

ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА ГОСПІТАЛЬНОЇ ПЕДІАТРІЇ

ГОСПІТАЛЬНА ПЕДІАТРІЯ

Диспансерний нагляд за здоровими та хворими дітьми в умовах поліклініки.

Невідкладна допомога при основних невідкладних станах



**Навчально-методичний посібник для викладачів та студентів
VI курсу медичного факультету, що навчаються
за фахом „педіатрія”**

Запоріжжя 2015

УДК: 616-082-053.2(075.8)

Заклад-розробник:

Запорізький державний медичний університет

Укладачі:

Леженко Г.О. – завідувач кафедри госпітальної педіатрії, доктор медичних наук, професор

Резніченко Ю.Г. - доктор медичних наук, професор кафедри госпітальної педіатрії

Компанієць В.М. – кандидат медичних наук, доцент кафедри госпітальної педіатрії

Пашкова О.Є. – кандидат медичних наук, доцент кафедри госпітальної педіатрії

Гиря О.М. – кандидат медичних наук, доцент кафедри госпітальної педіатрії

Каменщик А.В. – кандидат медичних наук, асистент кафедри госпітальної педіатрії

Врублевська С.В. – кандидат медичних наук, асистент кафедри госпітальної педіатрії

Лебединець О.М. – кандидат медичних наук, асистент кафедри госпітальної педіатрії

ГОСПІТАЛЬНА ПЕДІАТРИЯ. Диспансерний нагляд за здоровими та хворими дітьми в умовах поліклініки. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах. (навчально-методичний посібник для студентів VI курсу, які навчаються за фахом «педіатрія»): Навчально-методичне видання.- Запоріжжя, 2015.-408 с.

Рецензенти:

Овчаренко Л.С. – докт. мед. наук, професор, завідувач кафедри педіатрії і неонатології з курсом амбулаторної педіатрії ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

Недельська С.М. – докт. мед. наук, професор, завідувач кафедри факультетської педіатрії Запорізького державного медичного університету

Навчально-методичний посібник затверджено на засіданні Центральної методичної Ради Запорізького державного медичного університету (лютий 2015 р.)

Зміст

Змістовий модуль 8.	15
Диспансерний нагляд за здоровими та хворими дітьми в умовах поліклініки. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах.	15
Тема 46. Організація роботи дитячої поліклініки.	16
Актуальність теми:	16
Навчальні цілі заняття:	16
Цілі розвитку особистості (виховні цілі:	17
Зміст теми.....	17
Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям. Функціональні обов'язки і показники роботи педіатра.....	17
Етапи медичного обслуговування дітей:.....	24
Робота дільничного педіатра.....	25
Напрямки і обсяг роботи дільничного педіатра	26
Поняття про здоров'я дітей.....	26
Критерії оцінки здоров'я:.....	26
Основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-діагностичних закладів:	27
Обсяг диспансерного спостереження за дітьми =.....	27
Матеріали методичного забезпечення заняття.....	27
Питання для контролю початкового рівня знань:	27
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	33
Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:	35
Література.....	36

Тема 47. Медичне спостереження дітей перших трьох років життя в поліклініці.	38
Актуальність теми:	38
Навчальні цілі заняття:	38
Цілі розвитку особистості (виховні цілі):	40
Зміст теми заняття	40
Протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років	40
Лікарський огляд дитини віком до 3 років по органам і системам (огляд дитини віком до 3 років медичною сестрою):.....	43
Медичний висновок.....	44
Консультування батьків	44
Огляди лікарями-спеціалістами та додаткове обстеження	45
Раціональне вигодовування та харчування дитини віком до 3 років.....	45
Загальні положення	45
Оцінка грудного вигодовування	47
Консультування матері з вигодовування дитини віком до 6 місяців	48
Вигодовування та харчування дитини віком 6-12 місяців.....	48
Загальні положення	48
Правила введення прикорму.....	49
Продукти прикорму.....	50
Частота введення прикорму.....	52
Оцінка харчування дитини віком 6-12 місяців	53
Консультування матері з вигодовування та харчування дитини від 6 до 12 місяців	53
Загальні положення	54
Консультування матері з харчування дитини від 12 місяців до 3 років	55

