

федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего
образования

Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова
Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Сеченовский Университет)

Клинический институт детского здоровья имени Н.Ф.Филатова

Кафедра пропедевтики детских болезней

Методические материалы по дисциплине:

Поликлиническая и неотложная педиатрия

основная профессиональная образовательная программа высшего образования -
программа специалитета

КОД Наименование ОП: 31.05.02 Педиатрия

Аллергические заболевания в практике врача педиатра участкового



СЕВОСТЬЯНОВ

Владислав Константинович,

к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики детских
болезней Первого МГМУ им. И.М. Сеченова, врач
педиатр, детский ревматолог



Клинические рекомендации

Атопический дерматит у детей

МКБ 10: **L20.8 / L20.9**

Год утверждения (частота пересмотра): **2016** (пересмотр каждые 3 года)

ID:

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Союз педиатров России**
- **Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов**
- **Российское общество дерматовенерологов и косметологов**

Утверждены

- Союзом педиатров России
- Российским обществом дерматовенерологов и косметологов
- Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.



Ведение пациентов с
атопическим
дерматитом на
амбулаторном этапе

Дефиниции

Атопический дерматит — хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, возрастной морфологией высыпаний и стадийностью.

Атопический дерматит начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи.

Атопический дерматит в большинстве случаев развивается у лиц с наследственной предрасположенностью и часто сочетается с другими формами аллергической патологии.

Коды по МКБ-10

L20. Атопический дерматит.

- L20.8. Другие атопические дерматиты.
- L20.9. Атопический дерматит неуточненный.



Эпидемиология



ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ КОЛЕБЛЕТСЯ,
ПО ДАННЫМ РАЗЛИЧНЫХ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ
ИССЛЕДОВАНИЙ, ОТ 6,0 ДО 25,0
НА 1000 НАСЕЛЕНИЯ.



РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ СИМПТОМОВ
АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В
РАЗЛИЧНЫХ РЕГИОНАХ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ (РФ) СОСТАВЛЯЕТ ОТ 6,2%
ДО 15,5%

Первичная профилактика

- ✓ Беременные с отягощенной наследственностью по аллергии и особенно при ее наличии должны исключить или максимально ограничить контакты с любыми (пищевыми, бытовыми, профессиональными) аллергенами.
- ✓ В раннем постнатальном периоде необходимо ограничить новорожденных от излишнего приема лекарственных препаратов и раннего искусственного вскармливания, которые ведут к стимуляции синтеза IgE.
- ✓ У новорожденного с факторами риска развития атопического дерматита необходимы правильный уход за кожей, нормализация деятельности ЖКТ, организация рационального питания с разъяснением необходимости грудного вскармливания, рационального введения прикорма, а также соблюдение рекомендаций по гипоаллергенному режиму.



Вторичная профилактика

- ✓ Соблюдение матерью гипоаллергенной диеты во время кормления грудью ребенка, страдающего атопическим дерматитом уменьшает тяжесть течения заболевания.
- ✓ При невозможности исключительно грудного вскармливания в первые месяцы жизни у предрасположенных детей рекомендуется использование гипоаллергенных смесей (гидролизатов).



Третичная профилактика

- ✓ Предупреждение повторного появления уже имеющихся симптомов атопического дерматита и своевременной терапии развившихся обострений.
- ✓ У детей с сенсibilизацией к клещам домашней пыли при снижении концентрации клещей в окружающей среде.



Рабочая классификация атопического дерматита у детей

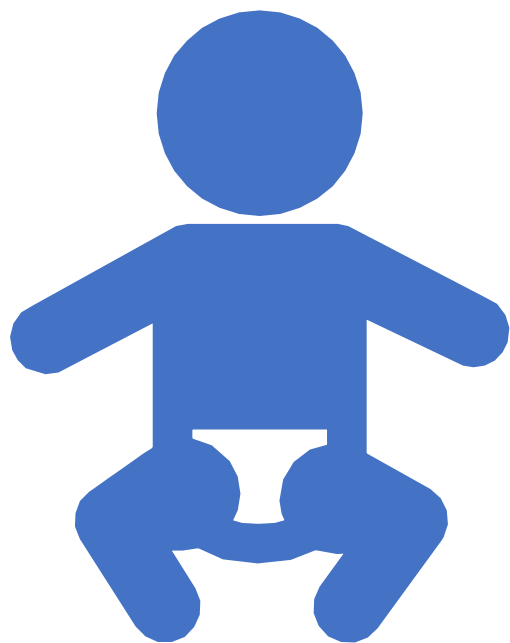
Возрастные периоды	Младенческий (с 1 мес до 2 лет)
	Детский (с 2 до 13 лет)
	Подростковый (старше 13 лет)
Стадии	Острая (зуд кожи, папулы, микровезикулы на фоне эритемы, множественные расчесы и эрозии, выделение серозного экссудата)
	Подострая (эритема, шелушение, расчесы, в том числе на фоне уплотнения кожи)
	Хроническая (утолщенные бляшки, фиброзные папулы, подчеркнутый рисунок кожи — лихенизация)
Клинико-морфологические формы	Экссудативная
	Эритематосквамозная
	Эритематосквамозная с лихенизацией
	Лихеноидная

Рабочая классификация атопического дерматита у детей

Тяжесть течения	Легкое течение (ограниченные участки поражения кожи, слабая эритема или лихенизация, слабый зуд кожи, редкие обострения — 1–2 раза в год)
	Среднетяжелое (распространенный характер поражения кожи с умеренной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, умеренный зуд, более частые обострения — 3–4 раза в год с короткими ремиссиями)
	Тяжелое (диффузный характер поражения кожи с выраженной экссудацией, гиперемией и/или лихенизацией, постоянный сильный зуд и практически непрерывное рецидивирующее течение)
Распространенность процесса	Ограниченный (локализация преимущественно на лице, площадь поражения кожи не более 5–10%)
	Распространенный (обширное поражение кожи — более 50%)
	Диффузный

Рабочая классификация атопического дерматита у детей

Клинико-этиологические варианты	С пищевой сенсibilизацией
	С грибковой сенсibilизацией
	С клещевой/бытовой сенсibilизацией
	С пылевой сенсibilизацией



Основные диагностические критерии

- Зуд кожи.
- Типичная морфология высыпаний и их локализация:
 - ✓ дети первых лет жизни — эритема, папулы, микровезикулы с локализацией на лице и разгибательных поверхностях конечностей;
 - ✓ дети старшего возраста — папулы, лихенификация симметричных участков сгибательных поверхностей конечностей.
- Ранняя манифестация первых симптомов.
- Хроническое рецидивирующее течение.
- Наследственная отягощенность по атопии.

Дополнительные диагностические критерии



Ксероз (сухость кожи).



Реакции
гиперчувствительности
немедленного типа при
тестировании с аллергенами.



Ладонная гиперлинейность и
усиление рисунка
(«атопические» ладони).



Стойкий белый
дермографизм.



Экзема сосков.



Рецидивирующий
конъюнктивит.



Клиническая картина

- ✓ Обычно манифестация атопического дерматита у детей происходит на первом году жизни.
- ✓ Заболевание проходит в своем развитии три стадии, которые могут быть разделены периодами ремиссии или непосредственно переходить одна в другую.
- ✓ Младенческая стадия атопического дерматита формируется у детей с периода новорожденности до двух лет и характеризуется острым воспалением кожи с высыпаниями в виде папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием (экссудативная форма). При ограниченной распространенности процесса подобные высыпания локализуются чаще на лице в области щек, лба и подбородка за исключением носогубного треугольника и симметрично — на кистях рук.

Клиническая картина

- ✓ При распространенной, диссеминированной форме атопического дерматита отмечается поражение кожи туловища, конечностей (преимущественно их разгибательных поверхностей).
- ✓ Для 30% больных атопическим дерматитом характерны гиперемия, инфильтрация и легкое шелушение кожи без экссудации, которые являются проявлениями эритематосквамозной формы болезни.
- ✓ Эритематозные пятна и папулы в типичных случаях сначала появляются на щеках, лбу и волосистой части головы и сопровождаются зудом. Обычно эритема усиливается вечером и почти не определяется в утренние часы.



Эритематосквамозная форма атопического дерматита с лихенизацией

Формируется у детей в возрасте от 2 до 13 лет и продолжается обычно до подросткового возраста. Отмечается значительная гиперемия кожи, выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз, складчатый характер поражений.



Лихеноидная форма атопического дерматита

- ✓ В старшем возрасте на поверхности кожи преобладают лихеноидные папулы и очаги лихенизации с типичной локализацией в складках кожи.
- ✓ Высыпания локализуются чаще всего в локтевых, подколенных, ягодичных складках, на коже сгибательных поверхностей локтевых и лучезапястных суставов, тыльной поверхности шеи, кистей и стоп.
- ✓ Отмечаются высыпания в виде лихеноидных папул, обильное шелушение, множественные расчесы и трещины кожи.
- ✓ Для этой стадии атопического дерматита характерно поражение кожи лица, определяемое как «атопическое лицо», проявляющееся гиперпигментацией век с подчеркнутыми складками, шелушением кожи век и вычесыванием бровей.
- ✓ У больных определяется очень характерный упорный и мучительный зуд кожи, особенно выраженный по ночам.



Пруригинозная форма атопического дерматита

- ✓ Может наблюдаться у подростков и взрослых.
- ✓ Характеризуется сильнейшим зудом и множественными фолликулярными папулами плотной консистенции, шаровидной формы с многочисленными рассеянными эксфолиациями на поверхности.
- ✓ Высыпания сочетаются с выраженной лихенизацией с типичной для этого возраста локализацией на сгибательных поверхностях конечностей.





Определение интенсивности клинических проявлений

Подсчитывают выраженность 6 признаков (эритема, отек/папулы, корки/мокнутие, эскориации, лихенификация, сухость кожи).

Каждый признак оценивают от 0 до 3 баллов (0 — отсутствует, 1 — слабо выражен, 2 — выражен умеренно, 3 — выражен резко; дробные значения не допускаются).

Оценку симптомов проводят на участке кожи, где они максимально выражены. Общая сумма баллов может быть от 0 (кожные поражения отсутствуют) до 18 (максимальная интенсивность всех 6 симптомов).

Один и тот же участок пораженной кожи можно использовать для оценки выраженности любого количества симптомов.

Лабораторные исследования

- Клинический анализ крови (неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз). *Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С.*
- Проведение кожных тестов со стандартизованными аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы). *Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – В.*



Определение аллергенспецифических антител к IgE в сыворотке крови

Рекомендуется определение аллергенспецифических IgE-антител в сыворотке крови. *Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А-В – в зависимости от аллергена).*

Предпочтительно для пациентов:

- с распространенными кожными проявлениями атопического дерматита;
- при невозможности отмены принимаемых антигистаминных препаратов, трициклических антидепрессантов, нейролептиков;
- с сомнительными результатами кожных тестов или при отсутствии корреляции клинических проявлений и результатов кожных тестов;
- с высоким риском развития анафилактических реакций на определенный аллерген при проведении кожного тестирования;
- для детей грудного возраста.



Определение концентрации общего IgE в сыворотке крови

- Не рекомендуется!
- Данный метод имеет низкую диагностическую ценность (низкий уровень общего IgE не указывает на отсутствие атопии и не является критерием исключения диагноза АтД).
- *Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С.*



Лечение атопического дерматита

Должно быть комплексным и патогенетическим, включающим элиминационные мероприятия, диету, гипоаллергенный режим, местную и системную фармакотерапию, коррекцию сопутствующей патологии, обучение больного, реабилитацию.



Ступенчатая терапия атопического дерматита



Местная терапия атопического дерматита

Обязательная и важная часть комплексного лечения atopического дерматита. Она должна проводиться дифференцированно с учетом патологических изменений кожи.

Цель местного лечения atopического дерматита — не только купирование воспаления и зуда, но и восстановление водно-липидного слоя и барьерной функции кожи, а также обеспечение правильного и ежедневного ухода за кожей.



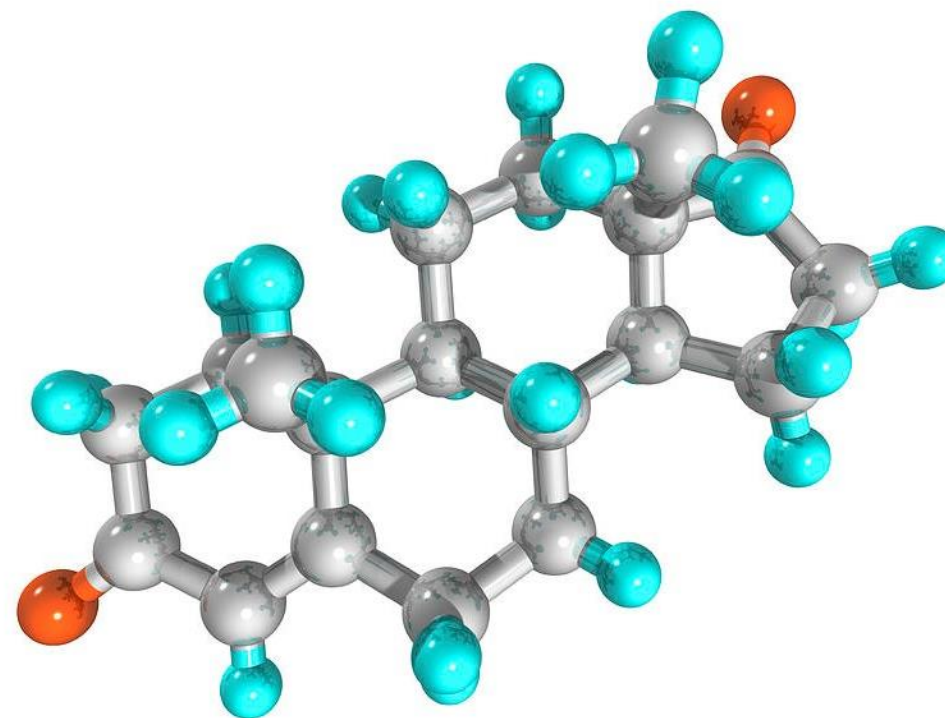
Местные ГК

Местные глюкокортикостероиды (МГК) рекомендуются как средства первой линии для лечения обострений атопического дерматита, а также препараты стартовой терапии при среднетяжелой и тяжелой формах заболевания.

Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А.

Не рекомендуется разведение официальных топических МГК индифферентными мазями при наружной терапии АД, так как такое разведение не снижает частоту появления побочных эффектов, но сопровождается значимым снижением терапевтической эффективности местных МГК

Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А.



Местные ГК



При существенном уменьшении выраженности клинических проявлений заболевания МГК можно применять интермиттирующим курсом (обычно 2 раза в неделю) в сочетании с питательными средствами для поддержания ремиссии заболевания, но лишь в том случае, если длительная терапия МГК оправдана волнообразным течением заболевания.



Топические МГК с антибактериальными и противогрибковыми свойствами рекомендуются пациентам с АД, осложненным бактериальной или грибковой инфекцией кожи. *Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А.*



Риск развития местных побочных эффектов при терапии МГК, в первую очередь содержащих фтор и/или хлор (стрии, атрофия кожи, телеангиэктазии) особенно на чувствительных участках кожи (лицо, шея, складки), ограничивает возможность длительного применения местных МГК при atopическом дерматите.

Ингибиторы кальциневрина

Топические ингибиторы кальциневрина (местные иммуномодуляторы) включают пимекролимус в форме 1% крема и такролимус в форме 0,03% и 0,1% мази.

Пимекролимус рекомендован в наружной терапии легкого и среднетяжелого АТД у детей старше 3 месяцев. Такролимус применяется в виде 0,03% мази у детей старше 2 лет и в виде 0,1% мази (либо 0,03% мази) у пациентов старше 16 лет. *Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А.*

Пимекролимус — нестероидный препарат, клеточно-селективный ингибитор продукции провоспалительных цитокинов. Подавляет синтез воспалительных цитокинов Т-лимфоцитами и тучными клетками. Подавляет высвобождение медиаторов воспаления тучными клетками, что приводит к предотвращению зуда, покраснения и отека. Обеспечивает длительный контроль над заболеванием при применении в начале периода обострения.



Ингибиторы кальциневрина



Такролимус является препаратом, разрешенным для длительной поддерживающей терапии АтД (средней степени тяжести и тяжелых форм) по схеме 2 раза в неделю в течение 12 месяцев и более у пациентов с частыми обострениями (свыше 4 эпизодов в год) с целью предупреждения новых обострений и продления периода ремиссии.



Применение мази такролимуса для поддерживающей терапии по схеме 2 раза в неделю позволяет продлить период ремиссии АтД в 6 раз по сравнению с лечением только обострений у детей и до 9 раз — у взрослых. Через 12 месяцев поддерживающей терапии необходимо оценить динамику клинических проявлений и решить вопрос о целесообразности продолжения профилактического использования такролимуса.



Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А.

Препараты дегтя

Препараты на основе дегтя, нафталана, ихтиола, дерматола уступают по своей активности современным стероидным и нестероидным средствам для лечения АТД, в настоящее время не рекомендуются для использования. Медленное развитие противовоспалительного действия и выраженный косметический дефект также ограничивает их применение.

Следует учитывать данные о возможном риске канцерогенного эффекта дериватов дегтя, что основано на исследованиях профессиональных заболеваний у лиц, работающих с компонентами дегтя.



Активированный пиритион цинка

- Рекомендовано использовать активированный пиритион цинка (0,2% аэрозоль, 0,2% крем и 1% шампунь) (нестероидный препарат с широким спектром фармакологических эффектов), его применении снижается количество расширенных сосудов, плотность периваскулярного инфильтрата, нормализуется структура рогового слоя, снижается колонизация кожи грибами.
- Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – С.



Увлажняющие и смягчающие средства

Увлажняющие и смягчающие средства рекомендуются в комплексной терапии atopического дерматита, так как восстанавливают целостность водно-липидного и рогового слоев эпидермиса, улучшают барьерную функцию кожи (корнеотерапия), обладают также МГК-сберегающим эффектом и используются для достижения и поддержания контроля над симптомами заболевания.

Сила рекомендации 1; уровень достоверности доказательств – А.

Эти средства наносятся на кожу регулярно, ежедневно, не менее двух раз в день, в том числе после каждого мытья или купания, как на фоне применения МГК и ингибиторов кальциневрина, так и в период ремиссии atopического дерматита, когда отсутствуют клинические симптомы заболевания. Эти средства питают и увлажняют кожу, уменьшают сухость и снижают зуд.



Увлажняющие и смягчающие средства

Мази и кремы более эффективно восстанавливают поврежденный гидролипидный слой эпидермиса, чем лосьоны.

Максимальная продолжительность их действия составляет 6 ч (если иное не указано в инструкции по применению), поэтому аппликации питательных и увлажняющих средств должны быть частыми.

Каждые 3–4 нед необходима смена питательных и увлажняющих средств для предотвращения явлений тахифилаксии.



Ежедневный уход за кожей

Для очищения кожи целесообразно использовать ежедневные непродолжительные прохладные (32–35 °С) ванны продолжительностью 10 мин с мягкой моющей основой (pH 5,5), не содержащей щелочи. С этой целью рекомендуется использовать средства лечебной дерматологической косметики — шампуни, мыла, муссы, гели. Они имеют мягкую моющую основу без щелочи, эффективно очищают и одновременно смягчают, питают и увлажняют кожу, не раздражая ее.



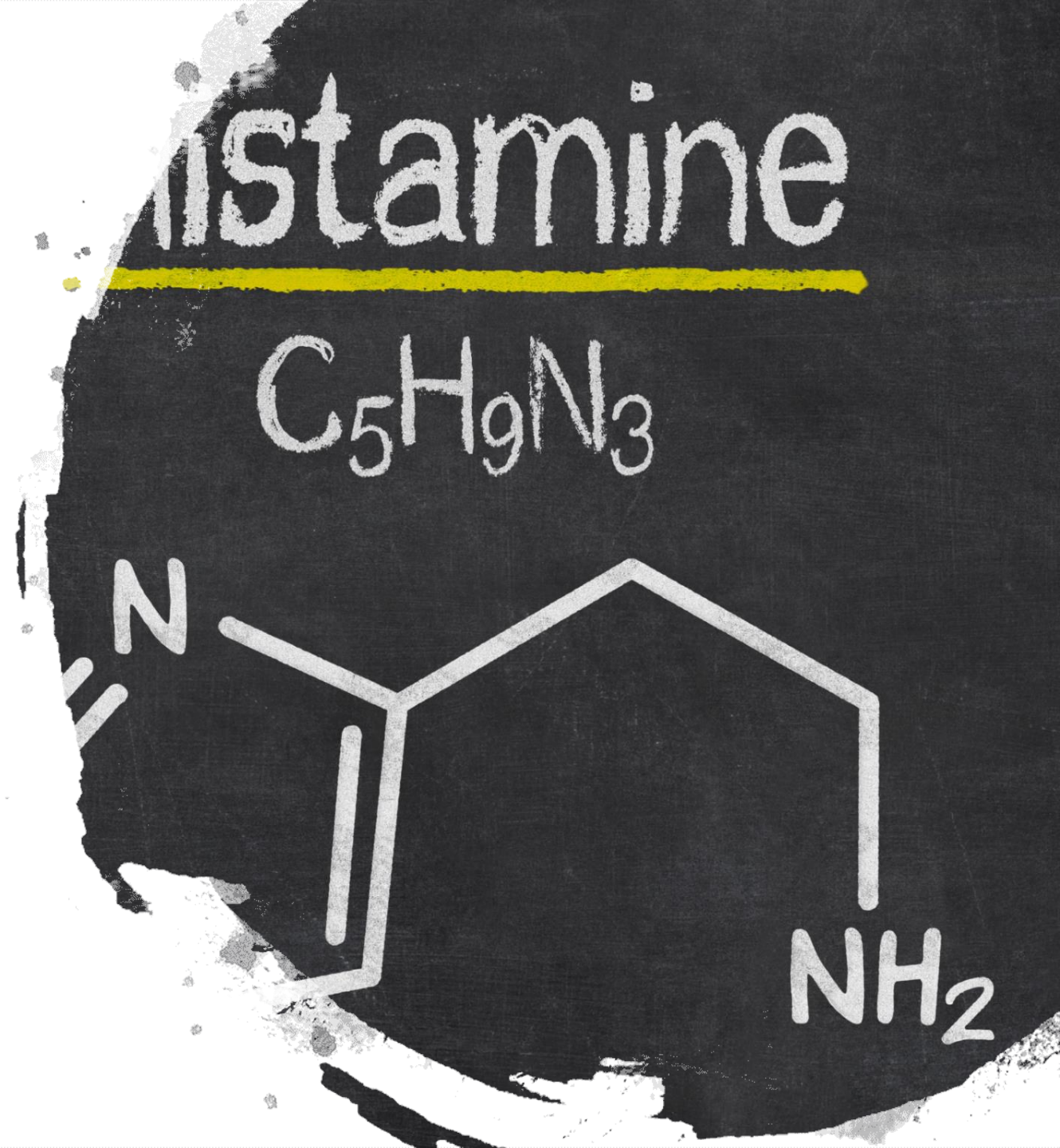
Системная терапия

Антигистаминные препараты рекомендуются для лечения больных атопическим дерматитом.

Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С.

Антигистаминные препараты I поколения у детей назначаются с большой осторожностью. Антигистаминные препараты 1-го поколения. Антигистаминные препараты 1-го поколения не рекомендованы для постоянно и длительного использования, могут применяться лишь при обострении АД короткими курсами на ночь для уменьшения зуда.

Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С.



Системная терапия

Антигистаминные препараты 2-го поколения могут быть рекомендованы для устранения не только ночного, но и дневного зуда.

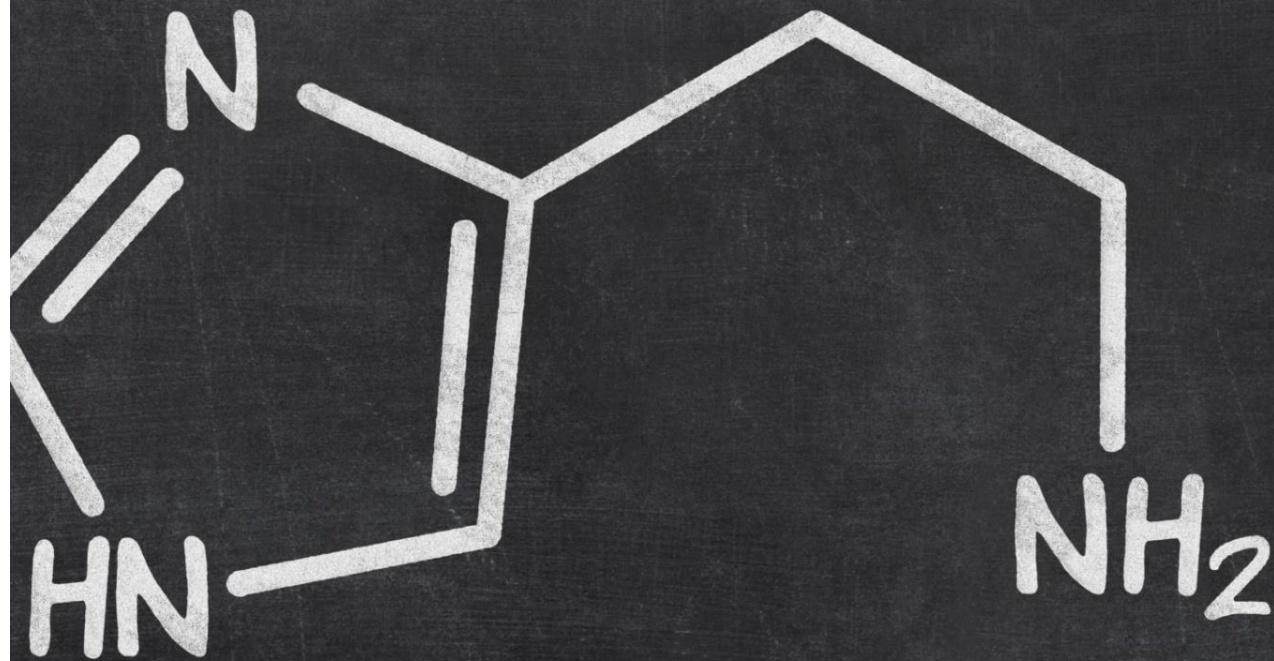
Сила рекомендации 2; уровень достоверности доказательств – С.

Значимым достоинством АГ 2 типа, является отсутствие седативного эффекта и влияния на когнитивные функции, они являются препаратами выбора при лечении atopического дерматита, в том числе у детей с респираторной аллергией (БА и АР).

Эффективность при atopическом дерматите кетотифена и пероральных форм кромоглициевой кислоты в рандомизированных контролируемых исследованиях не доказана.

