

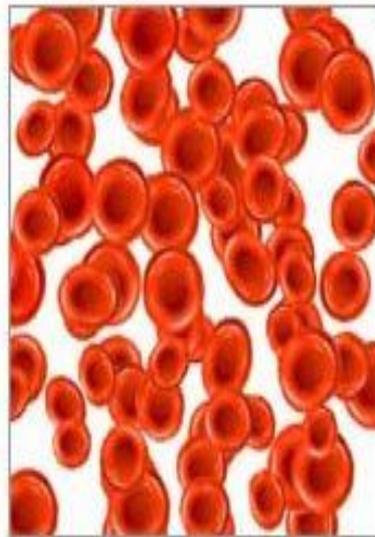
Профилактика  
рахита.

Профилактика  
гипотрофии и  
анемии у детей

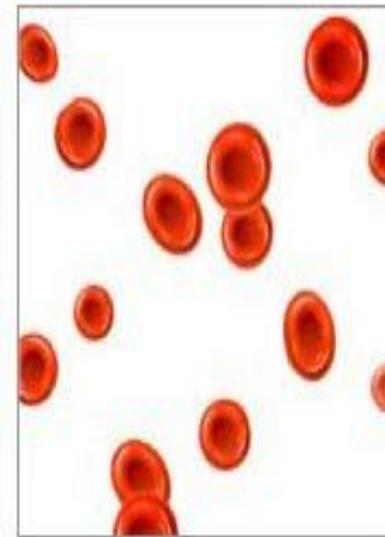
- Это клинико-гематологический симптомокомплекс, характеризующийся уменьшением количества эритроцитов и гемоглобина в единице объема крови.

# АНЕМИЯ:

Нормальная  
концентрация  
эритроцитов



Анемия



- ▣ заболевание, возникающее в результате дефицита железа в организме.
- ▣ Это состояние развивается чаще всего у детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет - 80% всех анемий.
- ▣ Также в группу риска по развитию железодефицитного состояния относятся подростки.
- ▣ По данным здравоохранения анемия встречается у каждого третьего ребенка в возрасте до 3 лет и у каждого четвертого в возрасте до 6 лет.
- ▣ Латентный дефицит железа встречается в 2 раза чаще.

# Анемия



1. алиментарный дефицит железа, когда потребности железа не удовлетворяются поступающим с пищей железом.

Для детей грудного возраста на 1 месте по уровню усвояемости железа из пищи стоит грудное молоко, хотя железа в молоке мало, но оно почти полностью усваивается.

Железо содержится во всех современных молочных смесях.

К продуктам, богатым по содержанию железа, относятся: печень, гречка, мясо, рыба, пшено, перловка, шиповник, черника

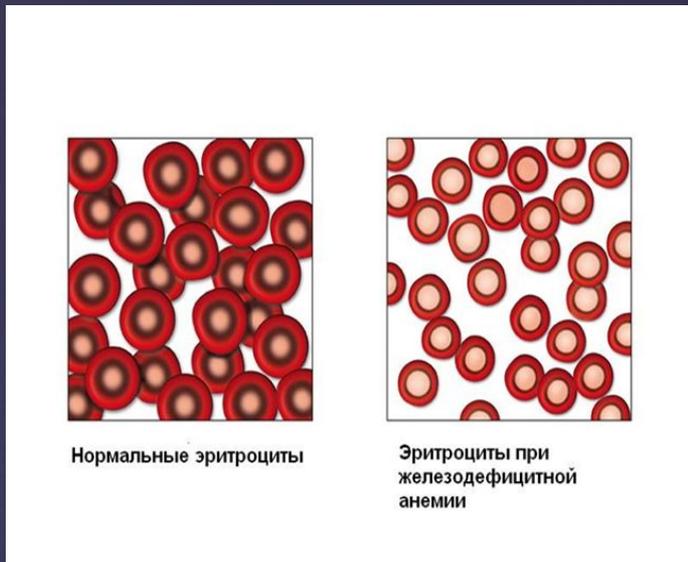


*Причины развития анемии могут быть следующие факторы*

▣ 2.низкий антенатальный запас железа, об этом свидетельствует анемия матери во время беременности, неблагополучие в родах, хронические очаги инфекции у беременной, маленький промежуток времени меньше 3 лет от предыдущей беременности. Почти все матери детей из домов ребенка имели выше перечисленные факторы.