	5
Штучне та змішане вигодовування	55
Фізичний розвиток дитини	56
Загальні положення	56
Оцінка фізичного розвитку	57
Психомоторний розвиток дитини.....	68
Загальні положення	68
Консультування матері та сім'ї з метою розвитку дитини.....	70
Огляди дитини в періоді новонародженості медсестрою вдома	79
Огляд дитини у віці 1 міс. Лікарем в амбулаторних умовах.....	79
Орієнтовна схема введення продуктів та страв прикорму при природному вигодовуванні дітей першого року життя.....	94
Методика перевірки безумовних рефлексів:	95
Методика оцінки кульшових суглобів на предмет дисплазії.....	95
Оцінка функції зорового та слухового аналізаторів:	98
Оцінка функції слухового аналізатора:	98
Лікування та профілактики рахіту у дітей	98
Протокол лікування дітей з недостатністю харчування.....	100
Мета лікування.....	102
Диспансерний нагляд	103
Лікування залізодефіцитної анемії у дітей	103
Лабораторні критерії діагностики ЗДА.....	104
Диспансерний нагляд	106
Патронаж дітей 1-го року життя:	107
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	108
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	112

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:	115
Література	115
Тема 48. Інтегроване ведення хвороб дитячого віку.....	117
Актуальність теми.	117
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)	118
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	119
Зміст теми заняття :	120
Стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку:	120
Принципи інтегрованого ведення хвороб дитячого віку:.....	120
Оцінка і класифікація основних симптомів і визначення тактики лікування при первинному огляді.	123
Протокол діагностики та лікування інвазивних інфекційних діарей у дітей.....	130
Протокол діагностики та лікування секреторних інфекційних діарей у дітей ..	134
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття.....	141
Питання для самоконтролю:	141
Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:	146
Література.....	146
Тема 49. Особливості медичного спостереження за дітьми підліткового віку.	148
Актуальність теми.	148
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується).....	148
Зміст теми заняття:	149
Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дітей підліткового віку.....	149
Положення про лікаря підліткового кабінету.....	153
Особливості суб'єктивного та об'єктивного обстеження підлітків	157

Закономірності статевого дозрівання	158
Репродуктивне здоров'я підлітків.....	163
Раціональне харчування підлітків.....	164
Організація та принципи надання допомоги в «Клініках, дружніх до молоді»	169
Особливості консультування підлітків.....	176
Міжнародне та вітчизняне законодавство	180
Контрольні запитання:	184
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	184
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	189
Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів: орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.....	191
Література.....	191
Тема 50. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією системи дихання.	193
Актуальність теми.	193
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується).....	193
Цілі розвитку особистості (виховні цілі).....	195
Зміст теми заняття	195
Диспансерний нагляд за дітьми з патологією дихальної системи:	196
Показання для направлення дітей із захворюваннями органів дихання на санаторно-курортне лікування	200
Протипоказання для направлення дітей із захворюваннями органів дихання на санаторно-курортне лікування	200
Загальні протипоказання для направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю).....	201
Матеріали методичного забезпечення заняття:.....	201

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	202
Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.	214
Література.....	215
Тема 51. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією органів травлення.	216
Актуальність теми.	216
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується).....	216
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	218
Зміст теми заняття може бути представленим:.....	218
Диспепсія невиразкова, дисмоторна.....	218
Диспепсія змішана.	219
Гастрит і дуоденіт (хронічні гастрити та дуоденіти)	220
Хронічний панкреатит.....	221
Синдром подразненого кишечника.	222
Хвороба Крона. Виразковий коліт (неспецифічний).	222
Неспецифічний невиразковий коліт.	223
Целиакія.	223
Функціональні розлади жовчного міхура та сфінктера Одді.....	224
Жовчнокам'яна хвороба (холелітіаз).	225
Цироз печінки.....	226
Лактазна недостатність.	227
Муковісцидоз.	228
Показання для направлення дітей із захворюваннями органів травлення на санаторно-курортне лікування	229

