

**ГБОУ ВПО ОрГМУ Минздрава РФ
Кафедра госпитальной педиатрии**

Зав.каф. проф.д.м.н. Скачкова М.А.■

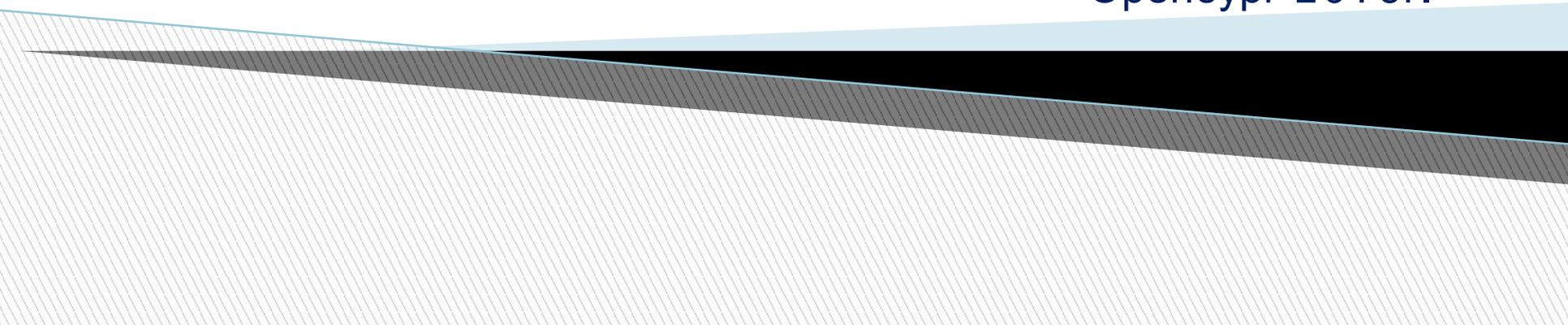
Организация диспансеризации детей с БЛД

Проверила: к.м.н. асс. Рыбалкина М.Г.

Выполнила: студентка 61 гр.

Пед. фак. Агзамова Ю.А.

Оренбург 2016г.



Диспансеризация

- ▣ Активный метод динамического наблюдения за состоянием здоровья отдельных контингентов с целью раннего выявления заболеваний, взятия на учет, диспансерного наблюдения, комплексного лечения больных, проведения мероприятий по их оздоровлению.

Диспансеризация в ДП обеспечивает:

- Раннее выявление детей групп риска по формированию хронической патологии;
- Динамическое наблюдение за детьми с выявленной хронической и врожденной патологией;
- Контроль над состоянием здоровья ребенка в соответствии индивидуальными планами наблюдения;
- Проведение противорецидивных мероприятий;
- Выявление и санация хронических очагов инфекции;
- Организацию восстановительного лечения детей с хр. патологией

Основные принципы диспансеризации:

- 1. Этапность (ДП- стационар- местный санаторий, отделения восстановительного лечения- ДП)
 - 2. Индивидуальный подход
 - 3. Системность и непрерывность «Д» наблюдения
 - 4. Внедрение в практику здравоохранения научно обоснованных, унифицированных подходов к лечению и профилактике хронической и врожденной патологии
 - 5. Стандартизация, разработка организационных мероприятий по совершенствованию педиатрической помощи больным детям
- 

Бронхолегочная дисплазия

- ▣ **Бронхолегочная дисплазия (БЛД) — хроническое заболевание морфологически незрелых легких, развивающееся у новорожденных детей в процессе интенсивной терапии респираторных расстройств с помощью искусственной вентиляции легких и/или пневмонии.**

Куритерий диагностики БЛД:

- ИВЛ на первой неделе жизни и/или респираторная · терапия с постоянным положительным давлением в дыхательных путях через носовой катетер;
- терапия кислородом (более 21%) в возрасте 28 дней и старше;
- сохранение дыхательной недостаточности к концу неонатального периода;
- интерстициальный отек, чередующийся с участками повышенной прозрачности легочной ткани, фиброз, лентообразные уплотнения на рентгенограмме.

При организации наблюдения за пациентом с БЛД в амбулаторных условиях необходимо соблюдать следующие принципы:

- гипоаллергенного режима;
- минимизация контактов с инфекционными больными;
- обеспечение адекватного питания с повышенным содержанием белка и высоким калоражем (120—150 ккал/кг в сут);
- совместное с узкими специалистами (пульмонолог, кардиолог, окулист, иммунолог, невропатолог) наблюдение с целью выработки комплексного плана реабилитации;
- проведение иммунизации в полном объеме;
- раннее и адекватное лечение интеркуррентных инфекций.

Необходимые исследования у детей с БЛД на амбулаторном этапе

Исследования

- ОАК
- Rg-графия гр. клетки
- ЭКГ
- Бронхофонография с бронхолитической пробой
- ЭХО-КС с определением $P_{арт.}$ в ЛА
- Спирометрия
- Измерение АД
- КТ гр. клетки
- Аллер. Обследование
- Пульсоксиметрия

Частота

- 1 раз в 6 мес.
- 1 раз в 6 мес.
- 1 Раз в 6 мес.