Histamine

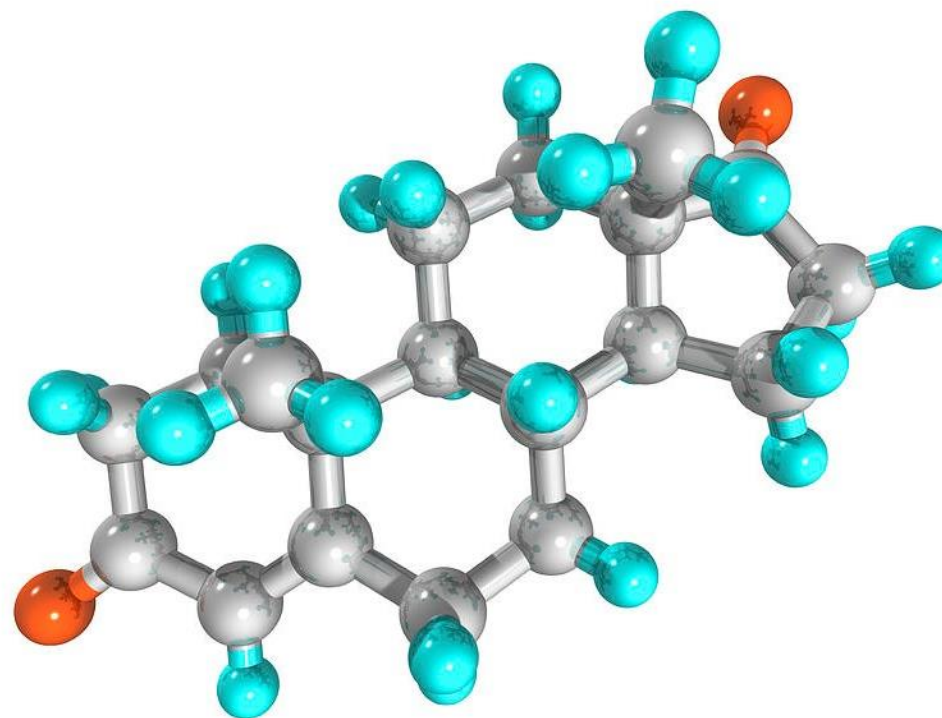
$C_5H_9N_3$



Системные ГК

Системные ГК используются для купирования тяжелых обострений atopического дерматита короткими курсами. Однако побочные эффекты ограничивают применение этого метода лечения у детей, поэтому системное применение ГК не может быть рекомендовано для рутинного использования.

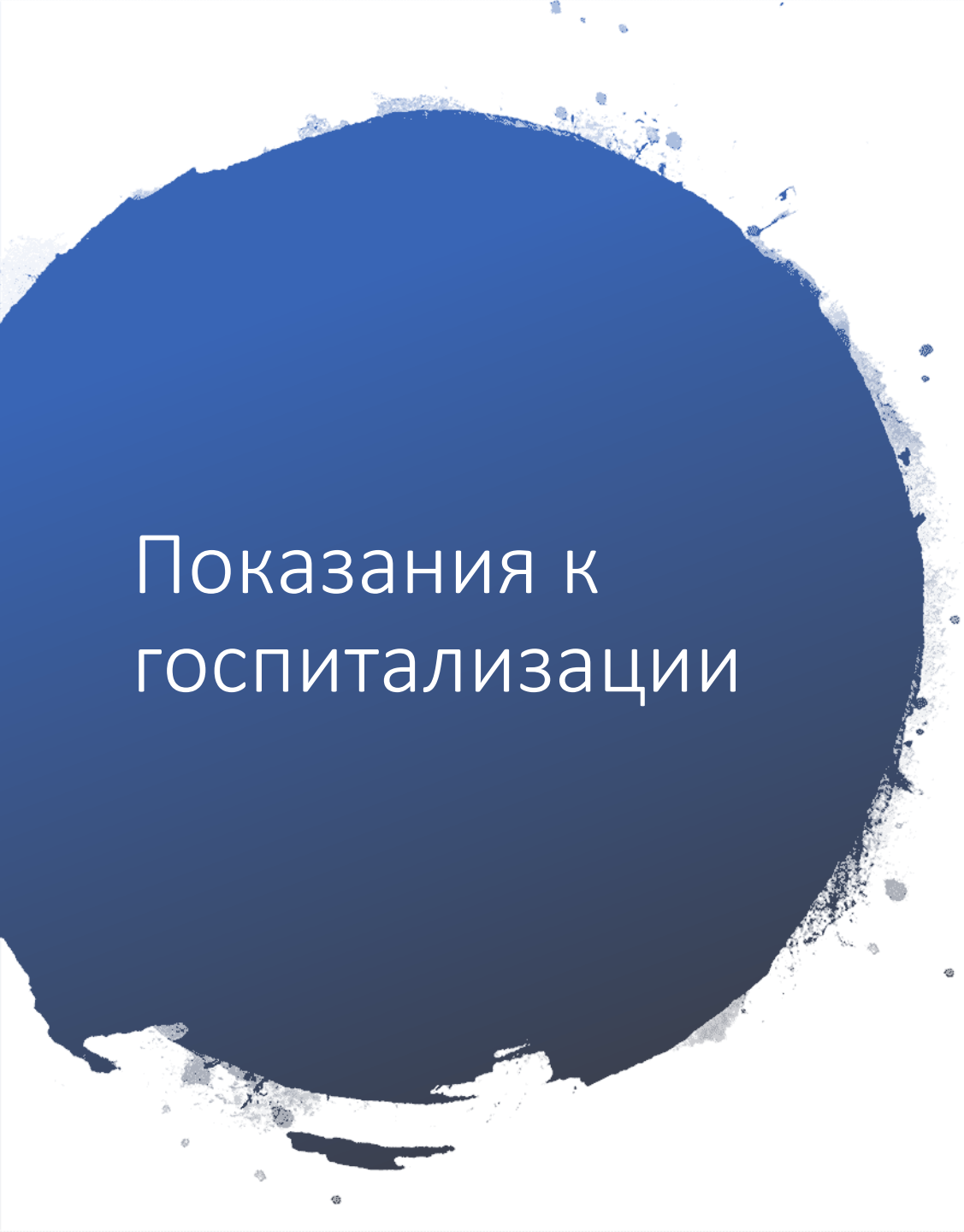
Рандомизированные контролируемые исследования, подтверждающие эффективность данного метода лечения, отсутствуют, несмотря на его длительное применение.



Аллергенспецифическая иммуноterapia

- Аллергенспецифическая иммуноterapia при атопическом дерматите не рекомендована, однако она может быть эффективна при сопутствующей БА, аллергическом риноконъюнктивите, сенсibilизации к клещам домашней пыли.





Показания к госпитализации

Обострение атопического дерматита, сопровождающееся нарушением общего состояния.

Распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием.

Рецидивирующие кожные инфекции.



Обучение пациента

Пациента следует обучить
правилам ухода за кожей;
правильному
использованию питательных
и увлажняющих средств,
местных ГКС и других
препаратов;
ограничению контакта с
неблагоприятными
факторами внешней среды.



Прогноз

Первые симптомы атопического дерматита обычно появляются в раннем возрасте, а в 50% случаев диагноз устанавливают к первому году жизни.

Атопический дерматит имеет волнообразное рецидивирующее течение: у 60% детей симптомы со временем полностью исчезают, а у остальных сохраняются или рецидивируют в течение всей жизни.

Атопический дерматит оказывает существенное влияние на качество жизни детей. По степени негативного влияния на качество жизни атопический дерматит превосходит псориаз и сравним с такими серьезными состояниями, как дебют сахарного диабета.



Аллергический ринит



Клинические рекомендации

Аллергический ринит у детей

МКБ 10: J30.1/ J30.2/ J30.3/ J30.4

Год утверждения (частота пересмотра): 2016 (пересмотр каждые 3 года)

Профессиональные ассоциации:

Союз педиатров России

Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов

Утверждены

Союз педиатров России
Российская ассоциация аллергологов и
клинических иммунологов

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
— _____ 201_ г.

Аллергический ринит (АР)

IgE-обусловленное
воспалительное заболевание
слизистой оболочки носа,
проявляющееся комплексом
симптомов в виде чихания,
зуда, ринореи и
заложенности носа.



Классификация по МКБ-10



J30.1. Аллергический ринит, вызванный пылью растений.



J30.2. Другие сезонные аллергические риниты.



J30.3. Другие аллергические риниты.



J30.4. Аллергический ринит неуточненный.

Эпидемиология

1

АР — широко распространенное заболевание. Частота его симптомов в РФ составляет 18–38%.

2

Чаще болеют мальчики.

3

В возрастной группе до 5 лет распространенность АР наиболее низкая, подъем заболеваемости отмечают в раннем школьном возрасте.

Первичная профилактика

- ✓ Соблюдение диеты беременной. При аллергических реакциях из рациона исключают причинно-значимые аллергены.
- ✓ Устранение профессиональных вредностей с первого месяца беременности.
- ✓ Применение лекарственных средств (ЛС) только по строгим показаниям.
- ✓ Прекращение активного и пассивного курения как фактора, способствующего ранней сенсибилизации ребенка.
- ✓ Естественное вскармливание — важнейшее направление в профилактике реализации атопической предрасположенности, которое необходимо сохранить как минимум до 4–6-го месяца жизни.
- ✓ Элиминационные процедуры.



Вторичная профилактика

Направлена на предотвращение манифестации АР у sensibilized детей.

- Контроль состояния окружающей среды.

- Превентивное лечение антигистаминными препаратами.

- Аллергенспецифическая иммунотерапия.

- Профилактика респираторных инфекций как триггеров аллергии.

- Образовательные программы.

Третичная профилактика



Основная цель третичной профилактики — предупреждение тяжелого течения АР.



Уменьшения частоты и продолжительности обострений достигают с помощью наиболее эффективных и безопасных ЛС, а также элиминацией аллергенов.



Рекомендуют проводить превентивное лечение интраназальными глюкокортикоидами за 1 мес до предполагаемого сезона цветения (у детей с 12-летнего возраста).

Классификация аллергического ринита по течению

Интермиттирующий (сезонный, острый) — симптомы <4 дней в неделю или <4 нед. в год

Персистирующий (круглогодичный, хронический, длительный) — симптомы >4 дней в неделю или >4 нед. в год

Классификация аллергического ринита по тяжести

- Легкий: нормальный сон; нормальная повседневная активность, занятия спортом, отдых; нормальная профессиональная деятельность или учеба в школе; отсутствие мучительных симптомов.
- Среднетяжелый/тяжелый: присутствуют симптомы, приводящие к появлению хотя бы одного из таких признаков, как нарушение сна, повседневной активности, невозможность занятий спортом, нормального отдыха; нарушения профессиональной деятельности или учебы в школе.



Клиника заболевания

Основные жалобы обычно представляют собой классические симптомы аллергического ринита:

- ✓ ринорея (отделяемое из носовых ходов прозрачное, слизистого характера);
- ✓ чихание - нередко приступообразное;
- ✓ зуд, реже - чувство жжения в носу (иногда сопровождается зудом неба и глотки);
- ✓ назальная обструкция, характерное дыхание ртом, сопение, храп, апноэ,
- ✓ изменение и гнусавость голоса.

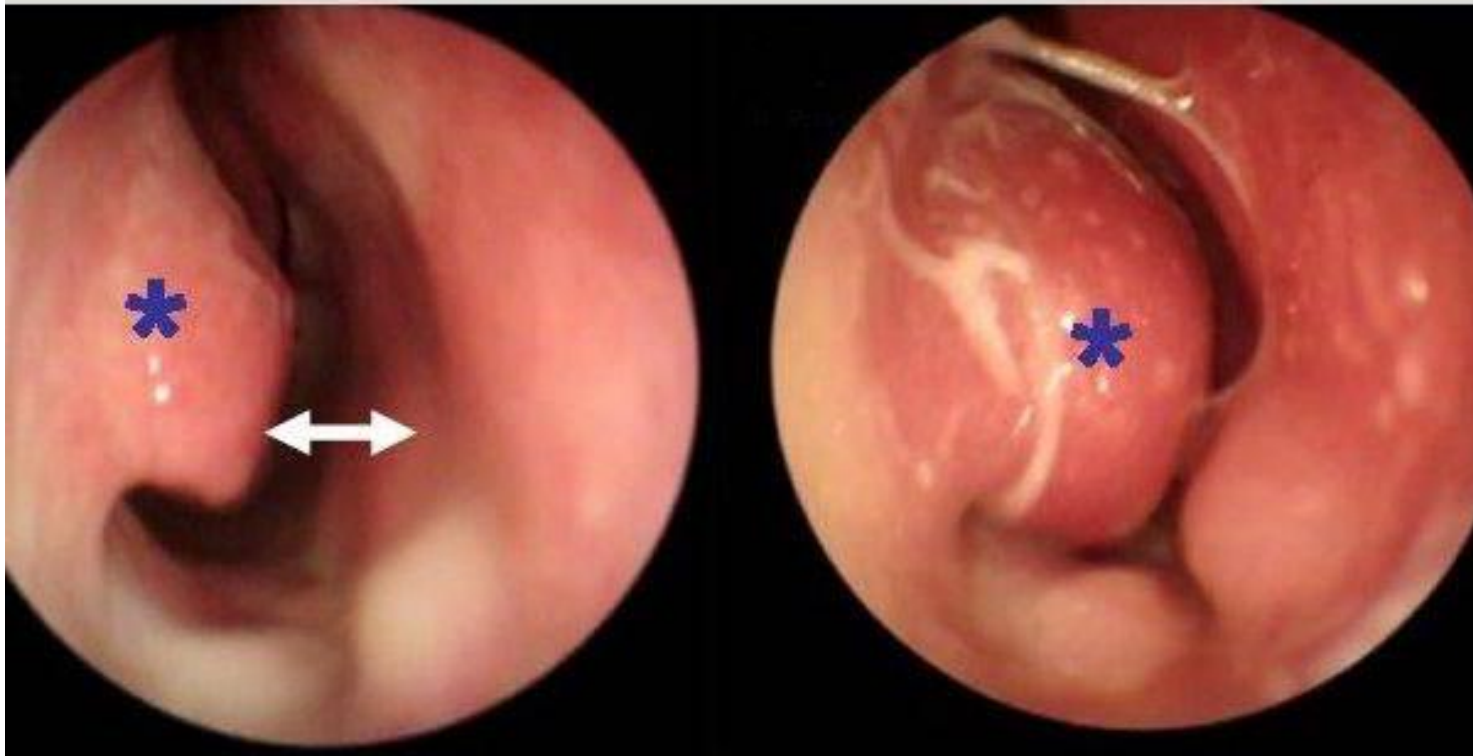


Клиника заболевания

Дополнительные симптомы могут включать:

- ✓ кашель,
- ✓ снижение и отсутствие обоняния;
- ✓ раздражение, отечность, гиперемию кожи над верхней губой и у крыльев носа;
- ✓ носовые кровотечения вследствие форсированного отсмаркивания;
- ✓ боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита);
- ✓ боль и треск в ушах, особенно при глотании;
- ✓ нарушение слуха (проявления аллергического туботита).





Осмотр

- Рекомендовано проведение риноскопии (осмотр носовых ходов, слизистой оболочки полости носа, секрета, носовых раковин и перегородки).
- У больных АР слизистая оболочка обычно бледная, цианотичносерая, отечная. Характер секрета слизистый и водянистый.
- При хроническом или тяжелом остром АР рекомендуется обращать внимание на наличие поперечной складки на спинке носа, образующуюся у детей в результате «аллергического салюта» (потирание кончика носа).
- Хроническая назальная обструкция приводит к формированию характерного «аллергического лица» (темные круги под глазами, нарушение развития лицевого черепа, включающее неправильный прикус, дугообразное небо, уплощение моляров).



Кожное тестирование

- Кожное тестирование — быстрый, безопасный и недорогой метод исследования, подтверждающий наличие IgE.
- При постановке кожных проб с бытовыми, пыльцевыми и эпидермальными аллергенами реакцию оценивают через 20 мин по размерам папулы и гиперемии. За 7–10 сут до этого необходимо отменить антигистаминные препараты, антидепрессанты, стероид-содержащие мази.
- Кожное тестирование должен проводить специально обученный медицинский персонал.

Дифференциальная
диагностика.
Острый
инфекционный
ринит при ОРВИ.

Проявляется заложенностью
носа, ринореей, чиханием.

Назальные симптомы
преобладают на 2–3-й день и
угасают к 5-му дню заболевания.

Клинические проявления,
сохраняющиеся более 2 нед.,
могут свидетельствовать об АР.

Дифференциальная
диагностика.
Вазомоторный
(идиопатический)
ринит.

Одна из наиболее распространенных форм неаллергических ринитов. Характерна постоянная заложенность носа, усиливающаяся при перепадах температуры, влажности воздуха и при резких запахах.

Наследственность по аллергическим заболеваниям не отягощена, также не характерна сенсibilизация к аллергенам. При риноскопии выявляют гиперемию, вязкий секрет.

Дифференциальная диагностика. Медикаментозный ринит.

1

Результат длительного применения сосудосуживающих назальных препаратов, а также вдыхания кокаина.

2

Отмечают постоянную назальную обструкцию, при риноскопии слизистая оболочка ярко-красного цвета.

3

Характерен положительный ответ на лечение интраназальными ГКС, которые необходимы для успешной отмены препаратов, вызывающих данное заболевание.

Лечение



Основная цель — облегчение симптомов болезни.



Комплекс терапевтических мероприятий включает элиминацию аллергенов, лекарственное лечение, специфическую иммунотерапию и обучение пациентов.

Элиминация аллергенов

Лечение АР начинают с выявления возможных причинно-значимых аллергенов, после элиминации которых в большинстве случаев симптомы ринита уменьшаются.

*Степень убедительности А-С;
средний уровень достоверности (в
зависимости от аллергена).*



Основные группы аллергенов, вызывающих аллергический ринит

Пыльцевые аллергены (пыльца деревьев, злаковых и сорных трав).

В сезон цветения для элиминации аллергенов рекомендуют держать закрытыми окна и двери в помещении и автомобиле, использовать системы кондиционирования воздуха в помещении, ограничить время пребывания на улице.

После прогулки желательно принять душ или ванну для удаления пыльцы с тела и предупреждения загрязнения одежды.



Основные группы аллергенов, вызывающих аллергический ринит

Споры плесневых грибов.

При аллергии на споры плесневых грибов рекомендуют часто убирать помещения, в которых возможен рост плесени, тщательно очищать увлажнители воздуха, вытяжки для удаления пара, применять фунгициды, поддерживать относительную влажность в помещении менее 40%.



Основные группы аллергенов, вызывающих аллергический ринит

Клещи домашней пыли, насекомые
(тараканы, моль и блохи).

В наибольшей концентрации аллергены
клещей домашней пыли обнаруживают в
коврах, матрацах, подушках, мягкой мебели,
одежде (преимущественно в детской), мягких
игрушках.

Экскременты клещей — основной аллерген в
составе домашней пыли.



Интраназальные глюкокортикостероиды (ИГКС)

Рекомендуются для лечения АР детям и подросткам в возрасте от 2 лет

А – высокая степень убедительности; высший уровень достоверности.

Препараты выбора в лечении АР.

Эффективно уменьшают выраженность таких симптомов, как зуд, чиханье, ринорея и заложенность носа.

Клиническое начало их действия приходится на 2–3-и сутки лечения, максимальный эффект возникает ко 2–3-й неделе и сохраняется на протяжении всего курса лечения.

Для достижения контроля заболевания рекомендуют их регулярное и продолжительное применение.

Для повышения эффективности интраназальных ГКС рекомендуют очищение носовой полости от слизи перед введением препаратов, а также использование увлажняющих средств.



Интраназальные
глюкокортикостероиды
(ИГКС)

Мометазон фуруат (Назонекс) применяют у детей с 2-летнего возраста, назначают по 1 впр. (50 мкг) в каждую половину носа 1 раз в сутки.

Флутиказона пропионат (Назарел, Фликсоназе) разрешен к использованию у детей с 4 лет, назначают по 1 дозе (50 мкг) в каждую половину носа.

Флутиказона фуруат (Авамис) (27,5 мг) — с 2 до 11 лет (по 1–2 дозе 1 раз в день, после 11 лет — 2 раза в день).

Антигистаминные препараты

Антигистаминные препараты 1-го поколения не рекомендуется применять для лечения АР у детей.

В – умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности.

Антигистаминные препараты 2-го поколения рекомендуются как базовая терапия АР вне зависимости от степени тяжести (как регулярным курсом, так и по потребности).

А – высокая степень убедительности; высший уровень достоверности.

Антигистаминные препараты II поколения и выше служат основой лечения АР независимо от степени его тяжести. Это связано с тем, что АР — системное заболевание, которое часто ассоциировано с другими проявлениями аллергии.

Антигистаминные препараты системного действия предотвращают и уменьшают такие симптомы АР, как зуд, чиханье, ринорея, но менее эффективны в отношении назальной обструкции.

Возможность развития тахифилаксии при приеме антигистаминных препаратов II поколения и выше отсутствует.

Схемы приема антигистаминных препаратов

- Дезлоратадин применяют у детей с 6 мес до 1 года по 1 мг (2 мл сиропа), с 1 года до 5 лет по 1,25 мг (2,5 мл), с 6 до 11 лет по 2,5 мг (5 мл) 1 раз в сутки в форме сиропа, старше 12 лет — 5 мг (1 таблетка или 10 мл сиропа) 1 раз в сутки.
- Лоратадин применяют у детей старше 2 лет. Детям с массой тела менее 30 кг препарат назначают по 5 мг 1 раз в сутки, детям с массой тела более 30 кг — по 10 мг 1 раз в сутки.
- Цетиризин детям в возрасте от 6 до 12 мес. по 2,5 мг 1 раз в день, детям от 1 года до 6 лет назначают по 2,5 мг 2 раза в день или 5 мг 1 раз в день в виде капель, детям старше 6 лет — по 10 мг. однократно или по 5 мг 2 раза в день

Интраназальные антигистаминные препараты

- Интраназальные антигистаминные препараты рекомендуются при лечении как интермиттирующего, так и персистирующего АР у детей.
- Препараты данной фармакологической группы характеризуются более быстрым по сравнению с системными антигистаминными препаратами началом действия
- ✓ Азеластин применяют у детей старше 6 лет в форме назального спрея по 1 ингаляции 2 раза в день.
- ✓ Левокабастин назначается детям старше 6 лет — по 2 ингаляции в каждый носовой ход во время вдоха 2 раза в сутки (максимально — 4 раза в сутки).

Комбинированное лечение

Для пациентов со среднетяжелым и тяжелым течением заболевания или при неэффективности начального лечения возможно назначение комбинированной терапии, которая включает интраназальные ГКС и антигистаминные препараты второго поколения.

Комбинированное лечение антигистаминными препаратами второго поколения и интраназальными глюкокортикоидами способствует достижению эффекта при использовании более низких доз последних.

Симптоматическая терапия

Деконгестанты. Интраназальные сосудосуживающие препараты (нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин) для лечения АР у детей не рекомендуют применять более 3–7 сут. в связи с риском развития системных побочных эффектов и тахифилаксии, которая проявляется рикошетным отеком слизистой оболочки носа.

При длительном применении препаратов данной группы возникает медикаментозный ринит.

Допустимо использование сосудосуживающих препаратов у больных с выраженной заложенностью носа перед назначением интраназальных ГКС в течение не более 1 нед.



Аллергенспецифическая иммуноterapia

Рекомендуется детям с АР при наличии четких доказательств связи между экспозицией аллергена, симптомами болезни и IgE-зависимым механизмом .

В – умеренная степень убедительности; средний уровень достоверности.

Применяют для лечения АР, связанного с гиперчувствительностью к пыльце растений и к клещам домашней пыли, а также (с меньшим эффектом) при сенсibilизации к аллергенам животных и плесени.

Аллергенспецифическую иммунотерапию проводят при неэффективности элиминационных мероприятий и медикаментозного лечения или при нежелательных побочных эффектах от используемых препаратов.

Применяют у детей старше 5 лет. Продолжительность лечения составляет 3–5 лет.



Бронхиальная астма

РОССИЙСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО
ПЕДИАТРИЧЕСКОЕ РЕСПИРАТОРНОЕ ОБЩЕСТВО
ФЕДЕРАЦИЯ ПЕДИАТРОВ СТРАН СНГ

НАЦИОНАЛЬНАЯ ПРОГРАММА «БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ. СТРАТЕГИЯ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКА»

5-е издание



Клинические рекомендации

Бронхиальная астма у детей

МКБ 10: J45/ J46

Год утверждения (частота пересмотра): 2017 (пересмотр каждые 3 года)

ID:
URL:

Профессиональные ассоциации:

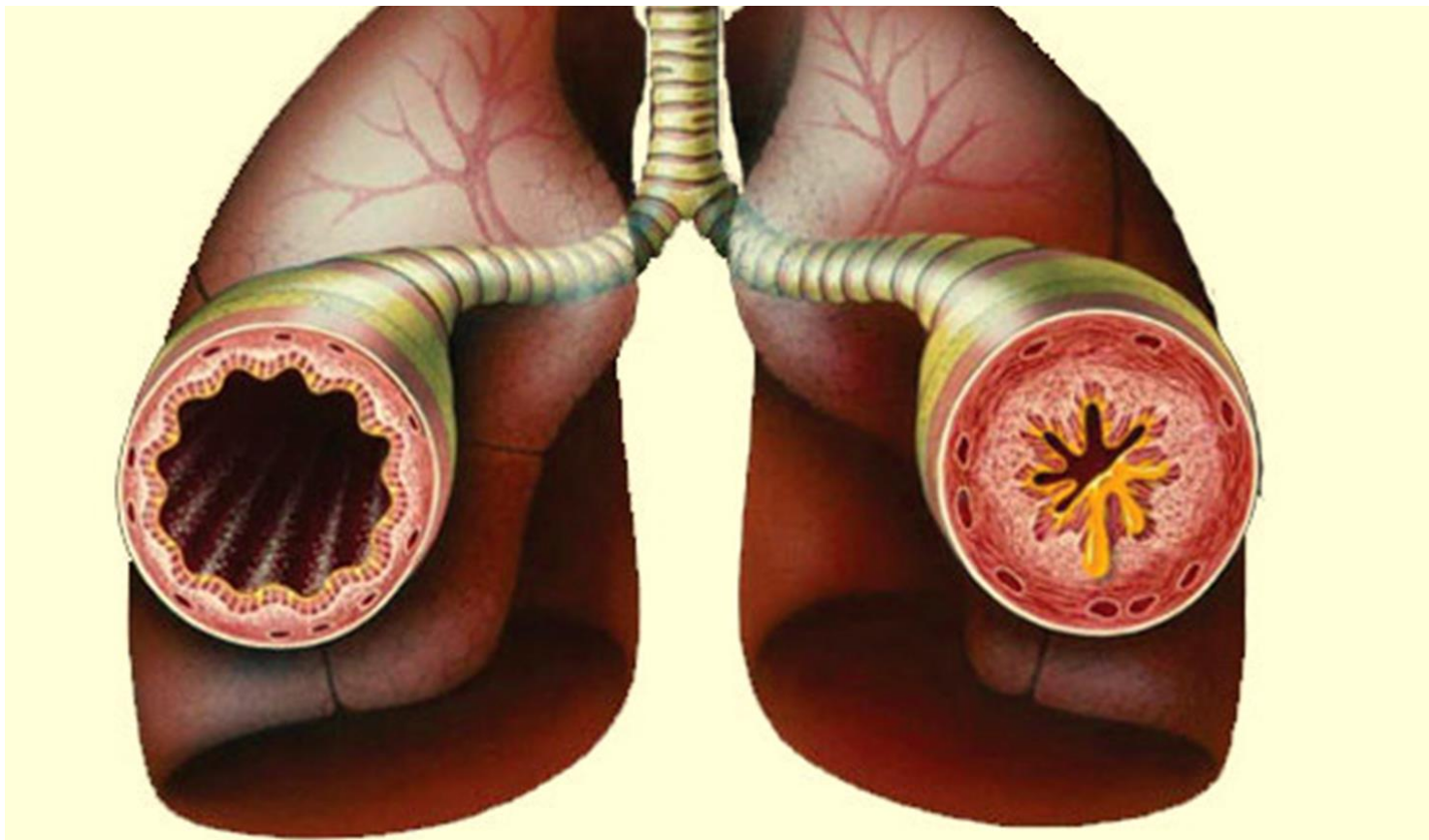
- Союз педиатров России
- Российская ассоциация аллергологов и клинических иммунологов

Утверждены

- Союзом педиатров России
- Российской ассоциацией аллергологов и клинических иммунологов

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации
_____ 201_ г.