Протипоказання для направлення дітей із захворюваннями органів травлення на санаторно-курортне лікування	230
Матеріали методичного забезпечення заняття.....	230
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	230
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	238
Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.	243
Література.....	244
Тема 52. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією серцево-судинної системи.	246
Актуальність теми:	246
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)	246
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	248
Зміст теми заняття	248
Диспансерний нагляд за дітьми з патологією системи кровообігу.....	248
Гостра ревматична лихоманка.....	249
Хронічні ревматичні захворювання серця	249
Артеріальна гіпертензія (первинна, вторинна).	250
Легеневе серце та порушення легеневого кровообігу	251
Перикардит (гострий, хронічний адгезивний (злипчивий), хронічний констриктивний (здавлюючий)).	252
Неревматичні ураження мітрального клапана.....	253
Ендокардит	254
Неревматичними кардит.	255
Кардіоміопатії.	256
Аритмії	257

	10
Вроджені вади серця.....	258
Артеріальна гіпотензія	259
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	260
Направлення дітей на санаторно-курортне лікування.....	261
Показання для направлення дітей із захворюваннями органів системи кровообігу на санаторно-курортне лікування	261
Протипоказання для направлення дітей із захворюваннями органів системи кровообігу на санаторно-курортне лікування.....	262
Матеріали методичного забезпечення заняття.....	263
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	263
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	270
Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.	275
Література.....	276
Тема 53. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією сечової системи.	278
Актуальність теми.	278
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується).....	278
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	280
Зміст теми заняття	280
Гострий нефритичний синдром. Ізольована протеїнурія (гострий гломерулонефрит нефритичний синдром, ізольований сечовий синдром).....	280
Нефротичний синдром. Спадкова нефропатія. Алергічна пурпура (з переважним ураженням нирок).	281
. Рецидивна та персистувальна гематурія. Ізольована протеїнурія. Ураження внаслідок ниркової тубулярної функції (токсикоалергічна нефропатія; дизметаболічна алергія; спадковий нефрит; синдром Альпорта без нефротичного синдрому; інтерстиціальний нефрит).	282

Хронічна ниркова недостатність.....	282
Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит. Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит.	283
Спадкова нефропатія. Тубулоінтерстиціальні ураження нирок при порушенні обміну речовин. Ураження внаслідок ниркової тубулярної функції. Нефрогенний нецукровий діабет. Поліурія. Глюкозурія.....	284
Гломерулярні порушення при хворобах крові та імунних порушеннях. Гемолітично-уремічний синдром.....	284
Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням нирок. Реноваскулярна гіпертензія.	285
.Рецидивна та персистувальна гематурія. Хронічний нефритичний синдром. Спадкова нефропатія. Хронічний гломерулонефрит (сечовий синдром, гематурична форма) Гломерулярні порушення при: 1. Системному червоному вовчакові 2. Геморагічному васкуліті 3. Спадковому нефриті 4. Хронічному гепатиті 5. Вузликівому полі артеріїті.....	285
Цистит. Пієлонефрит. Інтерстиційний нефрит.....	286
Показання для направлення дітей із хворобами нирок та сечових шляхів на санаторно-курортне лікування	287
Протипоказання для направлення дітей із хворобами нирок та сечових шляхів на санаторно-курортне лікування	287
Матеріали методичного забезпечення заняття.....	287
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	288
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	295
Матеріали контролю для заключного етапу:.....	299
Література	300
Тема 54. Синдром раптової смерті у дітей і раптова серцева смерть.....	301
Актуальність теми.	301
Інавчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)	301
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	303

