2-4 раза в сутки, а также в капсулах 2,0мг по 1 капс. 3р в день.

Показания к госпитализации

1. астматический статус;
2. неэффективность бронхолитиков в течение 3 дней;
3. признаки тяжелой дыхательной недостаточности;
4. стрidor в покое.

Профилактические мероприятия

- ограничение контактов с больными и вирусоносителями
- ношение масок и мытье рук членов семьи с заболеванием ОРВИ.
- поддержание оптимального воздушного режима в помещении
- проведение закаливающих мероприятий

Дальнейшее ведение

1. Повторный осмотр участкового врача через 2 дня или раньше, если ребенку стало хуже или он не может пить или сосать грудь, появляется лихорадка, учащенное или затрудненное дыхание (научить мать, в какой ситуации необходимо срочно вновь обратиться к врачу).
2. При рецидиве обструктивного синдрома ребенок нуждается в консультации и дальнейшем лечении у пульмонолога и аллерголога.

4. Иллюстративный материал: прилагается

5. Литература: в конце

6. Контрольные вопросы:

1. Эпидемиология.
2. Классификация.
3. Диагностика.
4. Тактика ведения в амбулаторных условиях.
5. Показания к госпитализации.
6. Динамическое наблюдение.
7. Вопросы врачебно-трудовой экспертизы.
8. Профилактика.

Литература:

1. О ЗДОРОВЬЕ НАРОДА И СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI РК.
2. Положение о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь. Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 года № 7.
3. Клинический протокол лечения и диагностики пневмонии от 5 октября 2017 года № 29.
4. Клинический протокол лечения и диагностики COVID-19 от 25 июля 2022 года № 166.
5. Клинический протокол лечения и диагностики острого коронарного синдрома от 23 июня 2016 года № 5.
6. Клинический протокол лечения и диагностики артериальной гипертензии от 3 октября 2019 года № 74.
7. Клинический протокол лечения и диагностики острой ревматической лихорадки и хронической ревматической болезни сердца от 29 сентября 2016 г. № 12.
8. Клинический протокол лечения и диагностики язвенной болезни от 29 июня 2017 г. № 24.
9. Клинический протокол лечения и диагностики гепатита от 19 ноября 2019 г. № 77; 23 октября № 118.
10. Клинический протокол лечения и диагностики заболеваний мочеполовой системы от 29 марта 2019 г. № 60.
11. Клинический протокол лечения и диагностики железодефицитной анемии от 5 октября 2017 г. № 29.
12. Клинический протокол лечения и диагностики сахарного диабета от 4 марта 2022 г. № 158.
13. Клинический протокол лечения и диагностики гипертиреоза от 18 августа 2017 года №26.
14. Клинический протокол лечения и диагностики рахита от 27 ноября 2015 года №17.
15. Постановление Правительства Республики Казахстан «Об утверждении перечня заболеваний, подлежащих обязательным профилактическим прививкам в рамках гарантированного объема медицинской помощи, правил, сроков и групп населения, подлежащих профилактическим прививкам» от 24 сентября 2020 года №612.
16. Клинический протокол лечения и диагностики желтухи новорожденных от 6 октября 2022 года №171.
17. Клинический протокол лечения и диагностики пневмонии у детей от 5 октября 2017 года №29.
18. <https://media.skma.edu.kz/Pneumonia>.
19. [https://media.skma.edu.kz/Острый коронарный синдром](https://media.skma.edu.kz/Острый_коронарный_синдром).
20. [https://media.skma.edu.kz/Диагностика артериальной гипертензии](https://media.skma.edu.kz/Диагностика_артериальной_гипертензии)