Определение

БА — хроническое аллергическое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором принимают участие многие клетки и клеточные элементы. Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторным эпизодам свистящих хрипов, одышке, чувству заложенности в груди и кашлю, особенно по ночам или ранним утром. Во время этих эпизодов обычно отмечают диффузную, переменную бронхиальную обструкцию, обратимую спонтанно или под действием лечения.

Эпидемиология БА

Распространенность астмы варьирует в популяции в зависимости от половозрастных характеристик.

- В раннем возрасте чаще болеют мальчики, чем девочки (6% по сравнению с 3,7%).
- В пубертатном периоде частота заболевания одинакова у лиц обоих полов.
- Распространенность БА среди подростков РФ 5,1%.

Профилактика БА

Профилактика БА — система комплексных мер, направленная на предупреждение заболевания, обострения болезни, а также уменьшение неблагоприятных последствий.

- Первичная профилактика БА;
- Вторичная профилактика БА;
- Третичная профилактика БА.

Первичная профилактика

Первичная профилактика направлена на лиц группы риска и предусматривает предотвращение у них аллергической сенсibilизации (образование IgE).

Основное мероприятие, направленное на развитие толерантности в постнатальном периоде, — сохранение естественного вскармливания ребенка до 4–6 мес жизни.

Среди мероприятий первичной профилактики обосновано исключение влияния табачного дыма.

Вторичная профилактика

Мероприятия вторичной профилактики ориентированы на детей, у которых при существовании сенсibilизации симптомы БА отсутствуют.

Для этих детей характерны:

отягощенный семейный анамнез в отношении БА и других аллергических заболеваний;

другие аллергические заболевания (атопический дерматит, АР и др.);

повышение уровня общего IgE в крови в сочетании с выявлением значимых количеств специфических IgE к коровьему молоку, куриному яйцу.

Третичная профилактика



Цель третичной профилактики — улучшение контроля БА и уменьшение потребности в медикаментозном лечении путем устранения факторов риска неблагоприятного течения заболевания.



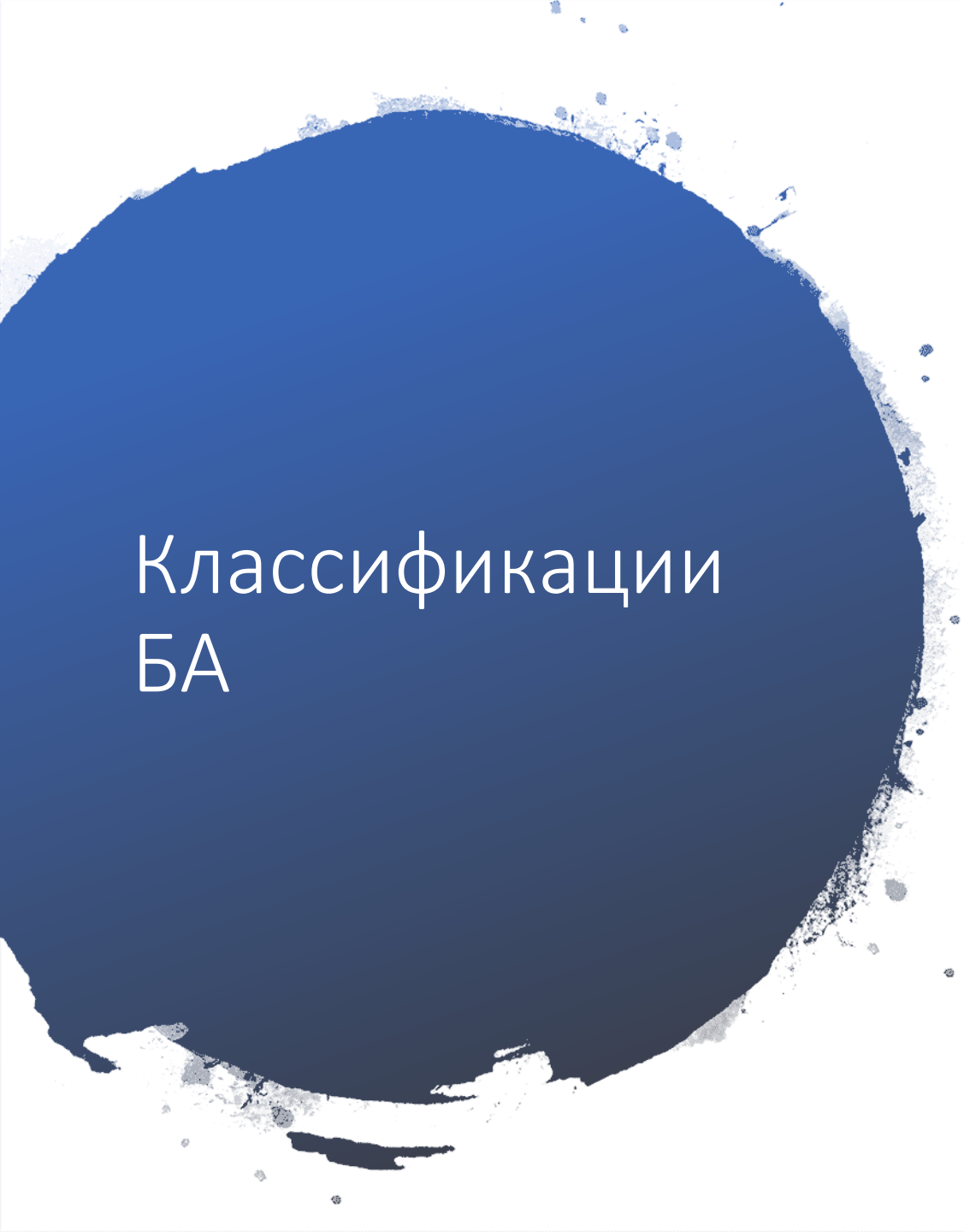
Большое значение имеет здоровый образ жизни, профилактика респираторных инфекций, санация ЛОР-органов, рациональная организация быта с исключением активного и пассивного табакокурения, контактов с пылью, животными, птицами, устранением плесени, сырости, тараканов в жилом помещении.



Необходима известная осторожность в применении лекарственных препаратов, особенно антибиотиков и НПВП у детей с атопией.



Важный раздел третичной профилактики — регулярное базисное противовоспалительное лечение



Классификации БА

По этиологии

По степени тяжести и
уровню контроля

По периоду болезни

Классификация бронхиальной астмы по этиологии

Различают аллергическую и неаллергическую формы болезни.

- ✓ У детей в 90–95% случаев имеет место аллергическая/атопическая БА.
- ✓ К неаллергической относят неиммунные формы астмы.



Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести

Классификация тяжести БА по степени тяжести, прежде всего ориентирована на клинико-функциональные параметры заболевания:

- ✓ количество дневных и ночных симптомов в день/неделю
- ✓ кратность применения β_2 -адреномиметиков короткого действия
- ✓ значения пиковой скорости выдоха (ПСВ) или объема форсированного выдоха за первую секунду (ОФВ1)
- ✓ суточные колебания ПСВ

Классификация бронхиальной астмы по степени тяжести

	Дневные симптомы	Ночные симптомы	ПСВ или ОФВ Вариабельность ПСВ
Степень I Интермиттирующая	< 1 в неделю Нет симптомов и нормальная ПСВ вне обострения	≤ 2 в месяц	≥ 80% < 20%
Степень II Лёгкая персистирующая	> 1 в неделю, но < 1 в день Обострения могут нарушать активность	> 2 в месяц	≥ 80% 20 – 30%
Степень III Средней тяжести персистирующая	Ежедневно Обострения нарушают активность	> 1 в неделю	60 – 80% > 30%
Степень IV Тяжёлая персистирующая	Постоянные Ограничение физической активности	Частые	< 60% > 30%

Классификация по периоду болезни

Обострение

Ремиссия

A diagram illustrating the cyclical nature of disease periods. It features two rounded rectangular boxes: an orange one on the left labeled 'Обострение' (Exacerbation) and a gray one on the right labeled 'Ремиссия' (Remission). Two thin, curved lines connect the top and bottom of the orange box to the top and bottom of the gray box, forming a continuous loop that represents the transition between these two states.

Обострение бронхиальной астмы

Констатируется в том случае, когда у пациента к существующим симптомам добавляется дополнительная (сверх существующей) потребность в бронхолитиках короткого действия, увеличивается количество дневных и ночных симптомов, возникает выраженная одышка.

Контроль БА

- Для принятия решения об изменении объема текущего лечения эксперты GINA предложили различать не только степень тяжести, но и уровень контроля над заболеванием.
- Периодическая оценка уровня контроля над БА в соответствии с критериями позволит наиболее индивидуально подбирать пациенту режим фармакотерапии.



Признак	Контролируемая бронхиальная астма (все нижеперечисленное)	Частично контролируемая бронхиальная астма (любое проявление в течение любой недели)	Неконтролируемая бронхиальная астма
Дневные симптомы	Отсутствуют (или менее 2 эпизодов в неделю)	Более 2 эпизодов в неделю	Наличие 3 или более признаков частично контролируемой бронхиальной астмы в течение любой недели
Ограничения активности	Отсутствуют	Любые	
Ночные симптомы/ пробуждения	Отсутствуют	Любые	
Потребность в препаратах неотложной помощи	Отсутствует (или менее 2 эпизодов в неделю)	Более 2 эпизодов в неделю	

Диагностика БА Анамнез

Вероятность БА возрастает, если в анамнезе присутствуют :

атопический дерматит;

аллергический риноконъюнктивит;

отягощенный семейный анамнез по БА или другим atopическим заболеваниям.

Диагноз БА
можно
предположить,
если у пациента
присутствуют
следующие
симптомы:

- эпизоды одышки;
- свистящие хрипы;
- кашель, усиливающийся преимущественно в ночные или предутренние часы;
- заложенность в грудной клетке.

Диагноз БА
можно
предположить,
если у пациента
присутствуют
следующие
симптомы:

Появление или усиление симптомов:

- после эпизодов контакта с аллергенами (при контакте с животными,
- клещами домашней пыли, пыльцевыми аллергенами);
- в ночные и предутренние часы;
- при контакте с триггерами (химические аэрозоли, табачный дым, резкий запах);
- при перепадах температуры окружающей среды;
- при любых острых инфекционных заболеваниях дыхательных путей;
- при сильных эмоциональных нагрузках;
- при физической нагрузке.

При осмотре

одышка

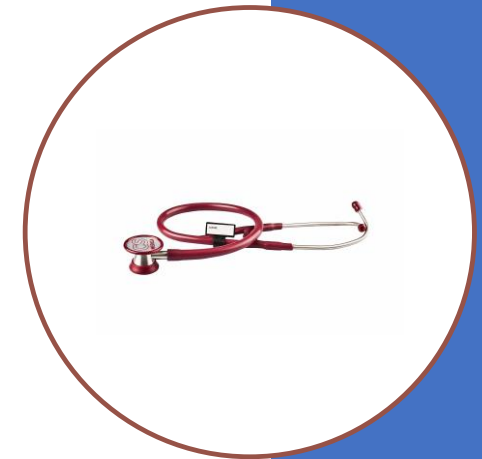
эмфизематозная форма грудной
клетки

вынужденная поза

дистанционные хрипы

Физикальный осмотр

- При перкуссии возможен коробочный перкуторный звук.
- Во время аускультации определяется удлинение выдоха или свистящие хрипы, которые могут отсутствовать при обычном дыхании и обнаруживаться только во время форсированного выдоха.
- Необходимо учитывать, что в связи с вариабельностью астмы проявления болезни могут отсутствовать, что не исключает БА.



Спирометрия

У детей старше 5 лет необходимо проводить оценку функции внешнего дыхания. Спирометрия позволяет оценить степень обструкции, ее обратимость и вариабельность, а также тяжесть течения заболевания. Однако спирометрия позволяет оценивать состояние ребенка только на момент осмотра.

Уровень доказательности – D.



Основные показатели, оцениваемые при проведении спирометрии

ЖЕЛ — Жизненная ёмкость легких. Оценивается как разница между объемами воздуха в лёгких при полном вдохе и полном выдохе.

ФЖЕЛ — Разница между объемами воздуха в лёгких в точках начала и конца маневра форсированного выдоха.

ОФВ1 — Объем форсированного выдоха за первую секунду маневра форсированного выдоха.

Отношение **ОФВ1/ЖЕЛ**, выраженное в процентах — **индекс Тиффно** — является чувствительным индексом наличия или отсутствия ухудшения проходимости дыхательных путей. в норме 70-75 %.

ПОС — Пиковая объемная скорость. Максимальный поток, достигаемый в процессе выдоха.

МОС — Мгновенные объемные скорости. МОС — скорость воздушного потока в момент выдоха определенной доли ФЖЕЛ (чаще всего 25,50 и 75 % ФЖЕЛ).



Пикфлоуметрия

Пикфлоуметрия (определение ПСВ) — важный метод диагностики и последующего контроля лечения БА.

При анализе показателей ПСВ у детей используют специальные номограммы, но более информативен ежедневный мониторинг ПСВ в течение 2–3 нед для определения индивидуального наилучшего показателя.

ПСВ измеряют утром (обычно наиболее низкий показатель) до ингаляций бронхолитиков, если ребенок их получает, и вечером перед сном (как правило, наиболее высокий показатель).

Уровень доказательности – D.

Пикфлоуметрия

Мониторинг ПСВ может быть информативен для определения ранних симптомов обострения заболевания. Дневной разброс показателей ПСВ более 20% рассматривают как диагностический признак БА, а величина отклонений прямо пропорциональна тяжести заболевания.

Результаты пикфлоуметрии свидетельствуют в пользу диагноза БА, если ПСВ увеличивается по крайней мере на 15% после ингаляции бронхолитика или при пробном назначении ГКС.

Проведение пикфлоуметрии

- ✓ Процедура делается в положении сидя (или стоя).
- ✓ Сначала следует сделать несколько спокойных вдохов и выдохов, после чего делается глубокий вдох, мундштук пикфлоуметра плотно обхватывается губами и производится глубокий форсированный выдох. При этом следует держать аппарат строго параллельно поверхности пола.
- ✓ За каждый сеанс требуется сделать не менее 3 выдохов через некоторые промежутки времени (2-3 мин.), и выбрать максимальное значение.



Проведение пикфлоуметрии

Пикфлоуметрия проводится не менее 2 раз в день – утром и вечером.

В случае подбора новой терапии следует производить исследование трижды в день.

Все показатели пикфлоуметрии записываются в дневник или отмечаются на специальных графиках (которые прилагаются в комплекте с аппаратом).





Лечение

Комплексный подход к лечению при подтвержденном диагнозе включает ряд компонентов:

- медикаментозную терапию;
- воздействие на факторы риска;
- обучение (информация об астме, техника ингаляции и режим, письменный план действий, постоянный мониторинг, регулярное клиническое обследование);
- исключение триггерных факторов;
- специфическую иммунотерапию;
- немедикаментозные методы.

Каждый элемент играет важную роль в достижении успеха!

Немедикаментозная терапия

- Рекомендовано ограничение воздействия аллергенов внутри помещений (пылевые клещи, домашние питомцы, тараканы и плесневые грибы), так как они считаются основными триггерами и являются целью специфических вмешательств.

Уровень доказательности B–D, в зависимости от аллергена и процедуры.

- Рекомендовано минимизировать пребывание на открытом воздухе в период цветения причинно-значимых растений (при пыльцевой сенсibilизации);

Уровень доказательности - D

- ограничение контакта с табачным дымом у детей, страдающих астмой

Уровень доказательности - B.



Медикаментозная терапия

- Контроль над болезнью при применении наименьшего возможного количества лекарственных препаратов – основная задача фармакотерапии астмы.
- Лекарственные средства, применяемые для фармакотерапии астмы можно разделить на два больших класса в зависимости от цели их назначения:
 - ✓ препараты для быстрого купирования симптомов (препараты скорой помощи)
 - ✓ средства для долгосрочного контроля над болезнью (средства базисной - поддерживающей, противовоспалительной, терапии).



Лечение

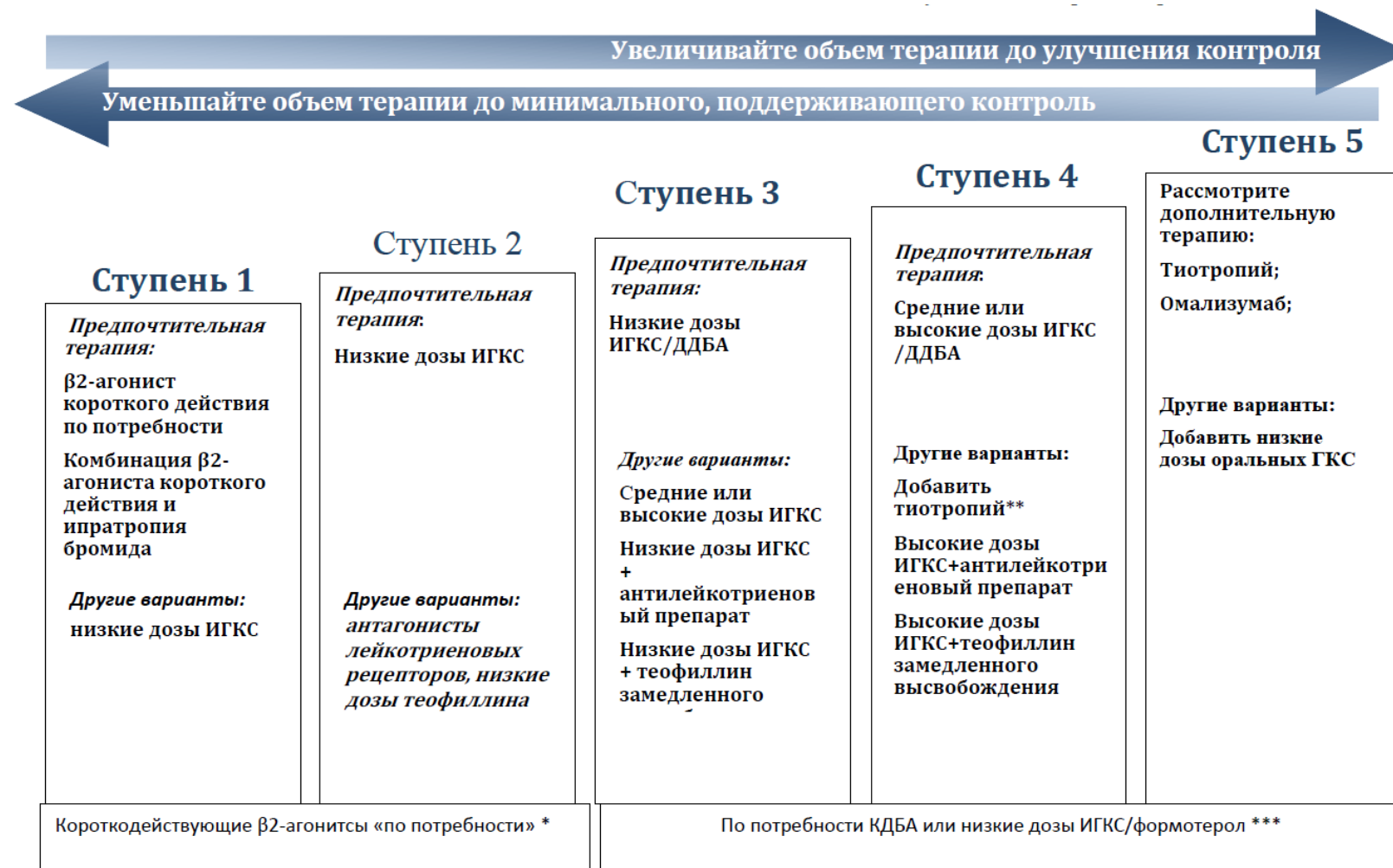
Препараты для лечения БА вводят различными путями: внутрь, парентерально и ингаляционно. Последний предпочтительнее.

У детей применяют три типа устройств для ингаляции: небулайзеры, дозирующие аэрозольные ингаляторы и порошковые ингаляторы.

Таблица 39.3. Средства доставки при бронхиальной астме (возрастные приоритеты)

Средство	Рекомендуемая возрастная группа	Комментарии
Дозирующий аэрозольный ингалятор (ДАИ)	>5 лет	Сложно координировать момент вдоха и нажатия на клапан баллончика, особенно детям. Около 80% дозы оседает в ротоглотке, необходимо полоскание полости рта после каждой ингаляции
ДАИ, активируемый вдохом	>5 лет	Применение данного средства доставки показано пациентам, не способным координировать момент вдоха и нажатия на клапан обычных ДАИ. Нельзя использовать ни с одним из существующих спейсеров, кроме «оптимизатора» для данного типа ингаляторов
Порошковый ингалятор	≥5 лет	При правильной технике использования эффективность ингаляции может быть выше, чем при применении ДАИ. Необходимо полоскать полость рта после каждого применения с целью снижения системной абсорбции
Спейсер	>4 лет <4 лет при применении лицевой маски	Применение спейсера снижает оседание препарата в ротоглотке, позволяет применять ДАИ с большей эффективностью, в случае наличия маски (в комплекте со спейсером) может быть использован у детей младше 4 лет
Небулайзер	<2 лет Пациенты любого возраста, которые не могут использовать спейсер или спейсер/лицевую маску	Оптимальное средство доставки для использования в специализированных отделениях и отделениях интенсивной терапии, а также при оказании неотложной помощи, так как необходимы наименьшие усилия от пациента и врача

Ступени лечения БА



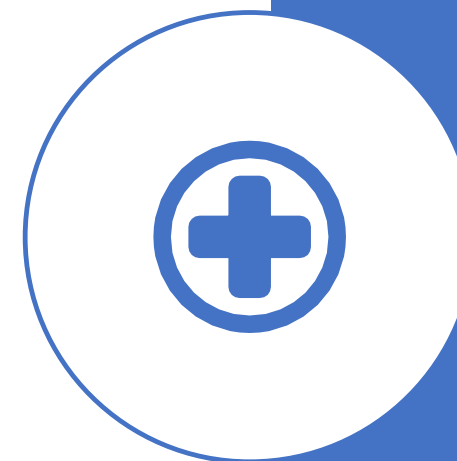
Препараты, применяемые для быстрого купирования симптомов

- ✓ Препараты данной группы быстро, в течение нескольких минут, купируют симптомы астмы путем бронходилатации.
- ✓ Применение ингаляционных КДБА, чаще всего сальбутамола, в качестве препаратов скорой помощи первой линии единогласно рекомендуется детям всех возрастов.
Уровень доказательности А.
- ✓ Препараты данной группы обычно назначаются «по требованию», однако, частое или длительное применение свидетельствует о необходимости пересмотреть базисную терапию.
- ✓ Регулярное назначение и применение данных средств может сопровождаться развитием тяжелых, в том числе жизнеугрожающих обострений.



Противовоспалительные (базисные) препараты

- ✓ Благодаря противовоспалительной активности, ингаляционные кортикостероиды (ИГКС) являются наиболее эффективными препаратами и рекомендованы в качестве препаратов первой линии терапии для контроля над бронхиальной астмой любой степени тяжести в виде монотерапии или в составе комбинации
Уровень доказательности А-В.
- ✓ ИГКС в качестве препаратов для ежедневного контроля персистирующей астмы облегчают симптомы и улучшают легочную функцию, уменьшают потребность в препаратах скорой помощи и частоту обострений, снижают количество госпитализаций по поводу обострений астмы у детей всех возрастов и улучшают качество жизни.
- ✓ В настоящее время ИГКС самые эффективные препараты для контроля БА, их рекомендуют для лечения персистирующей БА любой степени тяжести. У детей используют беклометазон, флутиказон, будесонид.
- ✓ У пациентов, ранее не получавших лечения, в качестве стартовой терапии рекомендовано назначение монотерапии низкими дозами ИГКС.



Ингаляционные ГК и комбинированные средства, их содержащие

- ✓ ИГКС входят в состав комбинированных препаратов для лечения астмы [сальметерол + флутиказон (**серетид**) и формотерол + будесонид (**симбикорт**)].
- ✓ Комбинированное лечение способствует лучшему контролю БА, чем длительно действующий β_2 -адреномиметик и ИГКС в отдельных ингаляторах.
- ✓ Отмечают значительное улучшение показателей эффективности лечения: ПСВ, ОФВ1, частоты обострений, качества жизни.
- ✓ В том случае если применение низких доз ИГКС у детей не позволяет достичь контроля над БА, рекомендован переход на использование комбинированных препаратов, что может быть хорошей альтернативой повышению дозы ИГКС.
- ✓ Длительно действующие агонисты β_2 -адренорецепторов (ДДБА) рекомендуется назначать только в комбинации с ИГКС. Препараты данной группы представляют сальметерол и формотерол, оказывающие длительное бронхорасширяющее действие.
Уровень доказательности - А.



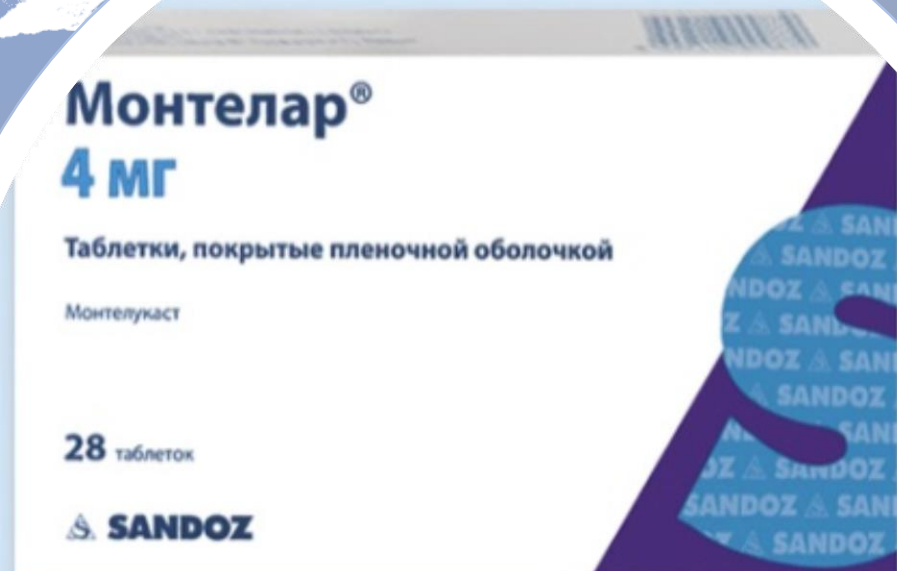
Таблица 39.4. Рассчитанные эквивалентные суточные дозы ингаляционных ГК

Препарат	Низкие суточные дозы, мкг	Средние суточные дозы, мкг	Высокие суточные дозы, мкг
Дозы для детей младше 12 лет			
Беклометазона дипропионат [®]	100–200	>200–400	>400
Будесонид ¹	100–200	>200–400	>400
Флутиказон	100–200	>200–500	>500
Дозы для детей старше 12 лет			
Беклометазона дипропионат [®]	200–500	>500–1000	>1000–2000
Будесонид	200–400	>400–800	>800–1600
Флутиказон	100–250	>250–500	>500–1000

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов

- ✓ Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛТР) рекомендованы как препараты второго выбора после ИГКС в низких дозах, иногда - как альтернативная терапия первой линии на Ступени 1 *Уровень доказательности – А.*
- ✓ Антилейкотриеновые препараты обеспечивают частичную защиту от бронхоспазма, вызванного физической нагрузкой, в течение нескольких часов после приема.
- ✓ Добавление антилейкотриеновых препаратов к лечению в случае недостаточной эффективности низких доз ИГКС обеспечивает умеренное клиническое улучшение, в том числе статистически значимое уменьшение частоты обострений.