	12
Зміст теми заняття:	303
Синдром раптової смерті немовляти (СВСМ).....	305
Діагностика.....	306
Профілактика.....	306
Раптова серцева смерть.. ..	308
Протокол діагностики та лікування при зупинці серцевої діяльності у дітей ..	312
Зупинка серця неуточнена	313
Матеріали методичного забезпечення заняття.....	314
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	314
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	322
Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.	325
Література.....	326
Тема 55. Синдром жорстокого поводження з дитиною.....	328
Актуальність теми:	328
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується).....	329
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	331
Зміст теми заняття	331
Опіки	333
Травми голови	334
Переломи кісток.....	335
Виявлення сексуального насильства над дитиною	337
Нормативно-правові документи, які регламентують діяльність закладів охорони здоров'я.....	340
Порядок направлення жертви насильства на судово-медичну експертизу, проведення освідчення та судово-медичної експертизи жертви насильства	341

Матеріали методичного забезпечення заняття.....	341
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	342
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	347
Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.	349
Література.....	353
Тема 56. Організація невідкладної допомоги дітям в амбулаторних умовах..	355
Актуальність теми:	355
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується).....	355
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	357
Зміст теми заняття може бути представлений:	357
Утоплення	357
Теплова травма.....	359
Холодова травма	360
Укуси отруйних членистоногих.....	361
Допомога при укусах бджіл (ос, джмелів), змії	362
Термінові міри після укусу комара москіта.....	364
Укус тварини.	364
Допомога при попаданні чужорідних тіл у вухо, ніс, очі	365
Обструкція дихальних шляхів стороннім тілом.....	366
Отруєння продуктами горіння.....	368
Матеріали методичного забезпечення заняття.....	369
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	370
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	375

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.....	378
Література.....	379
Тема 57. Організація невідкладної допомоги дітям в амбулаторних умовах..	381
Актуальність теми:	381
Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)	381
Цілі розвитку особистості (виховні цілі)	383
Зміст теми заняття може бути представлений:	383
Алергічний набряк Квінке	383
Гострий набряк легень	385
Судомний синдром у педіатрії	388
Епілепсія	389
Синкопальні стани, непритомність.....	390
Гостра артеріальна гіпотензія. Колапс	393
Матеріали методичного забезпечення заняття:.....	398
Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.	398
Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття	403
Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.....	406
Література.....	407

Змістовий модуль 8.

Диспансерний нагляд за здоровими та хворими дітьми в умовах поліклініки. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах.

Конкретні цілі:

1. визначати різні клінічні варіанти та ускладнення при диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці
2. визначати тактику ведення дітей при диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці
3. демонструвати вміння ведення медичної документації при диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці
4. планувати обстеження дитини та інтерпретувати отримані результати диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці
5. проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз дітям, які знаходяться на диспансерному нагляді в поліклініці
6. діагностувати невідкладні стани та надавати екстрену допомогу дітям, які знаходяться на диспансерному нагляді в поліклініці.

Тема 46. Організація роботи дитячої поліклініки.

Організація роботи лікаря-педіатра в поліклініці. Основні види роботи. Показники діяльності лікувально-профілактичного закладу. Ведення медичної документації.

I. Актуальність теми:

Однією з основних галузей охорони здоров'я населення України є охорона материнства і дитинства. Лікувально-профілактична допомога дітям – невід'ємна частина цієї галузі, система, яка має забезпечувати організацію медичного спостереження за здоровими дітьми і підлітками та надавати їм кваліфіковану медичну допомогу. Для розуміння основ лікувально-профілактичної роботи необхідно знати особливості структури дитячих лікувально-діагностичних закладів, обсяг і форми роботи дільничного лікаря-педіатра, групи здоров'я дітей, основні статистичні показники.

Цим визначається актуальність теми, що вивчається.