*Причины развития анемии*



- ▣ 3. высокие темпы физического развития
- ▣ нарушение всасывания железа вследствие патологии кишечника
- ▣ повышенные потери железа из организма на фоне аллергических заболеваний, когда происходит слущивание с кожи, с тонкого кишечника эпителия и вместе с ним микропотери крови; при полипах, трещинах прямой кишки и т.д

*Причины развития анемии*

- ▣ бледность и сухость кожи, волосы редкие и тусклые, скатываются на затылке, растут волосы медленно; отмечается извращение обоняния и вкуса, снижается аппетит. Нарушается мышечный тонус всех отделов - общая гипотония, срыгивание, энурез, диарея за счет ослабления сфинктеров.

## Основные клинические симптомы анемии:

- При гипоксии компенсаторно увеличивается частота сердечных сокращений, увеличивается печень и селезенка, отмечается повышение температуры. Нарушается поведение, ребенок становится плаксивым, раздражительным, нарушается сон, отмечается задержка психо-моторного развития, особенно у детей раннего возраста.

## Основные клинические симптомы анемии:

- ▣ Диспансерному наблюдению участкового педиатра или семейного врача подлежат все дети с дефицитной анемией. В случае тяжелой анемии обязательное одновременное наблюдение детского гематолога. Больных дефицитной анемией легкой степени относят к III группе здоровья (с компенсированным течением заболевания), средней степени тяжести - до IV (с субкомпенсированным течением заболевания), тяжелой степени - до V группы (с декомпенсированным течением заболевания).

# Диспансерное наблюдение.

- ▣ Частота осмотров медработниками в период разгара заболевания - 2-3 раза в месяц, в период клинико-лабораторной ремиссии - раз в месяц.
- ▣ С диспансерного учета больных снимают через год, если нормализуются показатели гемограммы. Профилактические прививки проводят через 1 мес от начала клинико-лабораторной ремиссии.

# Диспансерное наблюдение.

- ▣ Первичную профилактику по дефицитной анемии проводят как среди здорового детского населения, так и среди беременных и детей с факторами риска развития дефицитной анемии.



# Профилактика.



- анемии заключается в раннем (в первые 12 нед. беременности) взятии беременной на учет и охвате ее регулярным диспансерным наблюдением, которое осуществляют акушер-гинеколог и педиатр.
- Беременная должна соблюдать режим труда, сна, отдыха, сбалансированного рационального питания, которое вмещало бы достаточное количество белка, особенно незаменимых аминокислот, коротко-и длинноцепочечных полиненасыщенных жирных кислот, углеводов, микро-и макроэлементов (железа, кобальта, меди), витаминов

**Первичная антенатальная профилактика**



- дефицитной анемии заключается в назначении беременной после 23 нед беременности препаратов железа (сульфат железа - 200 мг 3 раза в сутки, фолиевой кислоты • - по 300 мкг 1 раз в сутки) или поливитаминных препаратов с микроэлементами (юникап, дуовит, гравинол , рибовит).
- Матерям из группы риска по развитию дефицитной анемии ребенка надо проводить профилактику и лечение анемии и пиелонефрита, аномалий плаценты, кровотечений, инфекционных заболеваний. Важным является санитарно-просветительная работа, борьба с употреблением алкоголя, курением и т.д.