Монтелукаст (Сингуляр, Синглон, Монтелар).



Анти-IgE-препараты



- ✓ Антитела к IgE — принципиально новый класс препаратов, используемых в настоящее время для улучшения контроля над тяжелой персистирующей atopической БА.
- ✓ Омализумаб, наиболее изученный, первый и единственный рекомендованный к применению препарат в этой группе, разрешен для лечения неконтролируемой БА у взрослых и детей старше 6 лет в различных странах мира, в том числе и в России.
- ✓ Высокая стоимость лечения омализумабом, а также необходимость ежемесячных визитов к врачу для инъекционного введения препарата оправданы у больных, нуждающихся в повторных госпитализациях, экстренной медицинской помощи, применяющих высокие дозы ингаляционных и/или системных ГК.
- ✓ Омализумаб рекомендован детям с аллергической персистирующей астмой, плохо контролируемой другими препаратами.
Уровень доказательности А.

Системные ГК



Учитывая риск побочных эффектов при длительном применении, пероральные ГК используют у детей с астмой **только в случае развития тяжелых обострений**, как на фоне вирусной инфекции, так и в ее отсутствие.

АСИТ



Аллергенспецифическая иммунотерапия уменьшает выраженность симптомов и потребность в лекарственных препаратах, снижает аллергенспецифическую и неспецифическую бронхиальную гиперреактивность.

Приступ бронхиальной астмы

Остро развившееся и /или прогрессивно ухудшающееся экспираторное удушье, затрудненное и/или свистящее дыхание, спастический кашель или сочетание этих симптомов при резком снижении показателя пиковой скорости выдоха.

Клиническая диагностика приступа БА

Острые приступы БА классифицируются как легкие, средней тяжести и тяжелые. При наличии хотя бы одного критерия более тяжелой степени приступ расценивается как более тяжелый.

Астматический статус — затяжной приступ бронхиальной астмы, не купирующийся введением бронхоспазмолитиков.

Неотложная помощь при легком приступе БА

1. Назначить 1-2 дозы одного из бронхоспазмолитических препаратов с помощью дозирующего аэрозольного ингалятора через спейсер или приспособление в виде пластикового стаканчика с отверстием в дне для ингалятора:

- беротек Н, сальбутамол — предпочтителен у детей старшего возраста и при неэффективности других ингаляционных бронхолитиков;
- атровент - предпочтителен у детей раннего возраста и при ночных приступах;
- комбинированный бронхоспазмолитик (В2-агонист и М-холинолитик - беродуал) наиболее универсальный препарат с высоким профилем безопасности.

2. Оценить эффект терапии через 20 мин.

3. Лечение после ликвидации приступа:

- продолжить бронхоспазмолитическую терапию стартового бронхолитика каждые 4 - 6 часов в течение 24 - 48 час в ингаляциях.

Разовые дозы бронхолитиков для небулайзерной терапии

Разовые дозы бронхолитиков для небулайзерной терапии

Название препаратов и их преимущества		Возраст детей	
		0 - 6 лет	6 - 14 лет
Беротек	Стимулирует β -адренорецепторы бронхиального дерева и показан при неэффективности беродуала	5-10 капель*	10-20 капель
Атровент	M - холиноблокатор, блокирует M - холинорецепторы бронхов, применяется преимущественно у детей раннего возраста и при признаках ваготонии	10 капель	20 капель
Беродуал	Комбинированный препарат: беротек + атровент. Препарат выбора детей раннего возраста, так как основными механизмами развития гиперреактивности бронхов в этом возрасте являются высокая активность M-холинорецепторов и недостаточность P - адренорецепторов	10 капель	20 капель

Примечание: (*)В 1 мл раствора содержится 20 капель.

Неотложная помощь при среднетяжелом приступе БА

1. Назначить ингаляцию 1 - 2 дозы одного из бронхоспазмолитических препаратов - беродуал;
2. При отсутствии дозирующего аэрозольного ингалятора или небулайзера возможно введение 2,4% раствора эуфиллина в дозе 4-5 мг/кг (0,15 - 0,2 мл/кг) на изотоническом растворе натрия хлорида в/в струйно, медленно в течение 10-15 мин.
3. Оценить эффект терапии через 20 мин.

Неотложная помощь при тяжелом приступе БА

1. Срочная госпитализация.
2. Оксигенотерапия через маску или носовой катетер.
3. Проведение ингаляционной терапии:
 - бронхоспазмолитики через небулайзер: используются β_2 -агонисты (беротек, сальбутамол) периодически с интервалом 20 мин в течение часа, затем каждые 1-4 часа по необходимости длительная небулизация.
 - бронхоспазмолитический эффект может быть усилен добавлением атровента или использованием комбинированного препарата – беродуала;
 - при отсутствии небулайзера и отсутствии признаков передозировки β_2 -агонистов назначается 2-3 ингаляции дозирующего аэрозоля β_2 -агониста (беротек Н, сальбутамол) через спейсер каждые 20 мин в течение часа, затем каждые 1-4 часа.

Неотложная помощь при тяжелом приступе БА

При отсутствии ингаляционной техники (недоступны небулайзер и дозирующий ингалятор) или при недостаточном эффекте от ингаляционных методов ввести 2,4 % раствор эуфиллина в/в струйно медленно в течение 20 - 30 мин в дозе 4-5 мг/кг (0,15-0,2 мл/кг); затем при необходимости в/в капельно в течение 6-8 часов в дозе 0,6 - 0,8 мг/кг/час.

5. Одновременно с бронхоспазмолитиками ввести глюкокортикостероиды в/в или в/м или внутрь в дозе по преднизолону 2 мг/кг. Несвоевременное введение глюкокортикостероидов повышает риск неблагоприятного исхода.

6. Проведение инфузионной терапии в объеме 30 - 50 мл/кг глюкозо-солевыми растворами в соотношении 1:1 со скоростью 10-15 капель в мин, затем, при необходимости, в/в капельно в течение 6-8 часов.

Неотложная помощь при тяжелом приступе БА

7. Лечение после купирования тяжелого приступа:

- продолжить бронхоспазмолитическую терапию стартовым препаратом каждые 4 часа бодрствования в течение 3-5 дней, затем перевод на пролонгированные бронхолитики (b2-агонисты, метилксантины);
- системные глюкокортикостероиды до купирования бронхообструкции;
- продолжить базисную противовоспалительную терапию (беклометазон, будесонид) с увеличением дозы выше среднетерапевтической, или использовать комбинированные препараты с противовоспалительным и бронхоспазмолитическим действием.

Показания для госпитализации при приступе бронхиальной астмы у детей

- тяжелый приступ;
- неэффективность бронхолитической терапии в течение 1-2 часов после начала терапии;
- длительный (более 1-2 недель) период обострения бронхиальной астмы;
- невозможность оказания неотложной помощи в домашних условиях;
- неблагоприятные бытовые условия;
- территориальная отдаленность от лечебного учреждения;
- наличие критериев риска неблагоприятного исхода приступа.



Диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими аллергическими заболеваниями

Диспансерные группы у специалиста

Характеристика группы	Частота осмотра вне обострения
БА любой степени тяжести с выявленной сенсibilизацией	Легкая 1 раз в 6 мес. средней тяжести тяжелая 1 раза в 3—6 мес. В период проведения АСИТ
БА и АР	Не реже 1 раза в 6 мес. В период проведения АСИТ
БА и атопический дерматит	1 раза в 3—6 мес. В период подбора диеты — 1 раз в 7—14 дней

Уровень лабораторного и инструментально-графического обследования

- ОАК, ОАМ – 2 раза в год
- Кал на яйца глистов, цисты лямблий, соскоб на острицы – 2 раза в год.
- Спирография 1 – 2 раза в год
- Рентгенологическое обследование по показаниям.
- Кожные пробы (аллерголог).
- Титр иммуноглобулинов к значимым аллергенам (аллерголог).
- Детям старше 5 лет пикфлоуметрический мониторинг (функция внешнего дыхания).



Оздоровительные мероприятия.
Гипоаллергенная диета.
Гипоаллергический быт. Режим антигенного щажения.

Профилактика активного и пассивного курения.

Аэрация, профилактика загрязнения воздуха.

Витаминизация с учётом возможной реакции.

Тщательная санация имеющихся очагов хронической инфекции.

Профилактика и лечение гельминтозов.

Санаторно-курортное лечение показано в период ремиссии: (Кисловодск).

Пребывание в соляных комнатах.

Трудовой режим.

01

При лёгкой и среднетяжёлой форме бронхиальной астмы дети посещают детские дошкольные учреждения и школу. Организуются иные уроки труда, не связанные с бытовой, древесной, металлической пылью. Дети могут быть освобождены от летней трудовой практики, общественно-полезного труда.

02

При тяжёлой форме болезни домашний режим, обучение на дому или выделяется дополнительный выходной день.

03

При частых приступах ребёнок освобождается от переводных экзаменов. Выпускные экзамены – по щадящему режиму.

Двигательный режим.

- ✓ При тяжёлой бронхиальной астме ребёнок освобождается от физкультуры.
- ✓ Занятия в ЛФК-группах, курсы дыхательной гимнастики.
- ✓ При лёгкой и среднетяжёлой форме бронхиальной астмы освобождение от физкультуры на 1 – 1,5 месяца после приступа, далее занятия в специальной или подготовительной группах.



Вакцинация

Индивидуальный
календарь
профилактических
прививок на фоне
неспецифической
гипосенсибилизации в
межприступный период.





Благодарю за внимание!



Патология суставов у детей. Дифференциальный диагноз.

СЕВОСТЬЯНОВ

Владислав Константинович,

к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики
детских болезней Первого МГМУ им. И.М.
Сеченова, врач педиатр, детский
ревматолог

Боль в суставах может наблюдаться при большом количестве заболеваний

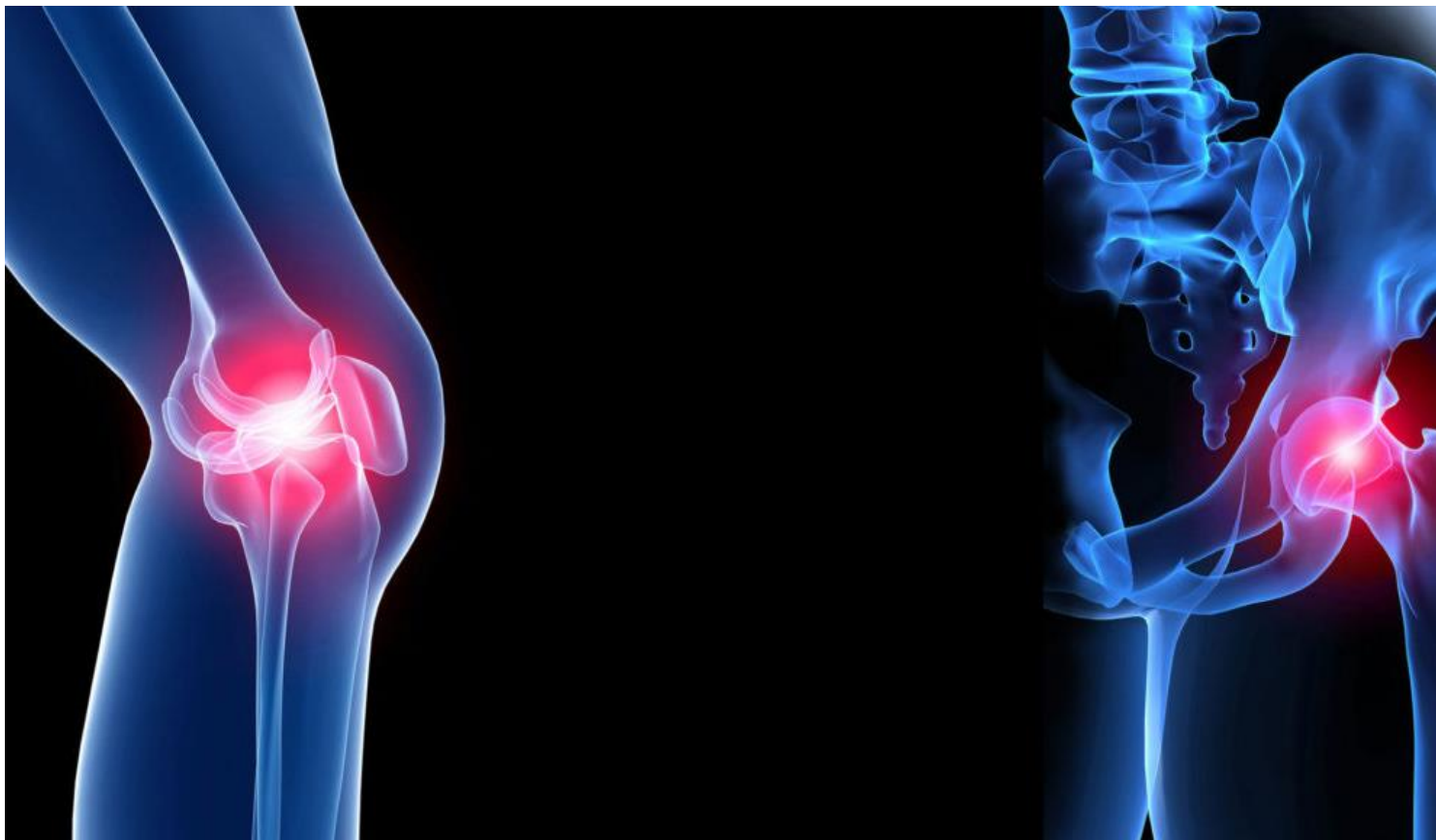
Неревматические заболевания

- * Боли роста
- * Дисметаболические нарушения
- * Онкологические заболевания
- * Ортопедическая патология
- * Наследственная патология
- * Посттравматический артрит



Ревматические заболевания

- Реактивный артрит
- Ювенильный ревматоидный артрит
- Псориатический артрит
- Ювенильный спондилоартрит
- ДБСТ



Дифференциальный диагноз артритов

- Ювенильный идиопатический (ревматоидный) артрит
- Реактивный артрит
- Постстрептококковый артрит
- Вирусный артрит
- Болезнь Лайма
- Септический артрит
- Туберкулезный артрит
- Гонококковый артрит
- Ювенильный спондилоартрит
- Псориатический артрит



Артралгии периода активного роста

- Возраст (3-8 лет, 12-15 лет).
- Боли в ночное время (перед сном и в первые 2 часа сна).
- Боли носят тянущий характер, распространяющийся на кости.
- При нормальных лабораторных показателях, отсутствия видимых признаков воспаления сустава – консультация ревматолога не требуется!

A microscopic illustration of a blood vessel with a thick, inflamed wall. The vessel lumen is filled with red blood cells. Surrounding the vessel are numerous yellow and blue Y-shaped structures representing antibodies, and several red blood cells. The background is a deep red color with a textured, fibrous appearance.

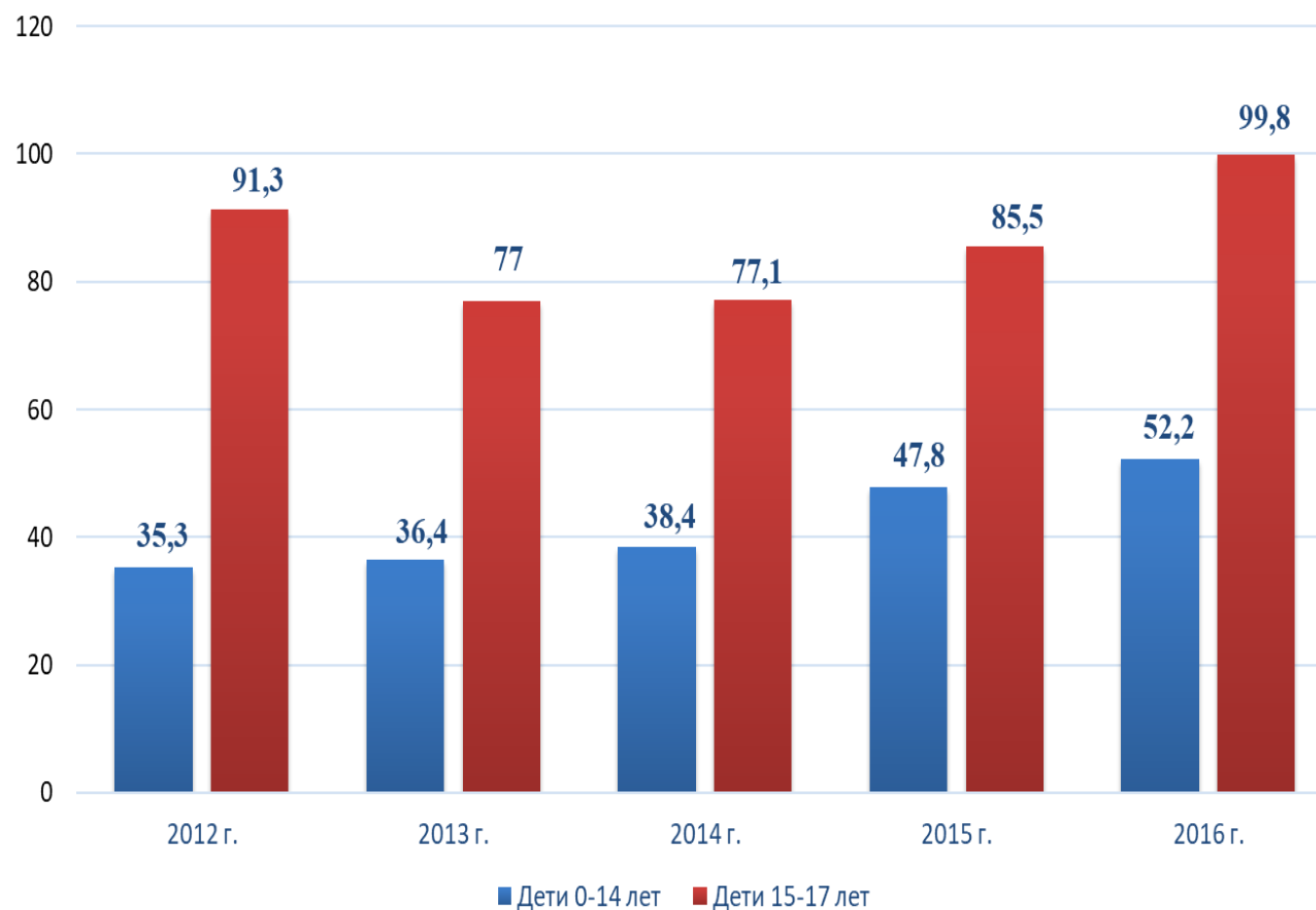
Ювенильный идиопатический артрит



Ювенильный
идиопатический
(ревматоидный) артрит
определяется как артрит
неустановленной
причины,
присутствующий в
течение 6 недель,
возникший до 16-
летнего возраста, при
исключении других
заболеваний

Определение ЮИА

Распространенность ЮИА среди детей возрастных групп 0-14 лет и 15-17 лет в г. Москве в период с 2012 по 2016 гг. (на 100 000)*



* По данным БМС НИИОЗиММ

Раннее выявление ювенильного артрита и назначение эффективной терапии предупреждает инвалидность детей с ЮИА



*Bartoli M et al. Ann Rheum Dis 2008; 67: 370-4

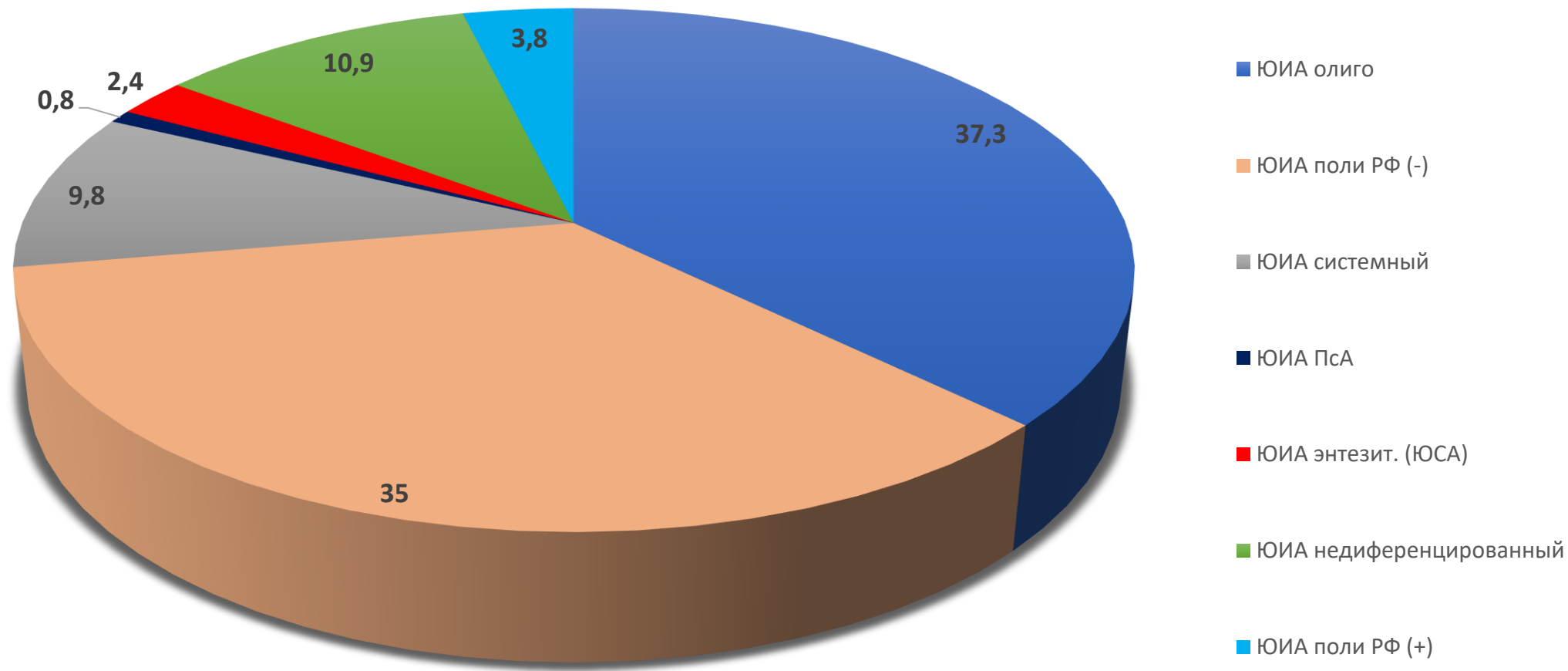
**Albers HM et al. Arthritis Care Res 2010; 62: 204-12

***Magnani A et al. J Rheumatol 2009; 36: 628-34

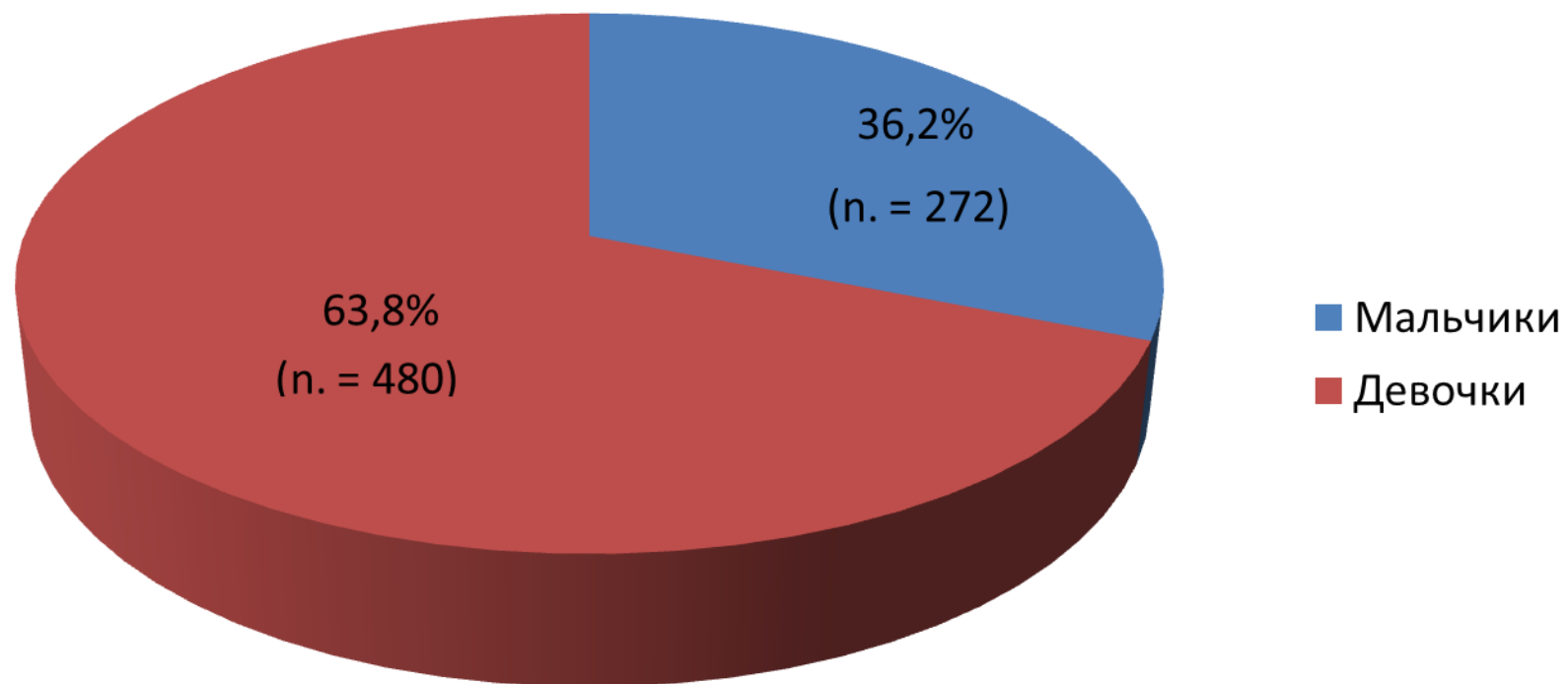
Классификации ювенильных артритов

Классификация Американской коллегии ревматологов	Классификация Европейской лиги против ревматизма	Классификация Международной лиги ревматологических ассоциаций
		
Ювенильный ревматоидный артрит - Системный - Полиартикулярный (серопозитивный, серонегативный) - Олиго -(пауци-) артикулярный	Ювенильный хронический артрит - Системный - Полиартикулярный - Ювенильный ревматоидный артрит (серопозитивный) - Олиго -(пауци-) артикулярный - Ювенильный псориатический артрит - Ювенильный анкилозирующий спондилит	Ювенильный идиопатический артрит - Системный - Полиартикулярный (серонегативный) - Полиартикулярный (серопозитивный) - Олигоартикулярный: (персистирующий, прогрессирующий) - Псориатический артрит - Артрит, ассоциированный с энтезитом - Недифференцированный артрит

Структура пациентов с ЮИА в зависимости от варианта (n = 925)



Поло-возрастной состав



Классификация по МКБ-10



- M08 Юношеский [ювенильный] артрит
- M08.0 Юношеский ревматоидный артрит
- M08.1 Юношеский анкилозирующий спондилит
- **M08.2 Юношеский артрит с системным началом**
- M08.3 Юношеский полиартрит (серонегативный)
- M08.4 Пауциартикулярный юношеский артрит
- M08.8 Другие юношеские артриты
- M08.9 Юношеский артрит неуточненный
- M07.3 Другие псориатические артропатии



Клинические признаки

- артрит продолжительностью 6 недель и более;
- симметричное поражение мелких суставов;
- контрактура сустава;
- утренняя скованность;
- ревматоидное поражение глаз;
- ревматоидные узелки.