II. Навчальні цілі заняття:

• Студент повинен мати уявлення :

- Про суть територіально-дільничного принципу в організації медичної допомоги дитячому населенню
- - Про принципи організації і методи лікувально-профілактичної допомоги дітям в Україні.
- - Про основні етапи медичного обслуговування дитячого населення
 - Про основні функціональні обов'язки дільничного педіатра
 - Про диспансерне спостереження і реабілітацію дітей в умовах поліклініки.
 - Про основні статистичні показники діяльності дитячої поліклініки.

Студент повинен оволодіти:

Навичками :

- Ведення медичної документації дитячої поліклініки
- Амбулаторного спостереження за дітьми диспансерної групи
- Роботи на педіатричній дільниці та патронажу новонароджених
- Складання щомісячної та річної статистичної звітності за підсумками роботи на педіатричній дільниці.

Вміннями:

- Складання плану диспансеризації дітей із хронічними захворюваннями.
- Проведення профілактичних оглядів у шкільних та дошкільних дитячих закладах.
- Адекватного інтерпретування даних карти профілактичних щеплень та виявлення ранніх та пізніх поствакцинальних реакцій

- Вміти складати план диспансерного спостереження за дітьми в умовах поліклініки.

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі):

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги.

IV. Зміст основних понять теми;

**Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям.
Функціональні обов'язки і показники роботи педіатра**

Основними принципами лікувально-профілактичної допомоги дітям є: безперервність у спостереженні за здоров'ям дитини з перших днів життя; наступність у роботі лікарів, які надають лікувально-профілактичну допомогу дітям; етапність в лікуванні - поліклініка, стаціонар, санаторій. К типовим установам, що надають лікувально-профілактичну допомога дітям, відносяться: дитячі міська і обласна лікарні, спеціалізовані дитячі лікарні (інфекційні, психіатричні, туберкульозні, ортопедо-хірургічні, відновного лікування), диспансери, дитячі міські поліклініки, дитячі стоматологічні поліклініки, установи з охорони материнства і дитинства (будинки дитини, пологові будинки, молочні кухні), дитячі бальнеологічні лікарні, грязелікарні, санаторії, спеціалізовані санаторні установи цілорічного дії, дитячі відділення стаціонарів і поліклінік загального профіля. Дитяча міська поліклініка в районі діяльності забезпечує: організацію та проведення комплексу профілактичних заходів (динамічне медичне спостереження за здоровими дітьми, профілактичні огляди, диспансеризація, профілактичні щеплення); лікувально-консультативну допомогу вдома і в поліклініці, в тому числі спеціалізовану медичну допомогу, направлення дітей на лікування в стаціонари; лікувально-профілактичну роботу у дошкільних установах і школах; проведення протиепідемічних заходів спільно з центрами ГСЕН . Дитяча поліклініка (поліклінічне відділення) надає медичну допомогу дітям до 14 років включно. Надання лікувально-профілактичної допомоги дітям передбачено безпосередньо в поліклініці, вдома, в дошкільних установах, школах. В дитячій міській поліклініці мають бути передбачені такі приміщення (рисунок 1):