# Специфическая антенатальная профилактика



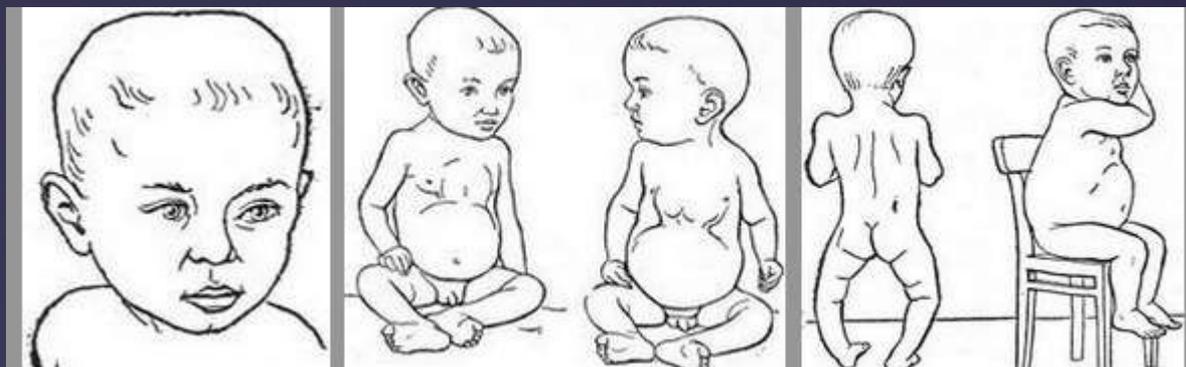
- ▣ у детей заключается в длительном естественном вскармливании, своевременном введении прикорма.
- ▣ Детей, находящихся на смешанном и искусственном вскармливании, нужно кормить адаптированными смесями,
- ▣ детей из группы риска по развитию дефицитной анемии- адаптированными смесями с добавлением солей органического и неорганического железа
- ▣ Профилактика заболеваний

# Постнатальная профилактика анемии



- с 1,5 мес назначают поливитаминные препараты с микроэлементами, препараты железа (гемостимулин - по 0,05 г 3 раза в день внутрь, железо-аскорбиновую кислоту - 0,025-0,05 г 3 раза в день внутрь).
- Курс длится 6-8 нед. С 2-3 недель до грудного молока или адаптированных смесей добавляют: 0,01% раствор сульфата меди из расчета 1 мл (100 мкг) на 1 кг массы тела 0,0001% раствор сульфата кобальта из расчета 0,2 мг (2 мкг) на 1 кг массы тела в течение 6-10 мес.

Детям из группы риска по развитию дефицитной анемии



- ▣ это заболевание обменного характера, в его основе нарушение фосфорно-кальциевого обмена, недостаток витамина Д.
- ▣ Это хроническое заболевание, при котором нарушается нормальное отложение солей кальция в растущих костях.

# РАХИТ:

- ▣ Антенатальная (направлена на беременную женщину):  
специфическая  
неспецифическая
- ▣ Постнатальная (направлена на ребенка после родов)



# Профилактика рахита

- соблюдение оптимального режима для беременной с чередованием труда и отдыха,
  - Достаточное пребывание беременной на свежем воздухе (прогулки не менее 2-4 часов ежедневно, при любой погоде);
  - Сбалансированное рациональное питание (ежедневное употребление не менее 180 г мяса, 100 г рыбы - трижды в неделю, 100-150 г творога, 30-50 г сыра, 300 г хлеба, 500 г овощей, 0,5 л молока или кисломолочных продуктов), прием поливитаминов;
  - Предупреждение и лечение заболеваний до беременности и во время нее

Неспецифическая  
антенатальная  
профилактика рахита:



- ▣ В зимний и весенний периоды, особенно в северных районах, можно использовать курс УФО (начиная с  $\frac{1}{4}$  биодозы, постепенно увеличивая ее до 2 биодоз; минимальное расстояние 1 метр, курс 20-30 сеансов ежедневно или через день);
- ▣ Беременным группы риска (нефропатии, сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ревматизм), начиная с 18 недель беременности необходимо принимать витамин Д в дозе 500-1000 МЕ в течение 8 недель независимо от времени года.

Специфическая  
антенатальная профилактика  
рахита:



- Неспецифическая:
  - Сохранение естественного вскармливания;
  - Рациональное питание при смешанном и искусственном вскармливании;
- необходимо подбирать смеси, максимально приближены к женскому молоку, содержащие 100%-ную лактозу, которая усиливает всасывание кальция, холекальциферол, с соотношением кальция и фосфора, равное 2;
  - Максимальное пребывание на свежем воздухе;
  - Ежедневный массаж и гимнастика;
  - Соблюдение правил ухода, гигиены и воспитания ребенка.