Обследование детей с подозрением на ювенильный артрит

- Семейный анамнез (отягощенный семейный анамнез по РЗ);
- Анамнез заболевания (артралгии, припухлость суставов, утренняя скованность);
- ОАК (тромбоцитоз, лейкоцитоз, анемия, увеличение СОЭ)
- Иммунология: увеличение СРБ, АНФ, уровня общих иммуноглобулинов, положительный РФ (+/-)



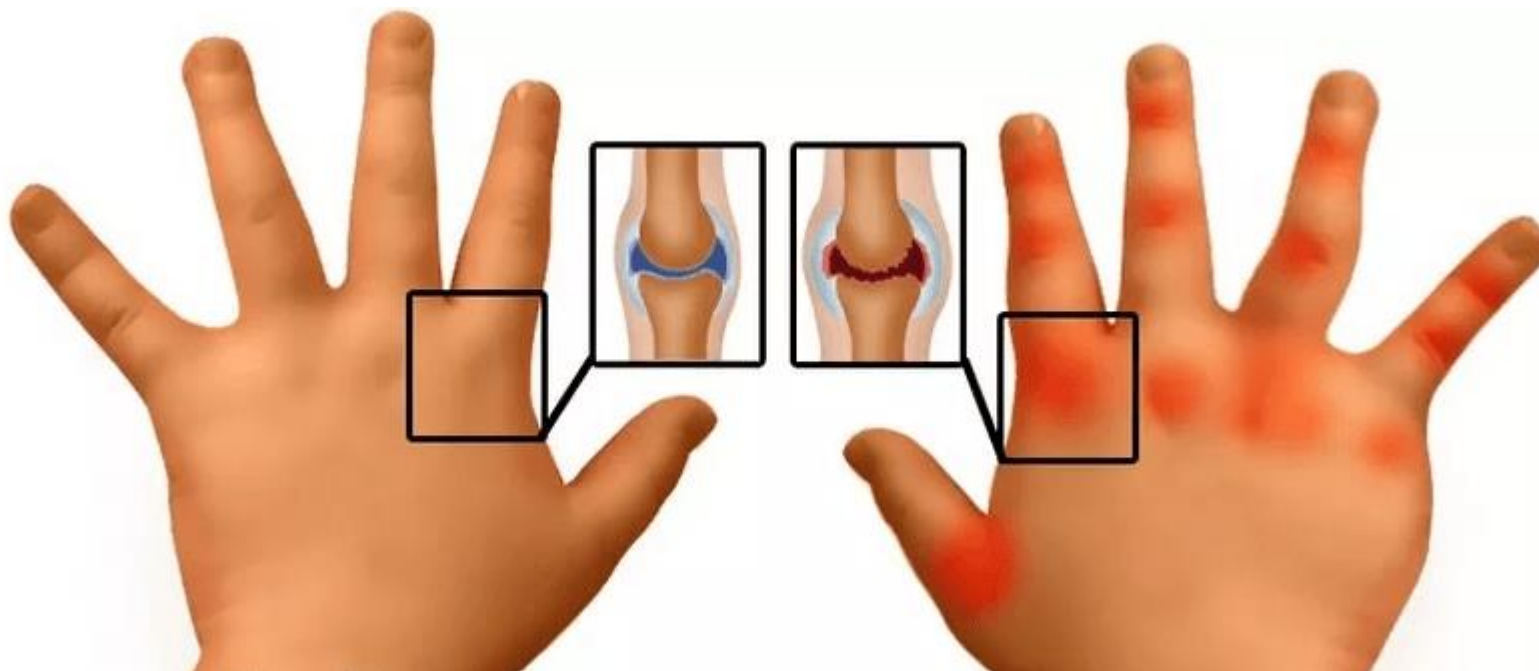
Олигоартикулярный вариант ЮИА

Определяется при наличии артрита 1-4 суставов в течение первых 6 месяцев заболевания:

- а) персистирующий - артрит с поражением 1-4 суставов в течение всей болезни;
 - б) распространяющийся олигоартрит - с поражением 5 или более суставов (после 6 мес.)
- Поражение глаз (ревматоидный увеит) – 25-40%
 - Положительный АНФ - 40%

Полиартикулярный вариант ЮИА (серопозитивный по РФ, серонегативный по РФ)

- Полиартрит с симметричным поражением суставов
- Прогрессирующее течение



Системный вариант ЮИА

Системный артрит определяется при наличии артрита, сопровождающегося или с предшествующей лихорадкой в течение 2 недель в сочетании с двумя или более признаками:

- преходящие, летучие эритематозные высыпания;
- серозит,
- генерализованная лимфаденопатия
- гепатомегалия и/или спленомегалия.

- ✓ С преобладанием внесуставных проявлений (Аллергосептический вариант)
- ✓ С активным суставным синдромом (Вариант Стилла)

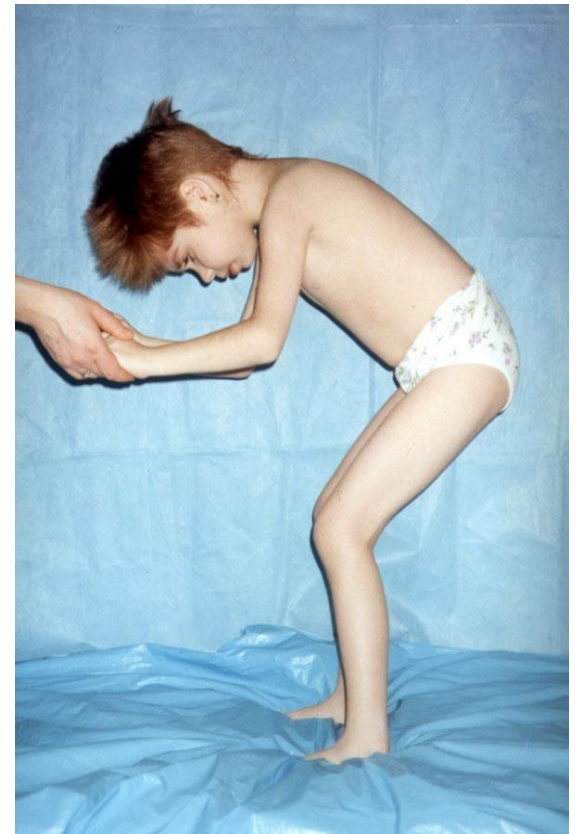


Дифференциальный диагноз аллергосептического синдрома

- Сепсис
- Инфекции (иерсиниоз, токсоплазмоз и др.)
- Онкогематология
- Диффузные болезни соединительной ткани (СКВ, ИДМ, системные васкулиты)
- Аутовоспалительные синдромы

Системный ЮИА с активным суставным синдромом (вариант Стилла)

- Субфебрильная\фебрильная лихорадка
- Лимфаденопатия
- Гепатоспленомегалия
- Кардит, полисерозит (в раннем возрасте)
- Генерализованный прогрессирующий полиартрит
- Умеренный лейкоцитоз
- СОЭ до 40 мм\час



Энтезитный вариант ЮИА

артрит (чаще олигоартрит) и/или энтезит в сочетании с

- а) чувствительностью в области крестцово-подвздошных сочленений и/или боль в спине;
- б) наличие HLA-B27;
- в) семейный анамнез, свидетельствующий о наличии подтвержденных врачами HLA-B27-ассоциированных заболеваний у родственников 1-2 степени родства,
- г) наличие переднего увеита,
- д) начало заболевания у мальчиков старше 8 лет.



Уплотнение
физиологических
изгибов
позвоночника



ахиллобурсит

Псориатический артрит

Артрит и кожный псориаз, или

Артрит и как минимум 2 из следующих признаков:

- Дактилит
- Поражение ногтей или онихолизис
- Семейные случаи псориаза у родственников I степени родства

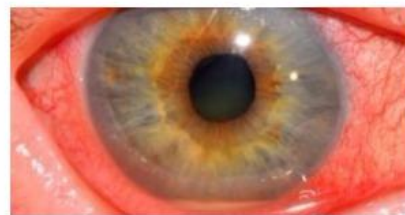
Исключающие признаки:

- Наличие ревматоидного фактора
- Наличие других форм ЮИА



Поражение глаз при ЮИА.

Ревматоидный увеит.



В большинстве случаев процесс двусторонний;
при одностороннем процессе прогрессирование его с поражением контралатерального глаза часто отмечается в течение первых 12 мес.
При ЮИА увеит развивается в течение 1, 2 и 4 лет после манифестации артрита у 73, 77 и 90% пациентов, соответственно

У 90% пациентов с поражением суставов будет увеит через 4 года!!!



Цели терапии

- Подавление воспалительной иммунологической активности
- Купирование системных проявлений и суставного синдрома
- Предотвращение или уменьшение деструкции суставов
- Достижение ремиссии
- Улучшение качества жизни
- Минимизация побочных эффектов терапии



Лекарственные средства применяемые при ЮИА. Ступени терапии.

- Модифицирующие симптомы противоревматические препараты
- Модифицирующие болезнь противоревматические препараты
- Генно-инженерная биологическая терапия



Модифицирующие симптомы противоревматические препараты

- Нестероидные
противовоспалительные
препараты (НПВП): диклофенак,
ибупрофен, нимесулид,
мелоксикам.
- Кортикостероиды: преднизолон,
метилпреднизолон

Нестероидные противовоспалительные препараты

- Традиционные НПВП ингибируют как конституциональный фермент циклооксигеназу ЦОГ-1, осуществляющий синтез простагландинов для защиты желудка и почек, так и индуцируемый фермент ЦОГ-2, продуцирующий простагландины, связанные с развитием воспалительного процесса
- Анальгетический и противовоспалительный эффекты
- Формы выпуска: для приема внутрь, инъекционные, для местного применения

Принципы использования НПВП у детей с ювенильным артритом

1

НПВП оказывают только симптоматический эффект, не влияя на течение заболевания.

2

Место НПВП в терапии ЮА

- Во время проведения дифференциальной диагностики ЮА
- Во время обострений ЮА

3

При достижении клинко-лабораторной ремиссии необходимости в продолжении использования НПВП нет

4

При длительном приеме НПВП у детей необходим контроль за развитием возможных побочных действий (особенно гастропатий)

НПВП, применяемые для лечения артрита у детей

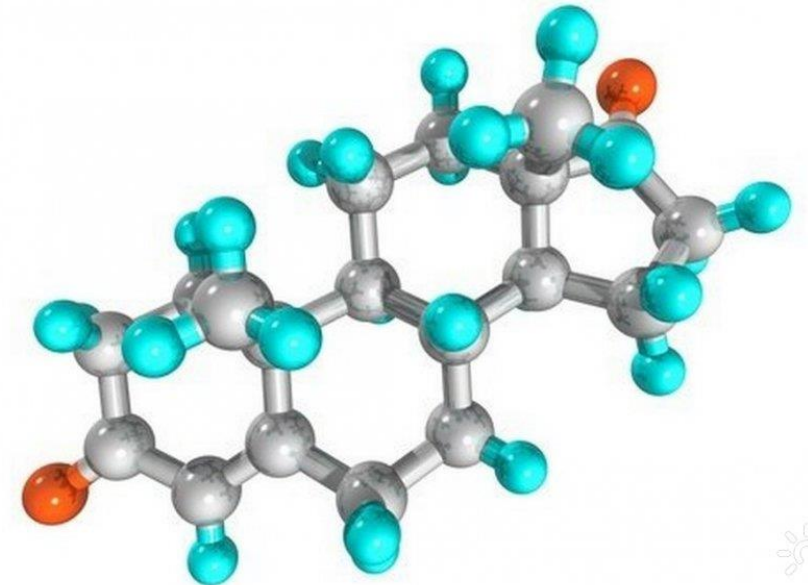
Международное название	Торговое название	Кратность	Применение с возраста
Диклофенак	Вольтарен Диклофенак Ортофен	В 2-3 приема	С 5 лет
Напроксен	Напроксен	В 2 приема	С 5 лет
Ибупрофен	Ибупрофен Ибуфен Нурофен таб. суспензии	В 3 приема В 3-4 приема В 3 приема В 3-4 приема	С 12 лет С 6 мес С 12 лет С 6 мес
Мелоксикам	Мовалис (таблетки, суспензия)	В 1 прием	С 2 – х лет
Нимесулид	Найз, Нимулид- суспензия	В 2-3 приема	До 6 лет с осторожностью

Глюкокортикоиды

- влияют практически на все звенья патогенеза заболевания
- оказывают универсальный, быстрый, мощный противовоспалительный эффект

Недостатки ГК-терапии

- вызывают гормонозависимость
- вызывают гормонорезистентность
- провоцируют развитие тяжелых, часто необратимых побочных эффектов
- не контролируют течение заболевания



Модифицирующие болезнь противоревматические препараты

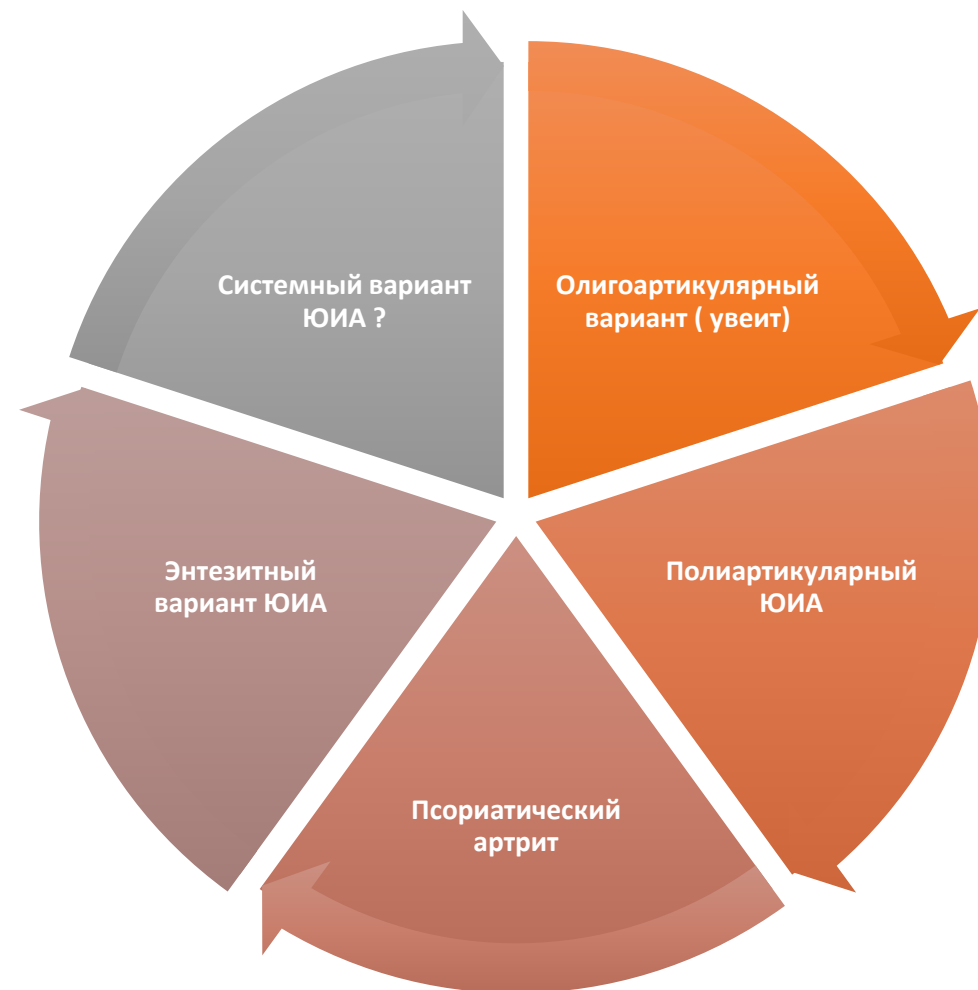
- Метотрексат (методжект/метотрексат Эбеве)
NB! Золотой стандарт лечения ЮРА!



- Сульфасалазин
- Лефлунамид (Арава)
- Циклоспорин А (Сандиммун Неорал)

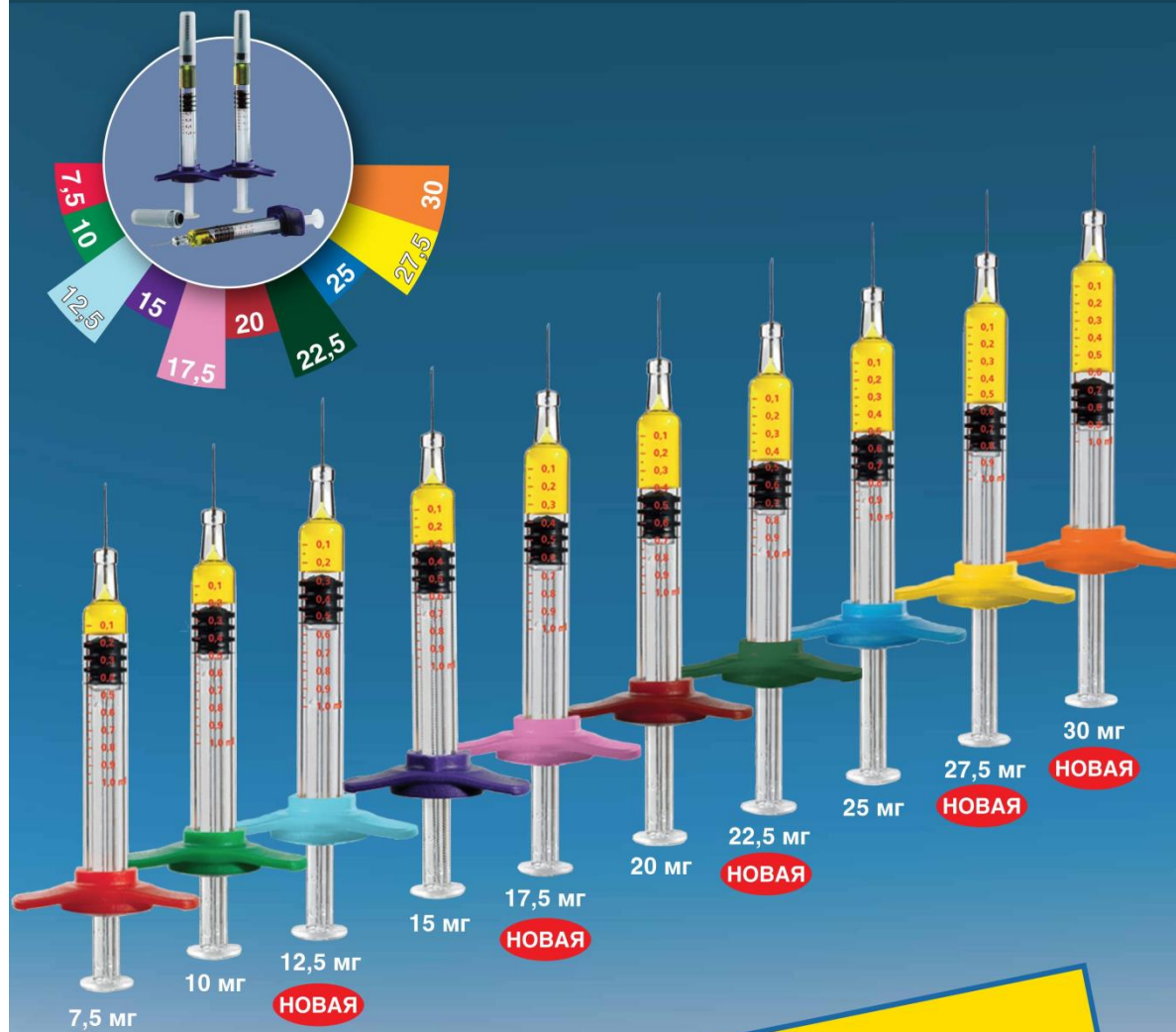


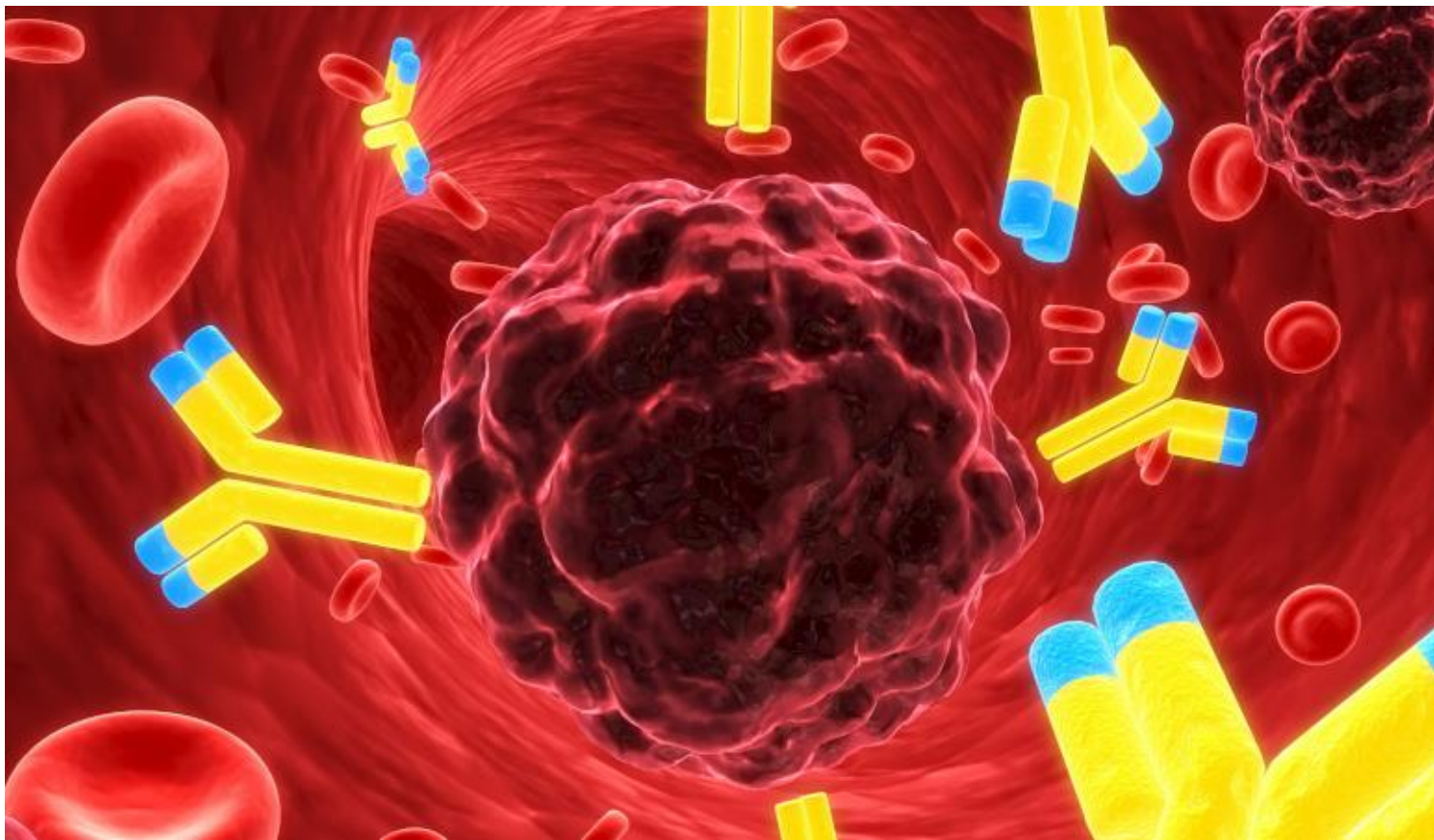
Метотрексат
дозы 10-15 мг/м² в неделю
В настоящее время МТХ
является базисным
противореvmатическим
препаратом № 1 во всем
мире для лечения РА и ЮИА



Мето ДЖЕКТ®

метотрексат в предварительно заполненных шприцах
раствор для подкожного введения

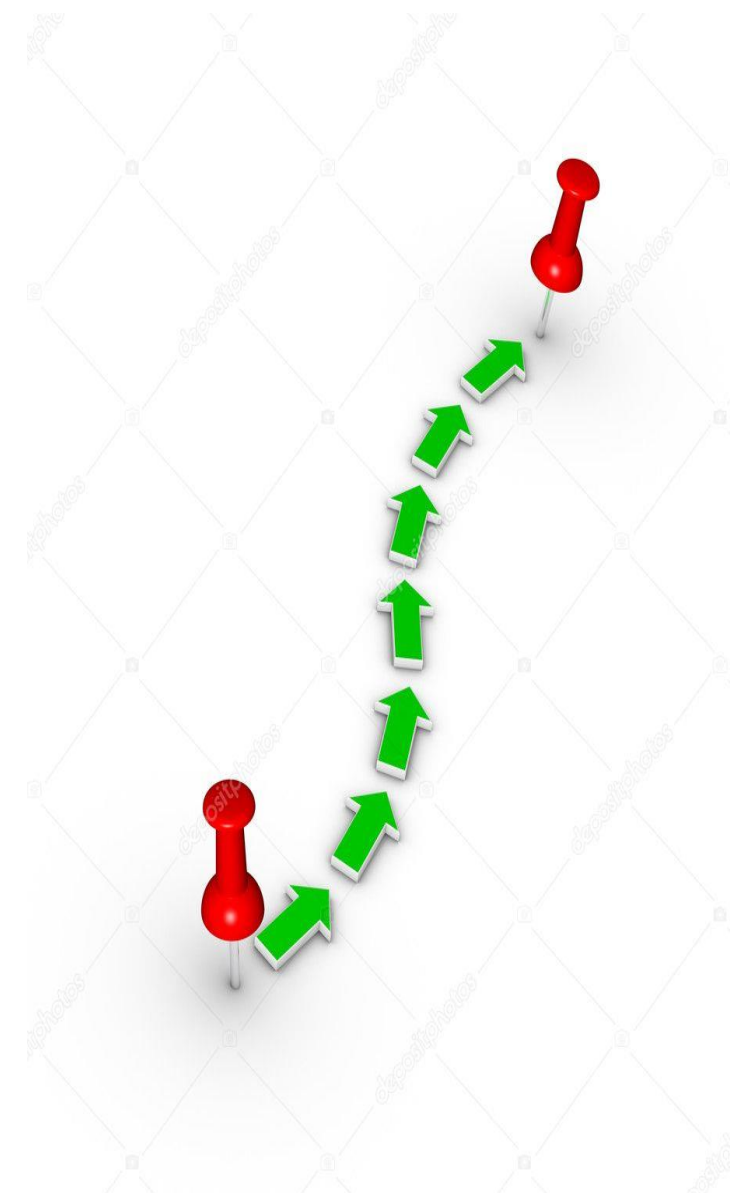




Генно-инженерная биологическая терапия

- Ингибиторы ФНО α
 - ✓ Адалимумаб (Хумира)
 - ✓ Этанерцепт (Энбрел)
 - ✓ Голимумаб (Симпони)
- Блокаторы ко-стимуляции Т-лимфоцитов
 - ✓ Абатацепт (Оренсия)
- Ингибиторы рецептора интерлейкина 6
 - ✓ Тоцилизумаб (Актемра)

Маршрутизация пациентов при подозрении на ЮИА



Маршрутизация пациентов с установленной ранее ревматической патологией



План диспансерного наблюдения за пациентами с ЮИА

Мероприятие	Дети, получающие генно-инженерную биологическую терапию	Дети, получающие базисную противовоспалительную терапию	Дети, находящиеся в ремиссии и не получающие терапию
Общий анализ крови	1 р./мес.	1 р./ 3 мес.*	1 р./12 мес.
Общий анализ мочи	1 р./мес.	1 р./ 3 мес.*	1 р./12 мес.
Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, ЩФ, мочевины, креатинин)	1 р./мес.	1 р./3 мес.*	1 р./12 мес.
Иммунология (СРБ, РФ)	1 р./мес.	1 р./3 мес.*	1 р./12 мес.
R-Манту/Диаскинтест	1р./6 мес.	1р./12 мес.	1 р./12 мес.
КТ ОГК/Рентгенография ОГК	1р./6 мес.	1р./12 мес.	1 р./12 мес.
Консультация офтальмолога с осмотром через щелевую лампу	1 р./6 мес.**	1 р./6 мес.**	1 р./12 мес.**
Консультация окружного детского ревматолога	1 р./3 мес.*	1 р./3-6 мес.*	1 р./12 мес.
Консультация отоларинголога, стоматолога (санация очагов хронической инфекции)	1 р./12 мес.	1 р./12 мес.	1 р./12 мес.
Санаторно-курортное лечение в период стойкой клинико-лабораторной ремиссии (ревматологический профиль)	1 р./12 мес.	1 р./12 мес.	1 р./12 мес.
Стационарное лечение	По показаниям (при необходимости проведения коррекции терапии)	По показаниям (при необходимости проведения коррекции терапии)	По показаниям (при обострении)

* После установления диагноза 1 раз в мес. ** После установления диагноза 1 раз в 3 мес.