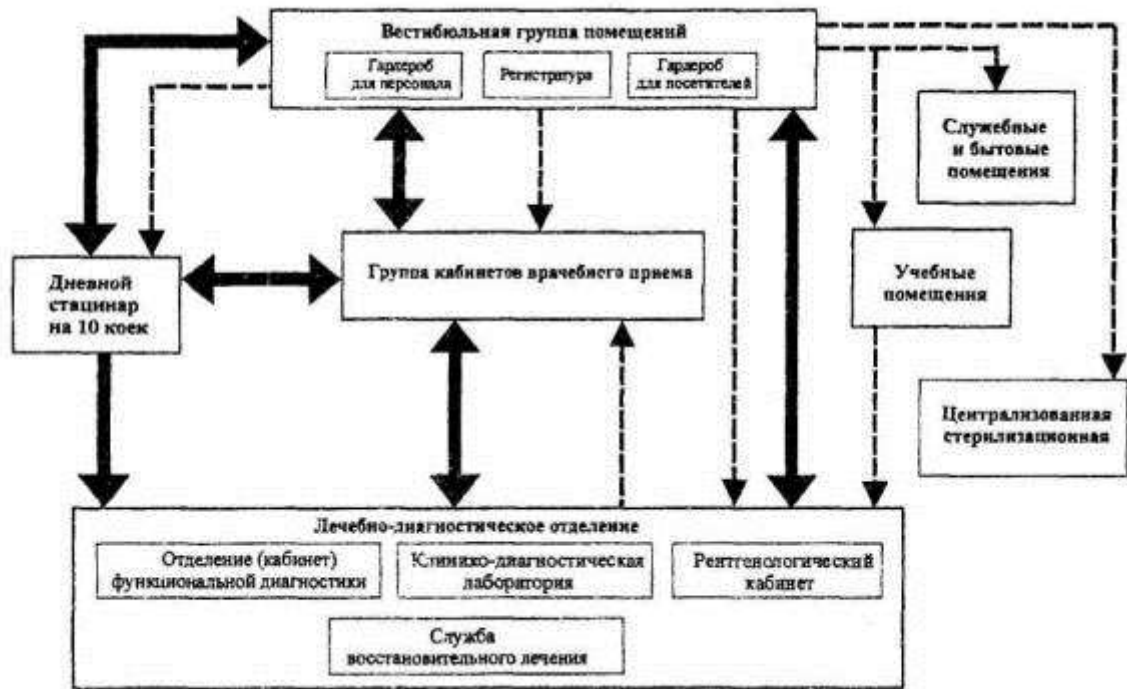


Рисунок 1: Структура дитячої поліклініки.

фільтр з окремим входом і ізолятори з боксами; кабінети педіатрів та інших лікарів-спеціалістів; кабінет з профілактичної роботи з дітьми (кабінет здорової дитини); відділення відновного лікування; лікувально-діагностичні кабінети (рентгенівський, фізіотерапевтичний, лікувальної фізкультури, масажу, процедурний, прищеплювальний та ін); реєстратура, гардероб та інші допоміжні приміщення, холи для очікування; адміністративно-господарська частина (в самостійних поліклініках). Одним з першочергових організаційних заходів в дитячій поліклініці має бути створення відділення здорової дитини, до складу якого входять кабінети з профілактичної роботи. Основними завданнями кабінету здорової дитини є пропаганда здорового способу життя в сім'ї; навчання батьків основним правилам виховання здорової дитини (режим, харчування, фізичне виховання, загартовування, догляд); санітарну освіту батьків у питаннях гігієнічного виховання дітей, профілактики захворювань і відхилень у развітті. Основною фігурою, що надає амбулаторно-поліклінічну допомогу дітям, є дільничний педіатр. На ділянці за нормативами має бути 750-800 дітей до 14 років включно, в тому числі 40-60 дітей першого року життя. Навантаження дільничного педіатра становить: 5 осіб на 1 годину прийому в поліклініці, 7 - при профілактичних оглядах і 2 - при обслуговуванні на дому. Основне завдання дільничного педіатра: зниження захворюваності та смертності дітей різного віку, забезпечення оптимального фізичного і нервово-психічного розвитку дітей. Функціональні обов'язки педіатра складаються з наступних розділів: -