# Постнатальная профилактика рахита

- Идиопатическая кальциурия (болезнь Вильямса-Бурное)
- гипофосфатазия;
- Органическое поражение ЦНС с симптомами микроцефалии и краниостеноз

Противопоказания к  
назначению  
профилактической дозы  
витамина Д:

- . Прогноз течения заболевания обычно благоприятный, но после выздоровления у детей могут сохраняться нарушения осанки, кариес зубов, остаточные деформации грудной клетки, конечностей, таза.



# Прогноз заболевания

- ▣ это хронические расстройства питания преимущественно у детей раннего возраста, которые характеризуются дефицитом массы тела относительно роста или дефицитом массы и дефицитом роста.



# ГИПОТРОФИИ:

- -алиментарные факторы, т.е. недокорм, нарушение режима питания
- -инфекционный фактор, когда дефицит массы возникает на фоне заболевания
- -пороки развития органов брюшной полости
- -нарушения ферментативных функций и как следствие обмена веществ
- -соматические заболевания ребенка
- -эндокринная патология и еще ряд причин

**Причинами возникновения гипотрофий бывают:**

- ▣ на устранении причин заболевания, на диетотерапии, заместительной терапии в виде назначения витаминов, ферментов и т.д. Обязательным условием лечения должна быть компенсация недостающего питания жидкостью.
- ▣ Критерием выздоровления являются нормальные показатели трофики ребенка, хороший эмоциональный тонус. Нормальные росто-весовые показатели, отсутствие функциональных изменений внутренних органов



Лечение гипотрофий  
основывается

- гипотрофии заключается в создании оптимальных бытовых условий для беременной, сбалансированном рациональном питании, устранении влияния профессиональных вредных факторов и вредных привычек.

Профилактика и лечение экстрагенитальной патологии, патологии беременности и родов предотвращают развитие хронических нарушений питания у ребенка.

Динамическое антенатальное наблюдение за беременной акушером-гинекологом и педиатром является залогом нормального физического и психического развития ребенка как во внутриутробный период, так и в период раннего

а.



# Антенатальная профилактика



- рациональное естественное вскармливание не менее 12 мес,
- своевременное введение полноценного прикорма,
- коррекция питания по основным ингредиентам,
- организация правильного ухода, режима, предотвращения инфекционных заболеваний.
- Большое значение имеют профилактика и лечение гипогалактии у кормящей, лактостаза, мастита.
- Перевод на смешанное и искусственное вскармливание должно быть аргументированным, на основании веских причин.
- При этом важно подобрать адекватные адаптированные смеси.
- Закаливание ребенка, начиная от дня рождения, массаж, гимнастика, положительные эмоции способствуют физиологическому развитию младенца.

Постнатальная  
гипотрофии

профилактика

- ▣ Прогноз течения гипотрофии I-II ступеней благоприятный, выздоровление наступает в течение 3-6 нед, с постепенным переходом с II степени в I и ейтрофию.
- ▣ При гипотрофии III степени, особенно в первые месяцы жизни, с присоединением интеркуррентных, инфекционных заболеваний, осложнений прогноз тяжелее.
- ▣ Для выздоровления нужно не менее 3-4 мес.

## Прогноз заболевания и критерии эффективности диспансеризации

- проводят в соответствии с группой диспансеризации, степени тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и осложнений.
- Критериями эффективности надзора является повышение эмоционального тонуса, нормализация аппетита, улучшения состояния кожи и тургора тканей, ежедневная и ежемесячная прибавка в массе тела по возрастным нормам, оптимизация индекса Чулицкой и других, восстановление утраченных навыков по психомоторного развития и освоения НОВЫХ.
- Показателем эффективности диспансеризации является уменьшение степени тяжести гипотрофии.

Оценку эффективности  
диспансеризации детей, больных  
гипотрофией

- Ребенка с гипотрофией переводят в I группу здоровья тогда, когда масса тела ее не отличается от должного более чем на 10%, а также при отсутствии патологических изменений, о чем свидетельствуют результаты общеклинического, лабораторного и инструментального исследований.
- Итак, профилактически-реабилитационные мероприятия (выявление анте-и постнатальных факторов риска, формирования на их основе групп риска, раннее активное выявление гипотрофии, динамичный регулярный диспансерное наблюдение, качественная реабилитация и профилактика) позволят предотвратить развитие нарушений питания у детей раннего возраста.





Спасибо за внимание