The background of the slide is a composite of various microscopic organisms, likely from a scanning electron micrograph. It features several green, elongated, rod-shaped bacteria, some with flagella. There are also yellow, star-shaped or spiky structures, possibly representing viral particles or specialized cells. The overall texture is highly detailed and organic.

Реактивные артропатии

Диагностические критерии реактивного артрита

Реактивный артрит
устанавливается на
основании диагностических
критериев, принятых на III
Международном совещании
по реактивным артритам в
Берлине в 1995 г.

Показатель	Диагностический критерий
Периферический артрит	Асимметричный Олигоартрит Преимущественное поражение суставов нижних конечностей
Инфекционные проявления	Диарея Уретрит Время возникновения (2- 4 нед. До артрита)
Лабораторные подтверждения инфекции	Необязательно при клинических проявлениях инфекции Обязательно при отсутствии клинических проявлений инфекции

Этиология

В настоящее время к реактивным артритам относят в основном заболевания, связанные с кишечной и мочеполовой инфекциями, ассоциированными с антигеном гистосовместимости B27 (HLA-B27).

Две группы артритов:

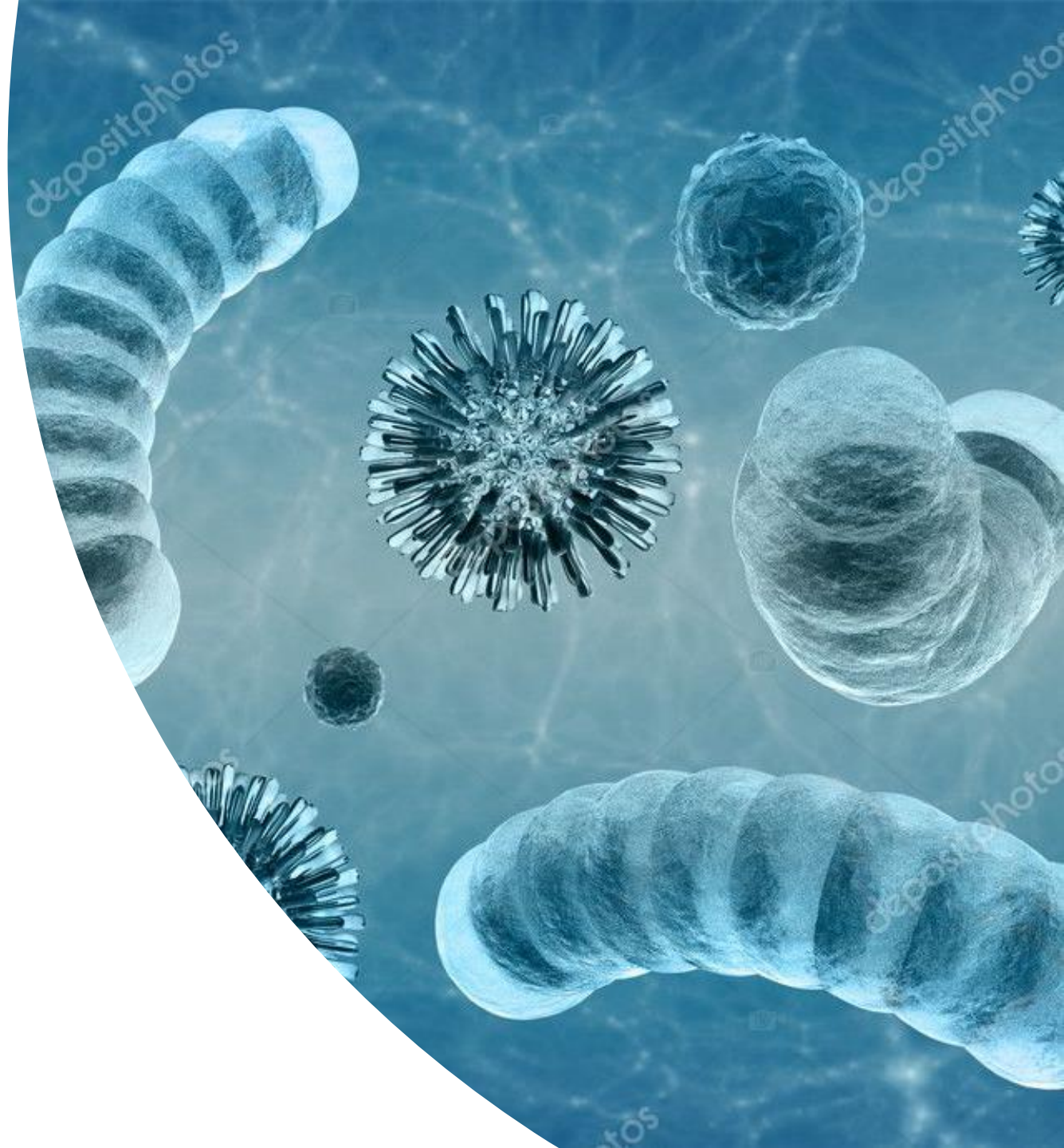
- мочеполовые;
- постэнтероколитические.

Этиология мочеполового реактивного артрита:

- хламидия трахоматис (Cl. Trachomatis, серовар D, K);
- уреаплазмы.

Этиология постэнтероколитического реактивного артрита:

- иерсинии (Y. enterocolitica серотип 03 и 09, Y. pseudotuberculosis);
- сальмонеллы (S. enteritidis, S. oranienburg, S. typhimurium);
- шигеллы (S. flexneri 2 a);
- кампилобактер (Campilobacter jejuni).



Клиническая картина

Реактивный артрит (Синдром Рейтера, или уретро-окуло-синовиальный синдром) — воспалительный процесс, развивающийся в хронологической связи с инфекцией мочеполового тракта или кишечника и проявляющийся классической триадой симптомов: уретритом, конъюнктивитом, артритом.

Начинается с симптомов поражения мочеполового тракта через 2–4 нед после перенесенной кишечной инфекции или предполагаемого заражения хламидиозом или бактериями кишечной группы. В последующем присоединяются симптомы поражения глаз и суставов.



Поражение мочеполового тракта

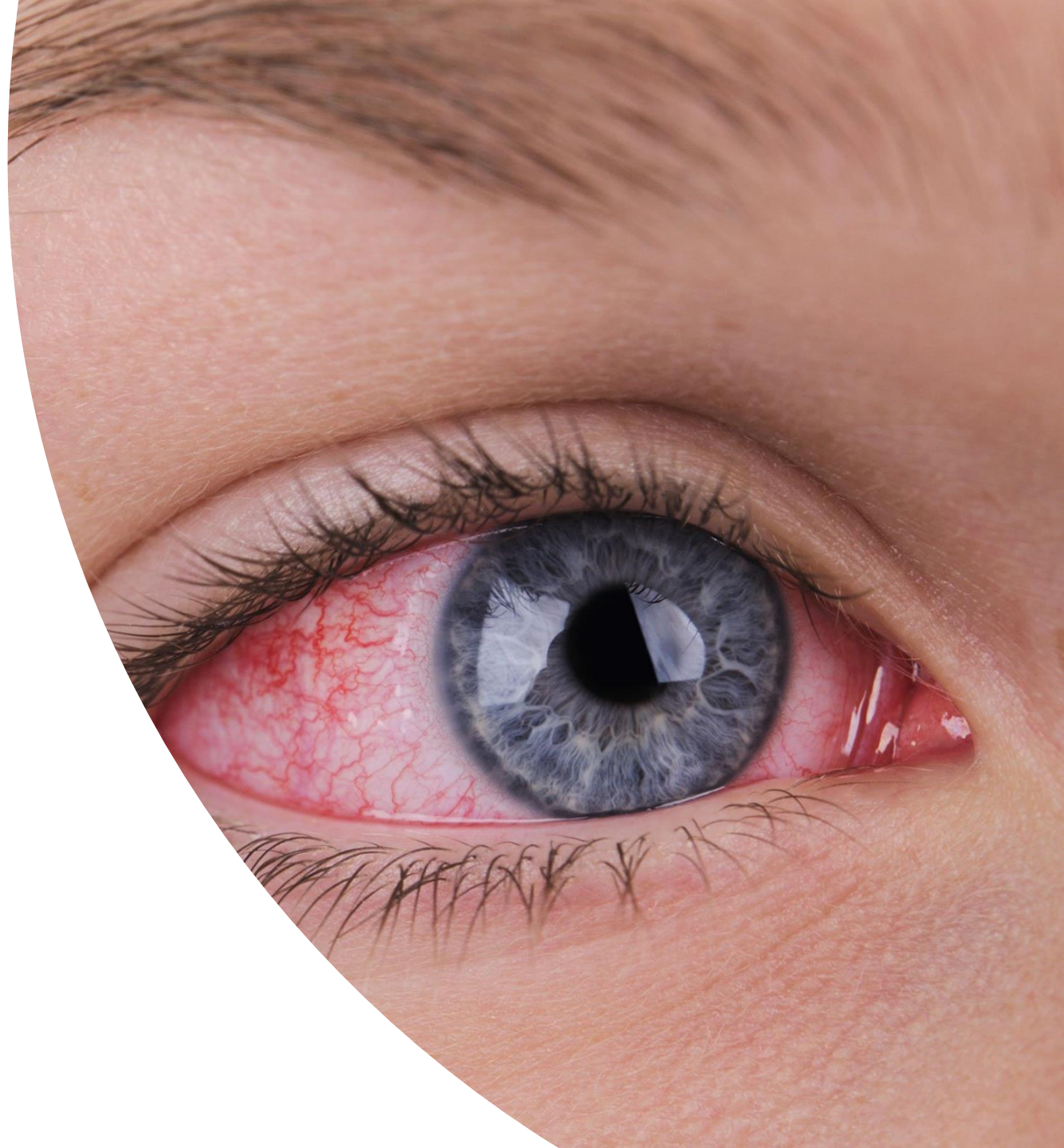
Характеризуется стертой клинической картиной. У мальчиков развивается баланит, инфицированные синехии, фимоз, у девочек — вульвит, вульвовагинит, лейко- и микрогематурия, цистит.

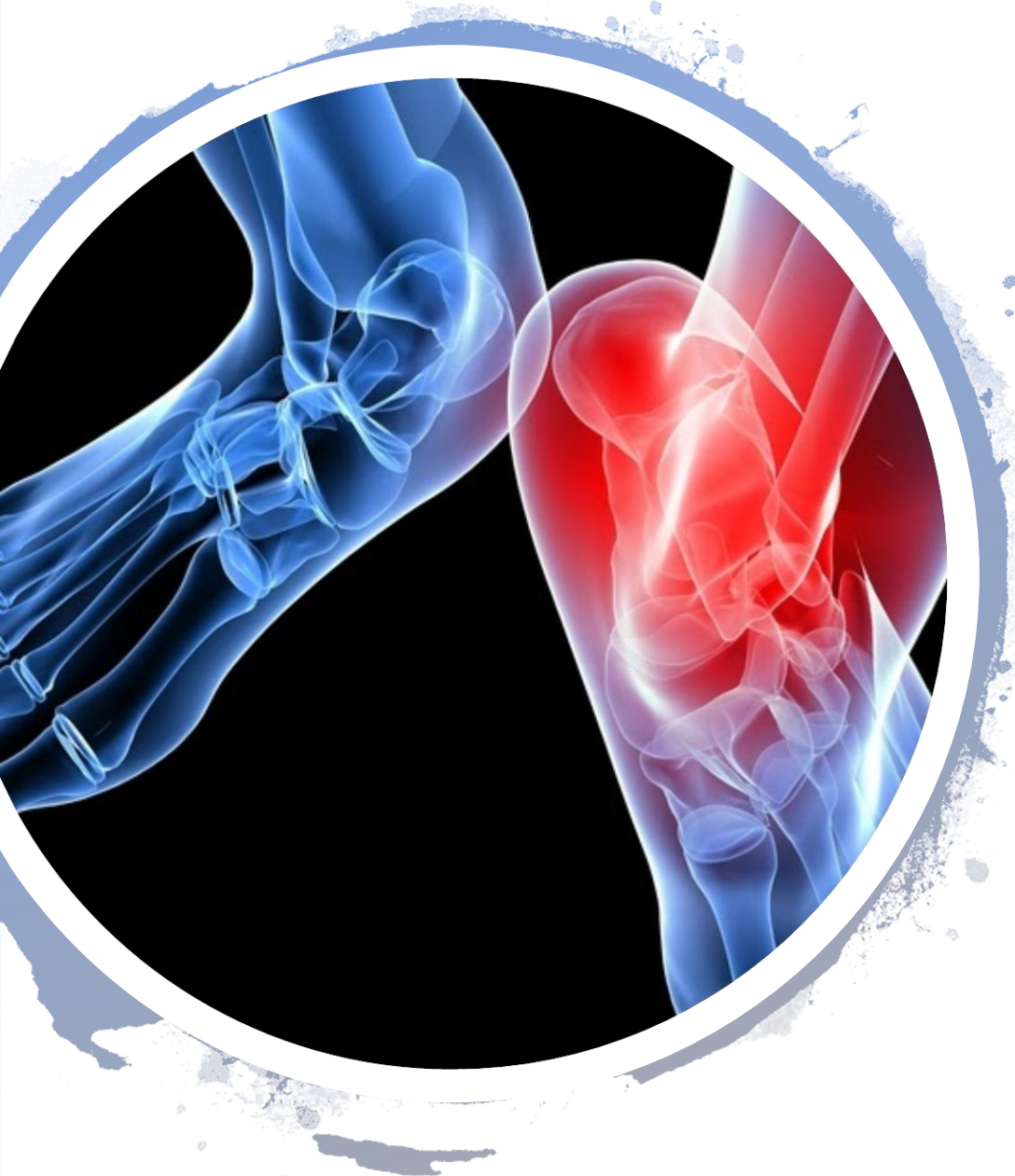
Поражение мочеполового тракта может на несколько месяцев предшествовать развитию суставного синдрома.



Поражение глаз

- ✓ Конъюнктивит, чаще катаральный, невыраженный, непродолжительный, но склонный к рецидивированию.
- ✓ При иерсиниозном реактивном артрите конъюнктивит может быть гнойным, тяжелым.
- ✓ У 30% больных развивается острый иридоциклит, угрожающий слепотой.
- ✓ Поражение глаз также может на несколько месяцев или лет предшествовать развитию суставного синдрома.





Поражение опорно-двигательного аппарата

- Ограниченный асимметричный, моно-, олиго- и реже полиартрит. В процесс преимущественно вовлекаются суставы нижних конечностей, с наиболее частым поражением коленных, голеностопных суставов, плюснефаланговых, проксимальных и дистальных межфаланговых суставов пальцев стоп.
- Артрит начинается остро, с выраженными экссудативными изменениями, сопровождается повышением температуры, вплоть до фебрильных цифр. Болевой синдром, скованность не выражены. Нарушение функции не характерно. Артрит с большим количеством синовиальной жидкости непрерывно рецидивирует.
- Поражение суставов характеризуется длительным отсутствием деструктивных изменений, несмотря на рецидивирующий синовит. Характерно развитие теносиновита и бурсита, ахиллобурсита, одностороннего поражения грудино-ключичного сочленения.

Постэнтероколитический реактивный артрит

- ✓ Протекает более остро, агрессивнее, чем реактивный артрит, ассоциированный с хламидийной инфекцией. Имеется более явная хронологическая связь с перенесенной кишечной инфекцией.
- ✓ Заболевание протекает с выраженными симптомами интоксикации, лихорадкой, острым суставным синдромом, высокими показателями лабораторной активности.





Диагностические критерии постэнтероколитического артрита

- развитие артрита спустя 1–4 нед после диареи;
- преимущественно острый характер суставного поражения (припухлость, повышение местной температуры, покраснение кожи над суставами, резкая болезненность при движении);
- асимметричное поражение суставов;
- преимущественное поражение крупных суставов (коленных, голеностопных);
- олиго-, полиартрит;
- возможные бурситы, тендовагиниты;
- значительные сдвиги лабораторных показателей;
- повышенные титры антител к возбудителям кишечной инфекции и антигенемия;
- торпидность суставного синдрома, хронизация процесса;
- HLA-B27 у 60–80% пациентов.

Диагностика

Диагноз реактивного артрита ставят на основании данных о предшествующей инфекции, анализа особенностей клинической картины и данных лабораторных и инструментальных методов обследования и результатов этиологической диагностики.



Методы инструментальной диагностики

- УЗИ сустава (синовит)
- Рентгенография суставов (расширение суставной щели за счет синовиальной жидкости в полости сустава)
- МРТ суставов (синовит)

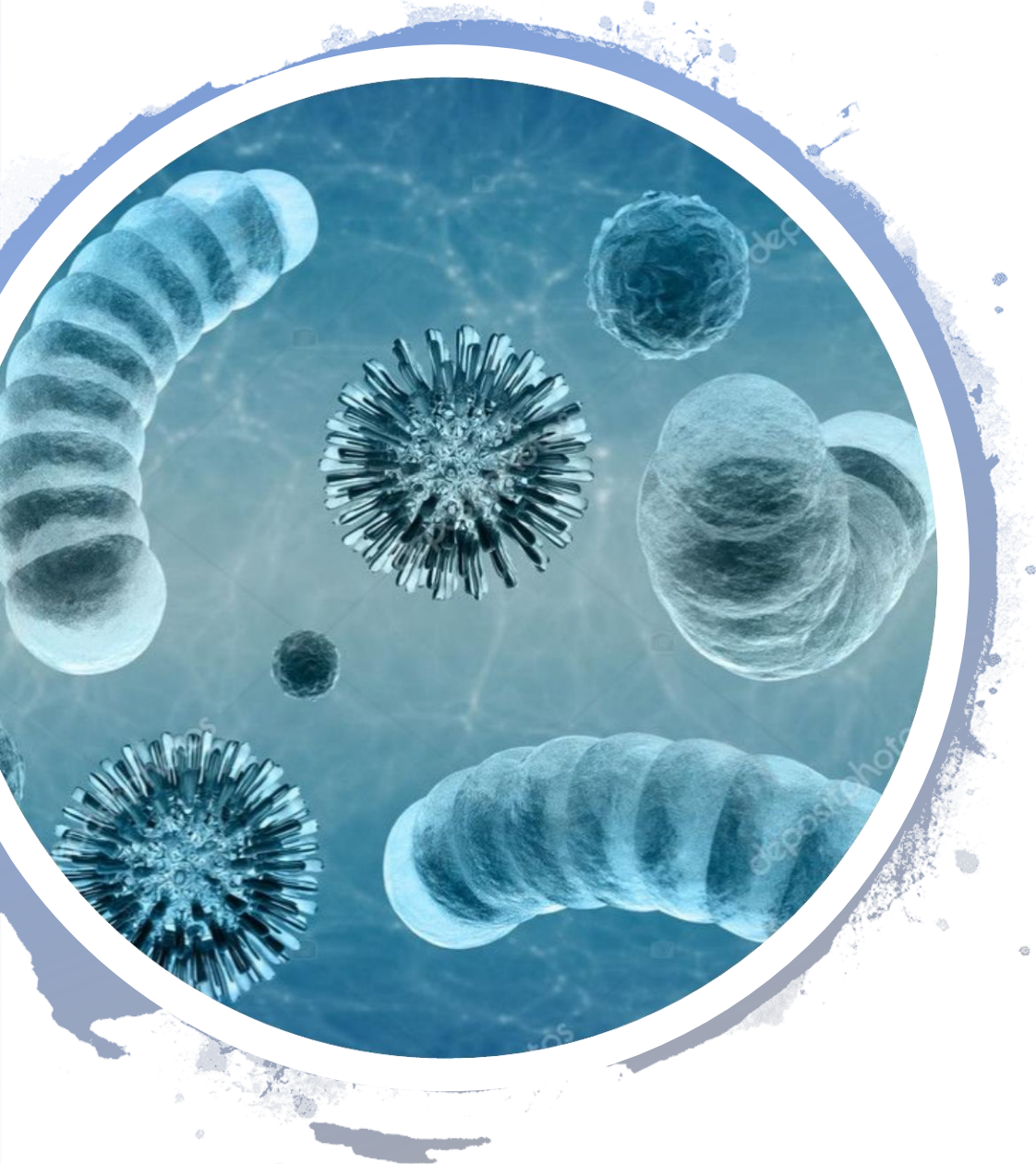




Этиологическая диагностика

Иммунологический метод

- выявление антигена хламидий в эпителиальных клетках, полученных в результате соскобов из уретры и конъюнктивы, синовиальной жидкости (прямой иммунофлюоресцентный анализ др.);
- выявление антител к антигенам хламидий в сыворотке крови и синовиальной жидкости (реакция связывания комплемента, прямая и непрямая иммунофлюоресценция);
- острая фаза хламидиоза или обострение хронического процесса — IgM антитела в течение первых 5 дней, IgA антитела — в течение 10 дней, IgG антитела — через 2–3 нед;
- реинфекция или реактивация первичной хламидийной инфекции — повышение уровня IgG антител, IgA антитела, единичные IgM антитела;
- хроническое течение хламидиоза — постоянные титры IgG и IgA антител;
- бессимптомное течение хламидиоза, персистенция возбудителя
 - низкие титры IgA антител;
- перенесенная хламидийная инфекция — низкий титр IgG антител;
- выявление антител к бактериям кишечной группы в сыворотке крови (методики реакции прямой гемагглютинации, реакции связывания комплемента).



Этиологическая диагностика

- Морфологический метод — выявление морфологических структур возбудителя (окраска препаратов, иммунофлюоресцентный анализ).
- Культуральный метод — выделение хламидий (культура клеток, куриные эмбрионы, лабораторные животные).
- Молекулярно-биологический метод — выявление ДНК возбудителя (ПЦР и др.). Метод используют для выявления ДНК-возбудителя в крови и синовиальной жидкости.
- Бактериологическое исследование кала.
- Бактериологическое исследование мочи.

Терапия реактивных артритов

- ✓ этиотропное лечение
- ✓ патогенетическое лечение
- ✓ симптоматическое лечение



Этиотропное лечение РА, ассоциированного с хламидийной инфекцией



В связи с тем, что хламидия — внутриклеточный паразит, выбор антибактериальных препаратов ограничен их способностью накапливаться внутриклеточно. Препараты выбора: макролиды, тетрациклины и фторхинолоны.



В связи с токсичностью тетрациклинов и фторхинолонов их применение в детской практике ограничено.



Оптимальным для лечения хламидиоза у детей является использование макролидов (рокситромицин, джозамицин). У подростков возможно использование доксициклина (дети старше 12 лет).



Лечение антибиотиком более эффективно в острой стадии заболевания.



При хламидиозе не назначают антибиотики пенициллинового ряда в связи с возможностью перехода хламидий в L-подобные формы и развитием хронической персистирующей хламидийной инфекции.

Этиотропное
лечение
реактивного
артрита,
ассоциированного
с кишечной
инфекцией

- Всем детям с реактивным артритом при выявлении антител к бактериям кишечной группы в диагностических титрах или бактерий кишечной группы при бактериологическом обследовании кала целесообразно проведение антибактериальной терапии.
- Препараты выбора — аминогликозиды (амикацин).
- Антибактериальная терапия позволяет добиться сероконверсии и клинической ремиссии у большинства больных.

Симптоматическое лечение

1

Для лечения суставного синдрома при реактивном артрите применяют НПВП.