профілактична патронажна робота (допологової патронаж, огляд новонародженого в перші 3 дні після виписки з пологового будинку, щомісячне спостереження дітей першого року життя і т. п.), профілактичні огляди дітей, поглиблене обстеження дітей перед школою і т. д.; - санітарно-освітня робота серед дітей та їх батьків (навчання батьків і матерів формуванню у дітей установки на здоровий спосіб життя та ін); - протиепідемічна робота (проведення щеплень, виявлення та реєстрація інфекційних захворювань, спостереження за осередком інфекції, заходи з реабілітації реконвалесцентів інфекційних захворювань тощо); - лікувальна робота (лікування вдома дітей з гострими захворюваннями і загостреннями хронічних захворювань, прийом в поліклініці та ін.) За основною формою (№ 1) звіту про діяльність лікувально-профілактичного закладу обчислюються наступні показники: укомплектованість штатів; навантаження на лікарську посаду (середня кількість дітей на ділянці); показник діяльності. Діяльність дитячої поліклініки оцінюється за даними звіту-вкладиша "Про медичної допомоги дітям", первинної медичної документації: - показники організації патронажу - допологового (відношення числа дітей, матері яких відвідувалися медичної сестрою, до новонароджених) і післяпологового (відношення числа новонароджених, які під наглядом у перші 3 дні після виписки з пологового будинку, до новонароджених); - систематичність спостереження дітей у віці 1, 2 і 3 років (відношення числа дітей, що спостерігалися систематично, до загального числа дітей); - частка дітей, що знаходилися на грудному вигодовуванні; - індекс здоров'я дітей різних вікових груп; - захворюваність новонароджених і вікова захворюваність (на 1000 дітей); - показники перинатальної та малюкової смертності; - питома вага профілактичних оглядів дітей у поліклініці; - Виявлення гострих та інфекційних захворювань в поліклініці; - питома вага активних відвідувань дітей педіатром вдома; - повнота охоплення дітей профілактичними оглядами за віковими групами; - Виявлення захворювань при профілактичних оглядах; - летальність вдома; - ефективність диспансерного спостереження дітей; - частка дітей, що мають порушення постави, зниження гостроти зору та ін

Організація лікувально-профілактичної допомоги дітям являє собою державну систему, що забезпечує неперервне кваліфіковане медичне спостереження за дитиною, починаючи з моменту його народження до закінчення школи. Система забезпечує взаємозв'язок і наслідування в діяльності основних ланок надання профілактичної і лікувальної допомоги дітям поліклінік, лікарень, дошкільних закладів, шкіл, санаторіїв та інших оздоровчих і виховних закладів.

Дитяча поліклініка являється структурним підрозділом дитячої міської лікарні (міської лікарні для дорослих) або самостійним закладом. Дитяча поліклініка забезпечує медичну допомогу дітям до 14 років включно:

- а) в поліклініці;
- б) на дому;
- в) в дошкільних закладах;
- г) в школах.

Район діяльності поліклініки визначає вищестоящий орган охорони здоров'я.

Категорійність дитячих поліклінік залежить від чисельності дитячого населення, що обслуговується Мінздравом.

Головне направлення діяльності дитячої поліклініки - забезпечення необхідних умов для розвитку і виховання здорової дитини: профілактика захворювань, надання медичної допомоги хворим дітям; організація лікувально-оздоровчої роботи з дітьми, що мають відхилення в розвитку і стані здоров'я.

Згідно штатним нормативам, для забезпечення прийому дітей в поліклініці, надання їм медичної допомоги вдома, в дошкільних закладах, школах і іншій роботі по амбулаторно-поліклінічному обслуговуванню на 10000 дітей у віці до 14 років (14 років 11 місяців 29 днів), що закріплені за поліклінікою, встановлена служба кількість посад:

педіатр дільничний - 12,5

кардіоревматолог - 0,3

хірург - 0,45

травматолог-ортопед - 0,5

уролог - 0,05

оториноларинголог - 1,2

невропатолог - 1,0

офтальмолог - 1,0

ендокринолог - 0,1

алерголог - 0,04

Посада лікаря функціональної діагностики встановлюється в штаті однієї з поліклінік чи декількох міських адміністративних районів з кількістю дітей не менше 25 тис. населення.

Крім того, в залежності від потужності поліклініки або наявності в штаті посад лікарів, що ведуть амбулаторний прийом, визначають посади лікарів-лаборантів, рентгенологів, фізіотерапевтів, лікарів з лікувальної фізкультури.