- 1 раз в год

- 1 раз в 3-6 мес

- 1 раз в год
- 1 раз в 3-6 мес.
- По показаниям
- По показаниям
- По показаниям

Реабилитация при БЛД:

- **Режим.**
 - Охранительный:
 - Минимизировать контакты с инфекционными больными;
 - Исключить пассивное курение;
 - Соблюдать гипоаллергенный режим
- 

Реабилитация при БЛД:

- ▣ **Питание.**
- ▣ В амбулаторных условиях при достижении массы тела 1800 г недоношенный ребенок с БЛД, получающий смеси с содержанием белка 2,3—2,5 г/100 мл (Пренутрилон 0, Симилак специальный уход, Фрисопре), и при массе 2500 г, если получал смесь с содержанием белка не более 2,2 г/100 мл (Хумана-0-ГА), должен переводиться на последующие смеси для недоношенных (специализированные смеси для недоношенных после выписки из стационара), отличающиеся от стандартных смесей для доношенных повышенным содержанием белка, витаминов Е, А, С, Д, кальция, фосфора, железа, нуклеотидов, пребиотиков (Симилак неошур, Пренутрилон 1).

Медикаментозная терапия:

- Персистирующее хроническое воспаление у детей с БЛД, клиническим эквивалентом которого являются обострения заболевания, определяет назначение данным пациентам базисной противовоспалительной терапии ИКС. Данная терапия рекомендуется детям грудного и раннего возраста, страдающим среднетяжелой и тяжелой классической БЛД недоношенных, БЛД доношенных, при частых обострениях, сопровождающихся БОС, и госпитализациях по поводу обострений и доказанной эффективности.
- Дети с легкой и новой формой БЛД недоношенных в базисной терапии ИКС не нуждаются

Медикаментозная терапия:

- Показания для назначения базисной терапии:
- симптомы ХДН (тахипноэ, одышка) и бронхиальной обструкции вне обострения заболевания;
- частые обострения заболевания;
- развитие облитерирующего бронхолита, среднетяжелой/тяжелой бронхиальной астмы

Базисная терапия:

- Используется суспензия будесонида (пульмикорта) в дозе 500 мкг/сут с помощью компрессионных небулайзеров. В ультразвуковых небулайзерах пульмикорт разрушается. Использование меньших доз у детей с БЛД нецелесообразно. При обострении заболевания возможно повышение дозы будесонида до 750 мкг/сут на короткий период (до 7—10 дней). При обострении заболевания также назначается фенотерол + ипратропия бромид (беродуал). У детей старше года могут быть назначены флутиказона пропионат или беклометазон в эквивалентных дозах с помощью дозированных ингаляторов через спейсер с маской.

Базисная терапия:

- Критериями прекращения базисной терапии являются:
 - отсутствие обострений заболевания при ОРЗ;
 - ликвидация симптомов ХДН;
 - нормализация показателей газов крови;
 - уменьшение гиперинфляции на рентгенограмме органов грудной клетки;
 - отсутствие развития облитерирующего бронхолита, бронхиальной астмы.
- 

Базисная терапия:

- Иногда базисная терапия может быть возобновлена на короткий срок (до 1—3 месяцев) после перенесенного тяжелого обострения БЛД. Можно считать, что если ребенок, не находящийся уже на базисной терапии ИКС, переносит ОРЗ без обострения БЛД, то в базисной терапии такой ребенок не нуждается.
- Отмена ИКС проводится постепенно (на 10% дозы в неделю) в зависимости от тяжести болезни. Длительность курса базисной терапии определяется тяжестью заболевания и может иметь срок от 3 месяцев до 3 лет.
- При тяжелом течении БЛД с выраженной обструкцией + бронхолитики.

Медикаментозная терапия:

- ▣ *Длительная кислородотерапия.*
- ▣ Дети с тяжелой БЛД, осложненной развитием ХДН II степени (SaO_2 75—89%, $PaO_2 \geq 40$ —59 мм рт. ст.), тяжелой легочной гипертензией нуждаются в домашней кислородотерапии (не менее 15 ч/сут) с продолжительной пульсоксиметрией для поддержания SaO_2 выше 92%, а у больных с легочной гипертензией—выше 94%.
- ▣ Кислород требует четкого соблюдения правил дозирования. При использовании назальных канюль большинству больных БЛД достаточно потока кислорода 1—2 л/мин, хотя у наиболее тяжелых пациентов и при ингаляциях кислорода в палатку поток может быть увеличен до 4—5 л/мин. В ночное время и при физических нагрузках может потребоваться увеличение потока кислорода.

Медикаментозная терапия:

- ▣ Антибактериальная терапия
- ▣ проводится при интеркуррентных заболеваниях.
- ▣ Симптоматическая терапия
- ▣ Проводится при развитии осложнения, которые регистрируются с частотой: ХДН (15-60%), ОДН на фоне ХДН (8-65%), ЛГ (21-23%), легочное сердце (4%), системная АГ (13-43%), гипотрофия (25-40%).

Немедикаментозное лечение:

- ▣ Вибрационный массаж
 - ▣ Точечный массаж
 - ▣ Бальнеотерапия (общеукрепляющая)
- 

Профилактические стратегии на этапе реабилитации

- Профилактика ОРВИ и пассивного курения в быту
 - Восстановительное лечение, реабилитация
 - Пассивная иммунизация против тяжелого течения РСВ-инфекции
 - Вакцинация против возбудителей респираторного спектра
- 

Вакцинация

- ▣ Детям с БЛД рекомендуется выполнение вакцинации в полном объеме. Важна вакцинация против пневмококковой инфекции.
- ▣ Для профилактики тяжелой РСВ-инфекции
- ▣ Используется паливизумаб (Синагис).
- ▣ Вакцинация против гриппа.