2

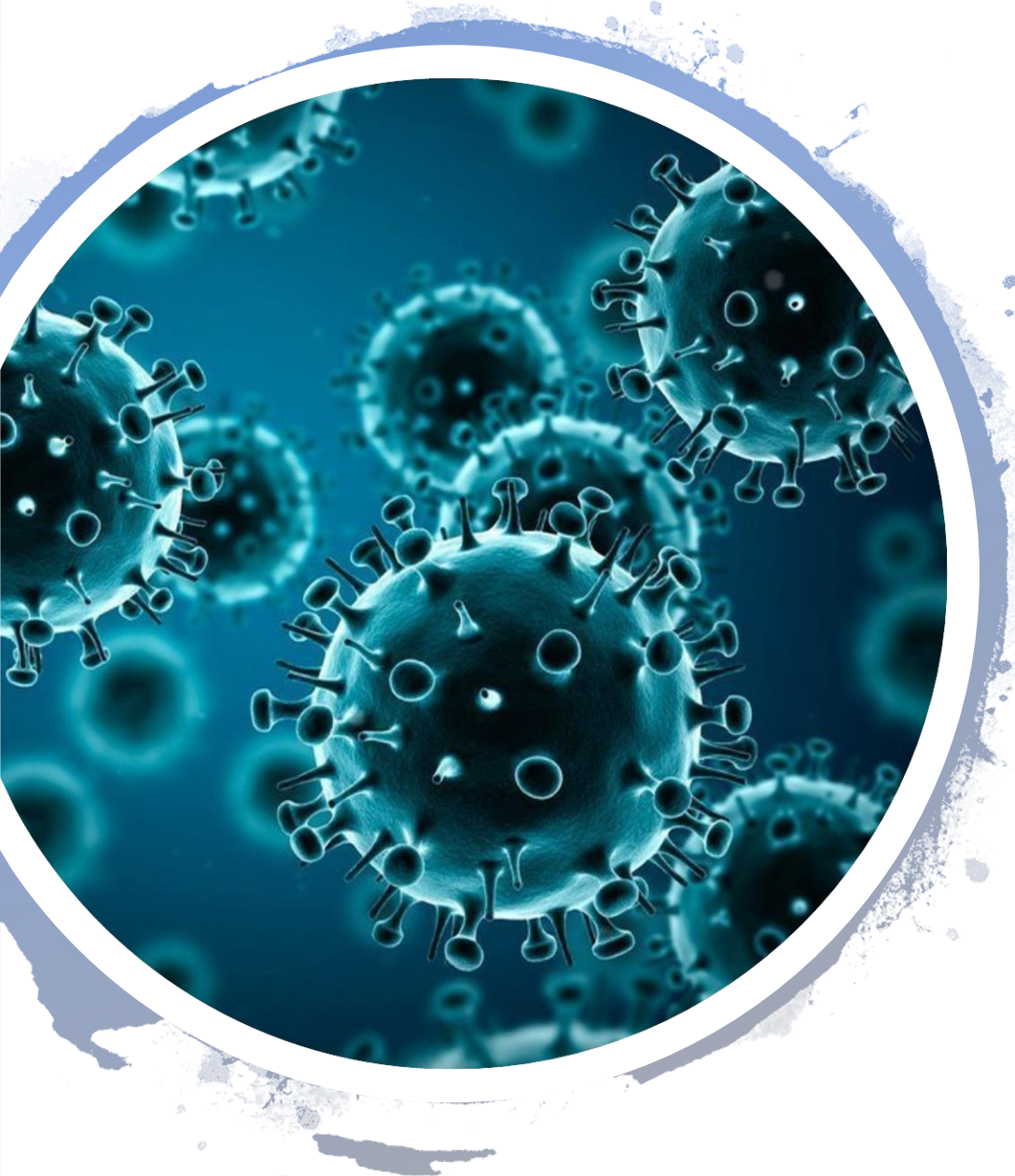
В рамках лечения подбирают наиболее эффективный препарат с наилучшей переносимостью. При использовании НПВП в ревматологии нужно помнить о том, что развитие противовоспалительного эффекта отстает по времени от анальгезирующего.

3

Обезболивание происходит в первые часы после приема, в то время как противовоспалительный эффект появляется только на 10–14-й день постоянного, регулярного приема НПВП.

4

При длительном приеме НПВП у детей необходим контроль за развитием возможных побочных действий (особенно гастропатий)



Этиология вирусного артрита

- ✓ вирусы краснухи;
- ✓ парвовирус;
- ✓ аденовирус;
- ✓ вирус гепатита В;
- ✓ герпес-вирусы различных типов;
- ✓ вирус паротита;
- ✓ энтеровирусы;
- ✓ вирус Коксаки;
- ✓ ЕСНО-вирусы.

Клиническая картина вирусного артрита

- ✓ Клиническая картина чаще представлена артралгиями.
- ✓ Симптомы длятся в течение 1–2 нед и исчезают без остаточных явлений.
- ✓ Поражение мелких суставов характерно для вирусного артрита, связанного с перенесенной краснухой и гепатитом или проведением вакцинации против этих инфекций.
- ✓ Поражение 1–2 крупных суставов (чаще коленных) характерно для вирусного артрита, вызванного вирусами паротита, герпесзостер.



Диагностические критерии постстрептококкового артрита

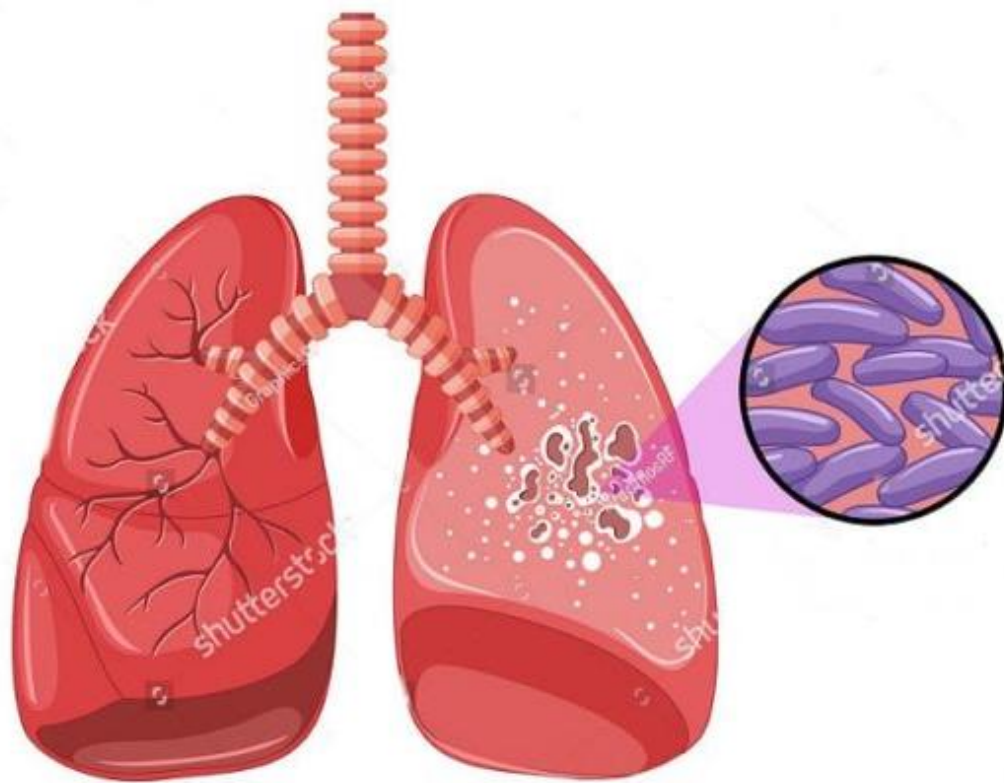
- ✓ появление артрита на фоне или спустя 1–2 нед после перенесенной носоглоточной инфекции (стрептококковой этиологии);
- ✓ одновременное вовлечение в процесс преимущественно средних и крупных суставов;
- ✓ небольшое число вовлеченных суставов (моно-, олигоартрит);
- ✓ нерезкие сдвиги в лабораторных показателях;
- ✓ повышенные титры постстрептококковых антител;
- ✓ хронические очаги инфекции в носоглотке;
- ✓ негативность по HLA-B27.





Лаймская болезнь

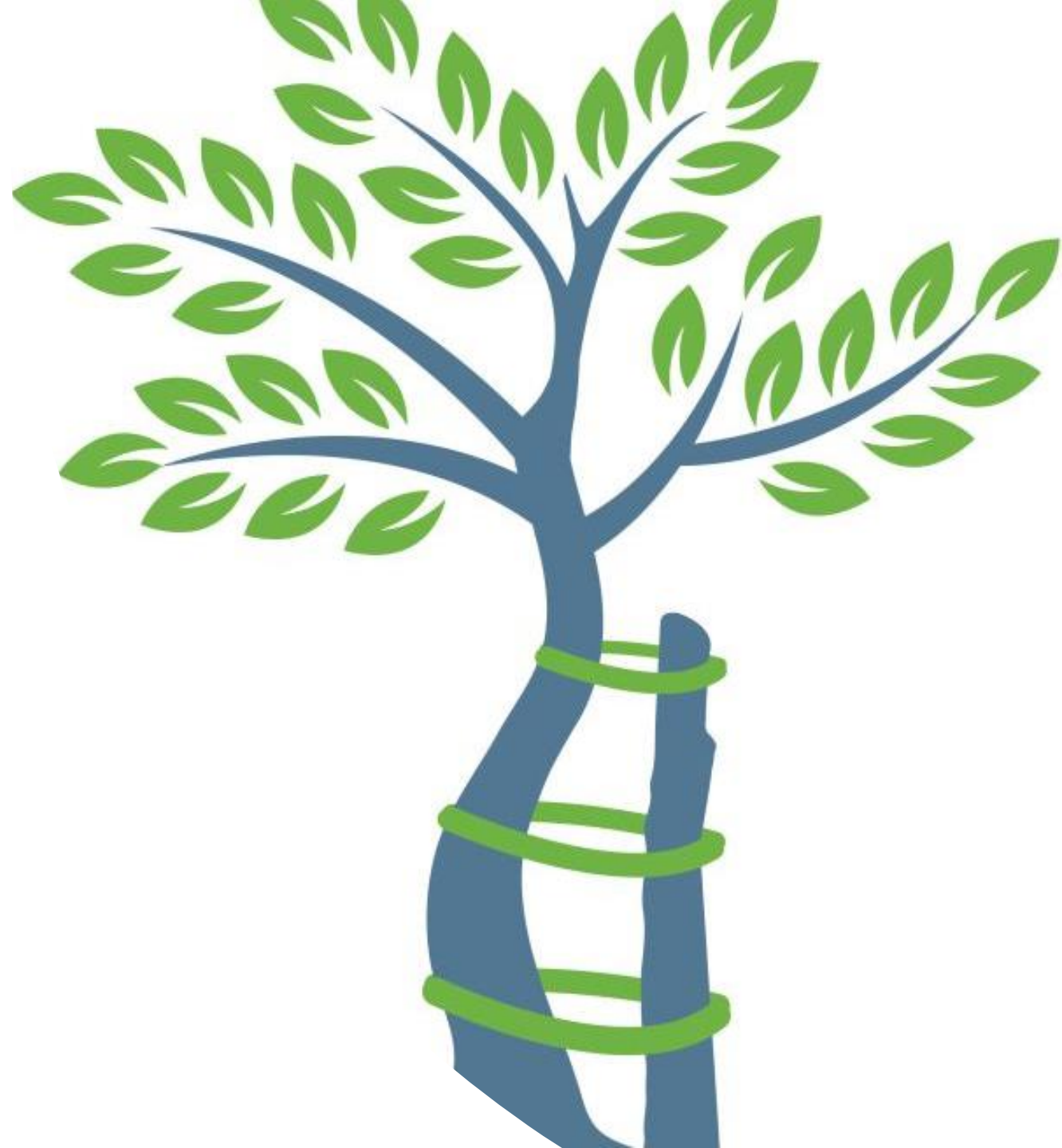
- Характеризуется поражением кожи, суставов и нервной системы. Возбудитель попадает в организм в результате укуса клеща вида *Ixodes*.
- Ранняя стадия: мигрирующая эритема (при поражении кожных покровов) и лимфоцитарный менингит (при поражении нервной системы), проявляющийся головной болью, лихорадкой, тошнотой, рвотой, парестезиями, парезом черепных нервов. Поражение костно-мышечной системы — артралгии и миалгии.
- Для поздней стадии лаймской болезни характерны атрофические изменения на коже, развитие хронического прогрессирующего менингоэнцефалита, артритов.
- Диагностика лаймской болезни основана на характерной клинической картине, факте пребывания пациента в эндемичной зоне, укусе клеща в анамнезе. Подтверждают диагноз серологическими методами.



Туберкулезный артрит

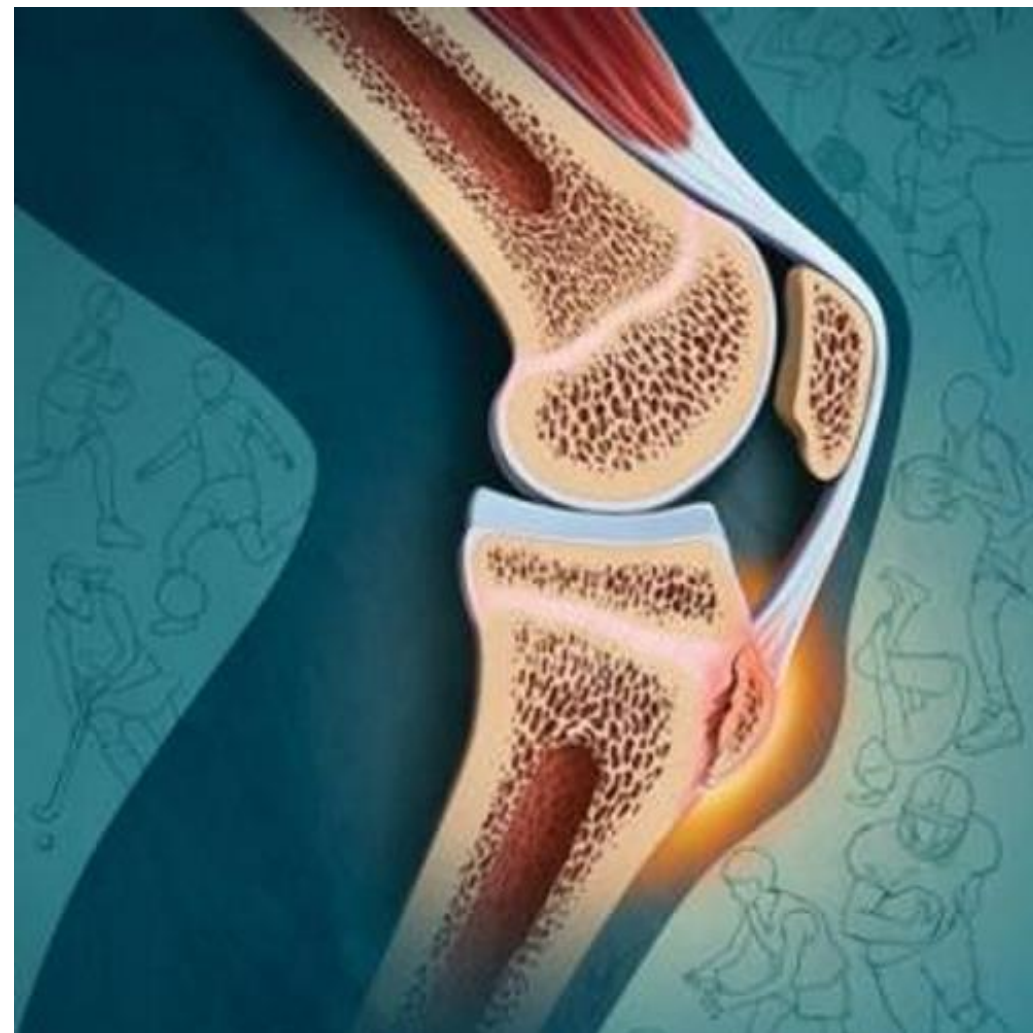
- Туберкулезный артрит — одно из частых проявлений внелегочного туберкулеза.
- Развивается чаще у детей раннего возраста вследствие первичной туберкулезной инфекции. Заболевание протекает по типу моноартрита коленного, тазобедренного, реже лучезапястного суставов, являющегося результатом туберкулезной деструкции костей и суставных тканей. Значительно реже поражаются позвоночник и кости пальцев (туберкулезный дактилит).
- Диагноз предполагают на основании данных семейного анамнеза (контакт с больным туберкулезом), легочной формы туберкулеза у родственников, сведений о вакцинации БЦЖ, данных реакции Манту и ее динамики.
- Клиническая картина представлена общими симптомами туберкулезной инфекции (интоксикацией, субфебрильной температурой, вегетативными нарушениями) и локальными симптомами (болями в суставах, преимущественно в ночное время, явлениями артрита).
- Для подтверждения диагноза необходимы рентгенологические данные, анализ синовиальной жидкости, биопсия синовиальной оболочки.

Ортопедическая патология у детей



Болезнь Осгуда-Шлаттера

Заболевание коленных суставов, сопровождающееся разрушением бугристости и ядра большеберцовой кости, которое провоцируется постоянным микротравмированием или перегрузкой этих суставных структур (особенно во время их интенсивного роста).



Предрасполагающие факторы у детей и подростков к развитию данной патологии:

- Зона роста кости (апофиз) имеет отдельное кровоснабжение, и в период интенсивного роста ребенка кровеносные сосуды отстают в росте, то есть костная ткань растет быстрее. Это приводит к развитию гипоксии большеберцовой кости в области бугристости, к нехватке кислорода и питательных веществ, что делает структуру этого костного образования очень хрупкой и склонной к повреждению.
- Если в этот период ребенок активно занимается некоторыми видами спорта или подвержен другим физическим перегрузкам, уязвимое место большеберцовой бугристости поддается постоянной микротравматизации, что вызывает специфическую защитную реакцию организма. В данной области развивается асептическое воспаление и активизируются процессы оссификации еще не до конца сформированной бугристости. Вследствие таких нарушений наблюдается чрезмерное разрастание костной ткани в этой зоне, что внешне проявляется формированием шишки под коленом у ребенка. Процесс может быть односторонним, но чаще поражение двухстороннее.

Эпидемиология

- Болезнь Осгуда-Шлаттера развивается преимущественно у детей и подростков. Намного чаще патология наблюдается у детей, которые активно занимаются спортом. У мальчиков остеохондропатия встречается чаще, нежели у девочек.
- Основной пик заболеваемости наблюдается у детей 11-14 лет. Заболевание достаточно распространенное и встречается примерно в 13% всех детей, которые активно занимаются спортом. Важно отметить и то, что среди этих подростков болезнь дебютирует именно после эпизода какой-то травмы, часто и вовсе не тяжелой.



Факторы риска патологии

Возраст. Болезнь встречается преимущественно в детском возрасте, у взрослых пациентов могут лишь наблюдаться остаточные проявления в виде бугорка под коленом.

Пол. Чаще заболевают представители мужского пола, но с каждым годом гендерные отличия сокращаются, так как девочки сегодня начинают заниматься аналогичными видами спорта наряду с мальчиками.

Физические нагрузки. Болезнь Осгуда-Шлаттера в 5 раз чаще поражает людей, которые занимаются активными разновидностями спорта.

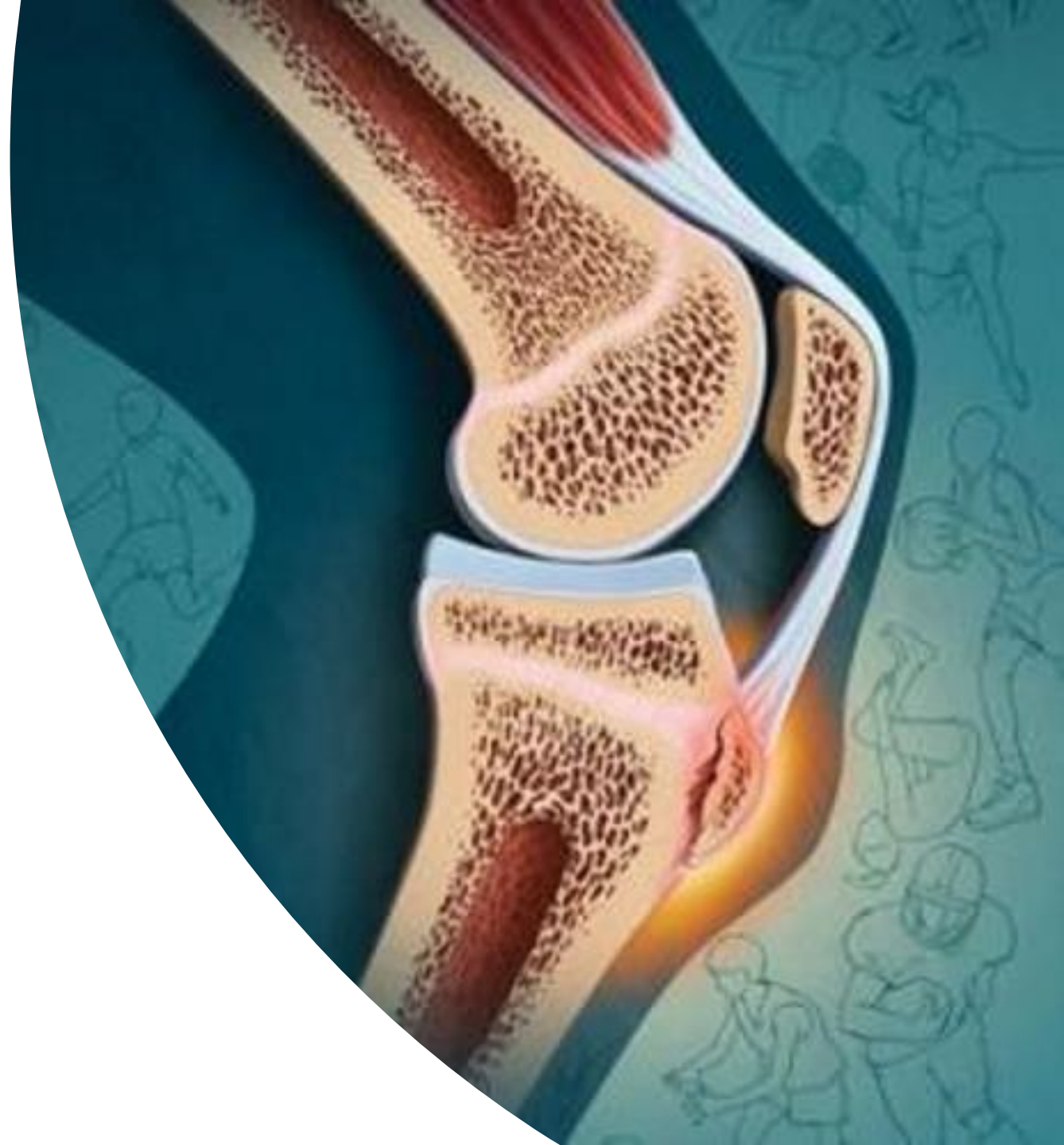
Виды спорта, способствующие развитию болезни Осгуда-Шлаттера

баскетбол, хоккей, футбол,
акробатика, волейбол, лыжные
гонки, лёгкая атлетика, тяжёлая
атлетика, ирландские
танцы, балет, кикбоксинг, горные
лыжи, спортивный
туризм, большой
теннис, дзюдо, самбо, гимнастика,
кёрлинг, бальные танцы,
велоспорт, гандбол.



Клиническая картина

- Чаще возникает у мальчиков 10-18 лет, не только после ушиба, падения или физических нагрузок, но и без какого-либо внешнего воздействия начинаются боли при сильном разгибании или крайнем сгибании колена, развивается ограниченная, плотная, резко болезненная при надавливании припухлость большеберцового бугра.
- Общее состояние удовлетворительное, местные воспалительные изменения отсутствуют или слабо выражены.
- Патологический процесс как правило самоограничивается. Возникновение его обусловлено нагрузкой на собственную связку надколенника, прикрепленную к бугристости большеберцовой кости.





Клиническая картина

- На фоне ускоренного роста в подростковом возрасте, повторяющиеся нагрузки на связку, и незрелость бугристости большеберцовой кости, могут спровоцировать подострый перелом последней в сочетании с лигаментитом собственной связки надколенника.
- Эти изменения приводят к формированию патологических костных разрастаний, болезненных при резких движениях. При опоре на колено боль может иррадиировать по ходу связки и выше надколенника в сухожилие четырёхглавой мышцы бедра, крепящееся в верхнему краю надколенника.
- Общее состояние удовлетворительное, местные воспалительные изменения отсутствуют или слабо выражены. Часто вслед за одним болеет и другое колено, с теми же объективными изменениями на голени.

Клиническая картина

Болезненность и боли держатся месяцами, обостряясь под влиянием механической травматизации, постепенно исчезая в течение года, реже позднее.



Инструментальное исследование

- Рентгенографическое исследование коленных суставов в боковых проекциях: часто наблюдаются характерные «хоботки» в области бугристости большеберцовых костей, нередко вводящие врачей в заблуждение; изолированные костные фрагменты небольших размеров, иногда в количестве 1-2-3. Картина представляется очень разнообразной, напоминающей дробления, искривления и надломы эпифизарного отростка.
- Радиоизотопное сканирование
- Ультразвуковое исследование коленного сустава



Лечение болезни Осгуда-Шлаттера

- Амбулаторное консервативное лечение у хирурга, травматолога или ортопеда.
- В первую очередь необходимо исключить физические нагрузки и обеспечить максимально возможный покой пораженного коленного сустава.
- В тяжелых случаях возможно наложение фиксирующей повязки на сустав.
- В основе медикаментозного лечения болезни Шлаттера лежат противовоспалительные и обезболивающие препараты.





Физиотерапевтические методы лечения болезни Осгуда- Шлаттера

- грязелечение,
- магнитотерапия,
- УВЧ,
- ударно-волновая терапия,
- парафинолечение,
- массаж нижней конечности,
- электрофорез с кальцием.

ЛФК при болезни Осгуда- Шлаттера

Включает комплекс упражнений, направленных на растягивание подколенных сухожилий и четырехглавой мышцы бедра. Их результатом является снижение натяжения связки надколенника, крепящейся к большеберцовой кости.

Для стабилизации коленного сустава в лечебный комплекс включают также упражнения, усиливающие мышцы бедра.

После курса лечения болезни Шлаттера необходимо ограничение нагрузок на коленный сустав.

Пациенту следует избегать прыжков, бега, стояния на коленях, приседаний. Занятия травматичными видами спорта лучше сменить на плавание в бассейне.

Оперативное лечение при болезни Осгуда-Шлаттера

- При выраженной деструкции костной ткани в области головки большеберцовой кости возможно хирургическое лечение болезни Шлаттера.
- Операция заключается в удалении некротических очагов и подшивании костного трансплантата, фиксирующего бугристость большеберцовой кости.



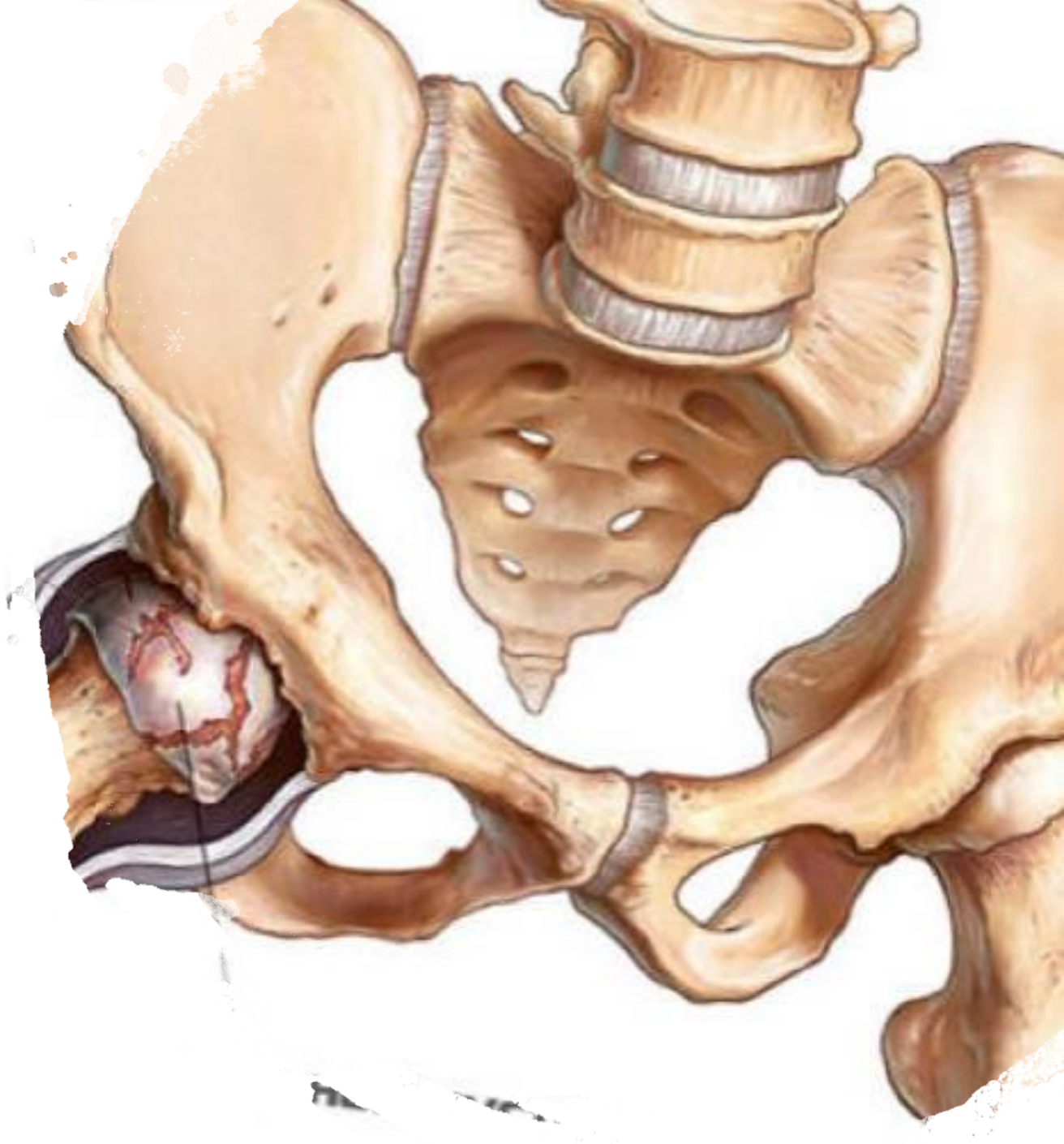
Прогноз при болезни Осгуда-Шлаттера

- У большинства сохраняется шишковидное выпячивание бугристости большеберцовой кости, не причиняющее болей и не нарушающее функции сустава.
- Могут наблюдаться осложнения: смещение надколенника вверх, деформации и остеоартроз коленного сустава, ведущие к постоянно возникающему при опоре на согнутое колено болевому синдрому.
- Иногда после болезни Шлаттера пациенты жалуются на ломоту или ноющие боли в области коленного сустава, возникающие при перемене погоды.



Болезнь Легга– Кальве–Пертеса

Остеохондропатия головки бедренной кости, асептический некроз головки бедренной кости у детей, субхондральный некроз ядра окостенения головки бедренной кости — заболевание бедренной кости и тазобедренного сустава, связанное с нарушением кровоснабжения головки бедренной кости и нарушением питания её суставного хряща с последующим некрозом, относится к группе болезней объединяемых под названием остеохондропатии.



Причины развития заболевания и эпидемиология

- Этиология заболевания неизвестна: существуют различные теории о причинах развития заболевания — травма, чрезмерная нагрузка на сустав у ослабленных детей, недавно перенесенные инфекционные заболевания, нарушения обмена веществ, врожденные аномалии развития тазобедренных суставов. Наиболее распространенной причиной может быть смещение четвертого поясничного позвонка L4, чаще одностороннее, вызывающее ущемление близлежащих нервных корешков, управляющих сосудами, склерой головки бедренной кости.
- Болезнью Пертеса чаще страдают мальчики (в 3-5 раз чаще) в возрасте от 3 до 14 лет. Чаще поражается правый сустав, иногда возникают двусторонние поражения, хотя второй сустав обычно поражается меньше.
- Болезнь Пертеса составляет около 17% всех остеохондропатий.



Клиническая картина заболевания

- Болезнь чаще всего начинается постепенно.
- Начальные проявления болезни — боли как в тазобедренном, так и коленном суставе, при этом чаще болезнь начинается с болей в последнем. Изменение походки — ребёнок начинает прихрамывать.
- Поражение тазобедренного сустава при болезни Пертеса чаще всего одностороннее.
- В поздних стадиях наблюдаются контрактуры, гипотрофия ягодичных мышц.



Клинико-рентгенологические классификации

Классификация Кэттерола (Catterall)

- 1 группа — начальные рентгенологические проявления. Небольшой субхондральный или центральный дефект при сохранённой нормальной конфигурации головки бедренной кости. Метафизарные изменения, секвестр или линии перелома не определяются.
- 2 группа — склеротические и деструктивные изменения в головке бедренной кости при сохранении её контура, признаки фрагментации и формирования секвестра.
- 3 группа — субтотальное поражение головки бедренной кости с её деформацией и наличием линии перелома.
- 4 группа — тотальное поражение головки бедренной кости, а также наличие изменения вертлужной впадины.



Клинико-рентгенологические классификации

Классификация Сальтера — Томсона (Salter — Thomson)

- Группа I — субхондральная линия перелома только на снимке в положении Лауэнштейна в передней части эпифиза.
- Группа II — субхондральный перелом в передней части эпифиза, латеральная граница головки сохранена.
- Группа III — субхондральный перелом в латеральной части эпифиза.
- Группа IV — субхондральный перелом во всей области эпифиза.

Лечение болезни Легга–Кальве–Пертеса

- Должно начинаться как можно раньше, чтобы предотвратить развитие морфологических изменений и нарушение функции сустава.
- В основе консервативного лечения лежит ранняя и длительная разгрузка конечности, что позволяет сохранить форму головки бедренной кости. Назначают постельный режим с накожным или скелетным вытяжением за больную ногу, ходьбу на костылях без нагрузки на больную конечность.



Лечение болезни Легга– Кальве– Пертеса

С целью улучшения репаративных процессов назначают медикаментозное лечение и физиотерапевтические процедуры.

Если болезнь Пертеса развивается в диспластическом суставе, то основным методом лечения у этих больных должен быть оперативный, направленный на создание оптимальных условий в тазобедренном суставе (внесуставная реконструкция сустава с ликвидацией дефицита покрытия головки бедра в результате дисплазии).

Хирургические вмешательства при остеохондропатии головки бедра позволяют сократить сроки лечения заболевания в 1,5 раза и способствуют снижению инвалидизации данной категории больных.



Благодарю за
внимание!



Подростковая медицина

СЕВОСТЬЯНОВ

Владислав Константинович,

к.м.н., ассистент кафедры пропедевтики
детских болезней Первого МГМУ им. И.М.
Сеченова, врач педиатр, детский
ревматолог

Подростки

- Популяция населения, которая уже не относится к детям, но еще не является взрослой, и ей свойственны особенности как анатомо-физиологические, так и нервно-психические, которые отражаются на течении многих заболеваний.
- Отечественное здравоохранение считает подростками лиц в возрасте 15-17 лет.



По определению ВОЗ

- Подростковый возраст является периодом роста и развития человека, который следует после детства и длится до достижения зрелого возраста, то есть с 10 до 19 лет. Это один из критических переходных периодов жизненного цикла, для которого характерны бурные темпы роста и изменений, которые уступают лишь темпам роста и изменений, происходящих в грудном возрасте. Многие аспекты такого роста и развития управляются биологическими процессами, а достижение полового созревания знаменует переход из детства в подростковый возраст.
- За последнее столетие этот период претерпел многочисленные изменения, которые касаются более раннего наступления половой зрелости, более позднего возраста вступления в брак, урбанизации, глобальной коммуникации и изменения сексуальных отношений и форм поведения.





Ключевые аспекты развития подростков

- Подростковый возраст — это период подготовки к зрелости, для которого характерен ряд ключевых аспектов развития.
- Помимо физического и полового развития эти аспекты включают продвижение к социальной и экономической самостоятельности, а также развитие личности, приобретение навыков, необходимых для установления отношений и выполнения ролей в зрелом возрасте, и формирование способности к абстрактному мышлению.
- Подростковый возраст — это время бурного роста и огромного потенциала, но, при этом, и время значительных рисков, когда мощное влияние оказывает социальный контекст.

Склонность к формам поведения высокого риска

Многие подростки испытывают давление, под воздействием которого начинают употреблять алкоголь, сигареты или другие наркотические средства и вступают в сексуальные отношения в раннем возрасте, подвергая себя риску получения преднамеренных и непреднамеренных травм, наступления нежелательной беременности и приобретения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), включая вирус иммунодефицита человека (ВИЧ).



Склонность к формам поведения высокого риска

Многие подростки сталкиваются также с широким рядом проблем в области адаптации и психического здоровья. Складывающиеся во время этого процесса модели поведения, такие как употребление или неупотребление наркотиков, сексуальное рискованное поведение или защита от таких рисков, могут иметь долговременные позитивные и негативные последствия для здоровья и благополучия в будущем. В результате, во время этого процесса взрослые люди имеют уникальные возможности для оказания влияния на молодых людей.





Окружение подростка

С помощью своих семей, школ, колледжей, ВУЗов, служб здравоохранения, подростки приобретают многочисленные важные навыки, которые помогают им справиться с испытываемым давлением и осуществить успешный переход из детства во взрослую жизнь.

Родители, врачи, учителя, члены общества, несут ответственность как за содействие в развитии и адаптации подростков, так и за эффективное вмешательство в случае возникновения проблем.



Анатомо-физиологические особенности подростков

- **Скелет.** Значительно увеличиваются темпы роста скелета до 7-10 см, массы тела – до 4,5-9 кг в год.
- **Прирост массы и длины тела.** Мальчики отстают в темпах прироста массы и длины тела от девочек на 1–2 года. Еще не закончен процесс окостенения. Мышечные волокна, развиваясь, не успевают за ростом трубчатых костей в длину. Изменяются состояние натяжения мышц и пропорции тела. Мышечная масса после 13–14 лет у мальчиков увеличивается быстрее, чем у девочек. К 14-15 годам структура мышечных волокон приближается к зрелости.



Физические нагрузки

- В этом возрасте нежелательны чрезмерные нагрузки на опорно-двигательный, суставно-связочный и мышечный аппарат. Они могут спровоцировать задержку роста трубчатых костей в длину и ускорить процесс окостенения.
- Половые различия мальчиков и девочек влияют на размеры тела и функциональные возможности организма. У девочек по сравнению с мальчиками формируется относительно длинное туловище, короткие ноги, массивный тазовый пояс. Все это снижает их возможности в беге, прыжках, метаниях по сравнению с мальчиками, но им лучше даются ритмичные и пластичные движения, упражнения в равновесии и на точность движений.

Особенности подросткового возраста

- Подростковый возраст чрезвычайно важен в физиологическом, нравственном и социальном становлении человека. Жан Жак Руссо называл его «вторым рождением человека». Именно в этот период окончательно формируется генетически детерминированная программа развития организма с формированием определенного конституционального типа.
- Завершается созревание всех морфологических и функциональных структур. Ключевым и специфическим моментом именно пубертатного периода можно считать становление репродуктивной системы и сексуального поведения, которое имеет свои особенности, обусловленные изменением в последние годы социальной ситуации, морально-этических норм в обществе, резким снижением традиционного влияния семьи на воспитание детей, снижением возраста начала половой жизни.



Особенности подросткового возраста

- Для подростков характерна выраженная гетерохронность развития органов и систем с проблемой индивидуальной нормы.
- Нестабильность гормональной, нейrogenной и вегетативной регуляции внутренних органов, провоцирует многочисленные функциональные расстройства (дистонии, дискинезии, рефлюксы и пр.).
- Распространенность пограничных соматических и психических состояний.
- Большая вероятность формирования специфичных для этого возраста болезней, особенно эндокринных (ювенильный сахарный диабет, гиперплазия щитовидной железы и пр.).

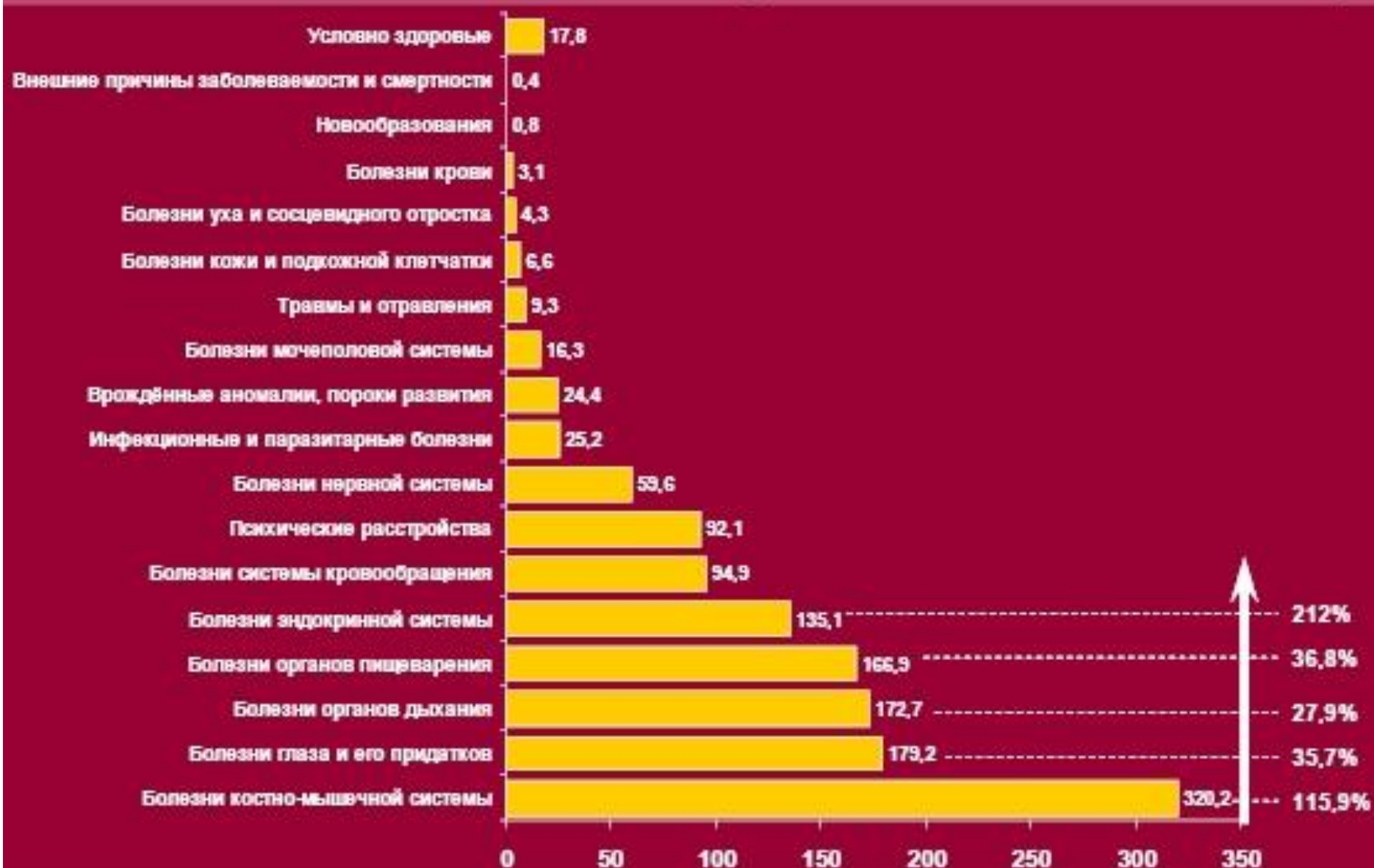




Особенности состояния здоровья подростков:

- рост хронической патологии (70% подростковой популяции);
- увеличение числа детей-инвалидов за счет возрастной группы 10-14 лет и 15 лет;
- высокий уровень смертности
- рост числа социально дезадаптированных детей;
- снижение годности юношей к военной службе;
- увеличение доли лиц, имеющих по состоянию здоровья ограничения к получению профессионального образования и трудоустройству.

Ранговые места заболеваний в структуре (дети от 15 – 17 лет)





Социально-обусловленные и социально-значимые заболевания

- Среди подростков частота наркомании и токсикомании в 40 раз больше, чем среди детей до 15 лет. Большое число подростков состоят на профилактическом учете в связи с употреблением психоактивных веществ, включая алкоголь.
- Возрастает число детей с нарушениями психического здоровья и пограничными психическими состояниями, часто формирующими социальную недостаточность подростков. Из числа подростков, признанных негодными к военной службе в мирное время, более 40% составляют лица с психическими расстройствами.



- Быстрое половое созревание и раннее начало половой жизни привели к появлению феномена «подросткового материнства», что негативно отражается как на здоровье новорожденных, так и на здоровье «юных» матерей.
- Возрастает распространенность гинекологической патологии среди девушек. Более чем у 30% юношей и девушек выявляется задержка полового созревания.





Амбулаторно - поликлиническая помощь подросткам

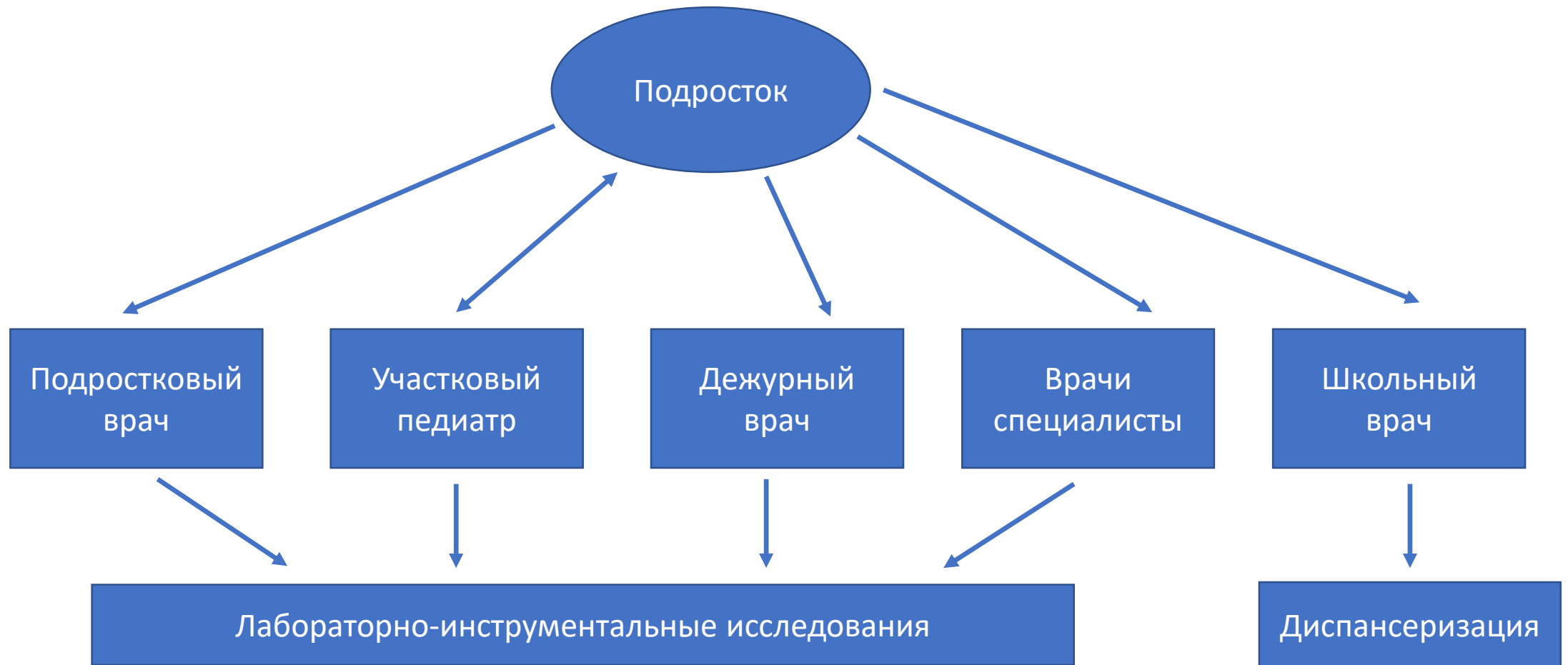
- Осуществляется детскими поликлиниками (отделениями) по территориальному принципу в системе единого медицинского обслуживания детей от 0 до 17 лет включительно.
- Другие амбулаторно-поликлинические учреждения (консультативно-диагностические центры, центры планирования семьи и репродукции, реабилитационные учреждения и др.) решают специальные вопросы охраны здоровья подростков, оказывают им консультативную помощь, осуществляют углубленное диагностическое обследование, а при наличии соответствующей материальной базы - лечение и реабилитацию.

Детская городская поликлиника

Является ведущим лечебно-профилактическим учреждением первичного звена медико-санитарной помощи, отвечает за качество медицинского обеспечения подростков, координирует работу всех других медицинских учреждений. Собирает, обобщает и анализирует информацию о состоянии и проблемах их соматического, репродуктивного, психического здоровья, на основе которой определяет приоритетные направления профилактической, лечебно - оздоровительной и коррекционной работы.



Оказание медицинской помощи подросткам в амбулаторных условиях





Задачи подросткового врача (кабинета)

- Прием амбулаторных карт подростков при достижении ими 15-летия;
- Ведение консультативно-диагностического приема подростков;
- Наблюдение за пациентами, состоящими на диспансерном учете, детьми инвалидами;
- Участие в проведении профилактических мероприятий;
- Консультирование по вопросам здорового образа жизни, профессионального ориентирования;
- Участие в подготовке юношей к первичной постановке на воинский учет, воинскому призыву;
- Работа с районным военным комиссариатом;
- Взаимодействие с врачами школ, врачами специалистами;
- Оформление различной медицинской документации (справки в лагерь, справки для поступающих и т.д.);
- Передача амбулаторных карт подростков во взрослую сеть при достижении ими 18-летия.

Работа с РВК

- Важным разделом работы подросткового кабинета детской поликлиники является **организация медицинского освидетельствования подростков** при первоначальной постановке на воинский учет и проведение лечебно-оздоровительных мероприятий
- Организация медицинского освидетельствования подростков при первоначальной постановке их на воинский учет осуществляется в тесном взаимодействии военных комиссариатов и медицинских учреждений (военно-врачебная экспертиза).



Детские поликлиники по требованию военных комиссариатов до 5 ноября каждого года должны подготовить и передать документы, характеризующие состояние здоровья подростков (карта развития ребенка (ф. 112/у), медицинская карта амбулаторного больного (ф. 025/у), карта профилактических прививок (ф.063/у), выписки из медицинской документации стационаров, рентгенограммы, протоколы специальных методов исследования и т.п. При этом лабораторное (определение СОЭ, уровня гемоглобина и лейкоцитов в периферической крови, белка и удельного веса мочи) и инструментальное обследование (флюорография или рентгенография грудной клетки в 2-х проекциях) проводится не ранее 30-ти суток до начала медицинского освидетельствования, массо-ростовые показатели определяются в день освидетельствования.



- Врач-специалист – член призывной комиссии по постановке граждан на воинский учет, изучив анамнез, результаты клинико-инструментального исследования, оценив состояние здоровья подростка, выносит заключение о категории его годности к военной службе по следующим формулировкам:
- «А» - здоров;
- «Б» - годен к воинской службе с незначительными ограничениями (составляется список № 2 «нуждается в лечении (обследовании) и учете);
- «В» - ограниченно годен (подлежит повторному освидетельствованию);
- «Г» - временно не годен к военной службе на 6 (7 – 12) месяцев (подлежит обследованию (лечению) и учету по списку № 1);
- «Д» - не годен к воинской службе.



По мере освидетельствования подростков военной призывной медицинской комиссией, ежемесячно в детскую поликлинику военным комиссариатом направляются списки № 1 и № 2 на детей не годных и годных к военной службе с ограничениями и список № 3 на детей годных, но нуждающихся в санации полости рта, протезировании зубов, коррекции зрения.



При получении списков №1,2,3, подростковый врач детской поликлиники должен:

- по получению списков № 1 и № 2:
 - а) направить подростка на амбулаторное или стационарное обследование (лечение) в медицинские учреждения субъекта РФ согласно перечню последних по представлению военного комиссариата и органа управления здравоохранением РФ, утвержденных главой органа исполнительной власти РФ;
 - б) направить в военный комиссариат ежемесячно до 10 числа списки на лиц, не явившихся согласно планам-графикам в поликлинику, а также на граждан, направленных в медицинские учреждения на обследование (лечение), но не явившихся на него (фамилия, имя, отчество, год рождения, место жительства);
- организовать обследование (лечение) подростка при получении списка № 3 у врачей-специалистов соответствующего профиля, учитывать проведение у него санации полости рта, протезирования зубов и коррекции зрения.



- Врачом медицинского учреждения, осуществляющим обследование (лечение) подростка после проведенного обследования (лечения) оформляется **акт исследования состояния здоровья**. В акте указываются результаты клинико-инструментальных методов исследования и объективные данные, подтверждающие основной и сопутствующий диагнозы.
- Главный врач медицинского учреждения, в котором осуществлялось стационарное лечение (обследование) подростка, поставленного на воинский учет, направляет в детскую поликлинику по месту жительства (наблюдения) и в военный комиссариат ежемесячно до 5 числа сведения о результатах лечения (обследования).
- При обследовании (лечении) подростка в условиях поликлиники, главный врач поликлиники до 31 декабря года первоначальной постановки его на воинский учет направляет в военный комиссариат сведения о результатах лечения (обследования), санации полости рта, протезирования зубов и коррекции зрения.





Передача подростков под наблюдение во взрослую сеть

По достижению подростком 18 лет, он передается под наблюдение амбулаторно-поликлинических учреждений общетерапевтической сети.

- Для передачи детей, достигших 18-летнего возраста, создается медицинская комиссия в составе:
- 1. председателя (заместитель главного врача амбулаторно-поликлинического учреждения для взрослых или городской больницы)
- 2. членов комиссии - заведующего терапевтическим отделением, врачей - специалистов поликлиники для взрослых (хирурга, окулиста, невропатолога, ЛОР, психиатра и др.), заместителя главного врача (или заведующего детским отделением) детского амбулаторно-поликлинического учреждения.



Задачи подросткового врача при передаче подростков во взрослую сеть:

- Подготовить амбулаторные карты для передачи во взрослую амбулаторную сеть;
- Оформлять переводной эпикриз на подростка выбывающего под наблюдение во взрослую амбулаторную сеть;
- Ежемесячно составлять списки передаваемых подростков, с указанием диагноза, группы здоровья, готовить акты передачи;
- Ежемесячно передавать амбулаторные карты подростков во взрослую амбулаторную сеть.



Благодарю за внимание!