Посади завідуючих педіатричним відділенням встановлюють, коли кількість дільничних педіатрів і педіатрів дошкільних закладів та шкіл з 5-9 - 0,5 посади, а вище 9-1 посада. В такому випадку зав. відділенням звільнений від роботи лікаря. Посада зам. головного лікаря з поліклінічного розділу роботи передбачається при наявності в її складі дитячої поліклініки з числом лікарів амбулаторного прийому не менше 20.

На чолі самостійної дитячої поліклініки стоїть головний лікар, діяльність якого реєструється відповідним Положенням. Він здійснює керівництво діяльністю поліклініки на основі єдиного начала і несе певну відповідальність за якість і культуру лікувально-профілактичної допомоги дітям, а також за адміністративно-господарчу діяльність поліклініки.

На посаду головного лікаря призначається педіатр, що має лікувальний стаж і стаж організаційної роботи. Він затверджується і звільняється вищестоящим органом охорони здоров'я, узгоджуючись в виконкомом місцевої ради народних депутатів.

В дитячій міській поліклініці передбачаються наступні приміщення:

- фільтр з окремим входом і ізольованими боксами;
- кабінети педіатрів і інших лікарів-спеціалістів;
- кабінет по профілактичній роботі з дітьми / кабінет здорової дитини;
- відділення відновлювального лікування;
- лікувально-діагностичні кабінети (рентгенівський, фізіотерапевтичний, лікувальної фізкультури, масажу, маніпуляційний, кабінет щеплень та інші);
- регістратуру, гардероб і інші допоміжні приміщення, холи для очікування;
- адміністративно-господарчу частину (в самостійних приміщеннях).

Особливістю дитячої поліклініки є наявність фільтру для матерів, що прийшли з дитиною на прийом, опитує медична сестра, оглядає глотку і шкіру дитини в цілях виявлення інфекційного захворювання, якщо дитина хвора, її направляють в бокс, де її оглядає педіатр, а мати отримує рекомендації по лікуванню і догляду. Центральною фігурою в наданні медичної допомоги дітям є дільничний педіатр, діяльність якого направлена на подальше зниження захворюваності і смертності дітей різного віку, забезпечення оптимального фізичного нервово-психічного розвитку дітей. В своїй роботі на дільниці він використовує комплекс профілактичних заходів, виступаючи в ролі лікаря-профілактика, спеціаліста-терапевта, інфекціоніста і організатора охорони здоров'я.

Згідно з існуючими нормативами на 1 дільничного педіатра припадає в середньому 800 дітей, але кількість дітей на дільниці повинно узгоджуватись з особливостями його розміщення і віковим складом дітей.

Згідно наказу Міністерства охорони здоров'я навантаження для дільничних педіатрів складає 5 дітей на годину на прийом, 7-під час профілактичних оглядів у виділенні дні або години (в поліклініці і на виїздах) і 2 - вдома при їх обслуговуванні.

Графік роботи: прийом 2.5-3.5 години, обслуговування вдома 3-4 години.

Посада дільничних медичних сестер встановлюється із розрахунку 1.5 ставки на 1 посаду дільничного терапевта.

В обов'язки дільничної медичної сестри входить:

- профілактична робота по розвитку і вихованню здорової дитини;
- надання медичної допомоги хворим дітям вдома з дозволу лікаря;
- санітарно-просвітницька робота з населенням;
- облік роботи згідно установленої форми;
- підвищення кваліфікації.

Об'єм роботи з кожною групою дітей викладений в "Методичних рекомендаціях по диспансеризації населення.

В структурі витрат робочого часу лікаря значне місце (від 25 до 30% загального часу) займає ведення медичної документації.

Дільничний педіатр веде основний документ - "Історію розвитку дитини, іншу документацію під контролем лікаря - медична сестра.

Використання стандартних друкованих або клішованих бланків профілактичних оглядів, різних напрямлень, довідок, рецептурних прописів значно скорочує час лікаря на ведення медичної документації. Для цієї ж цілі служать стандартні епікризи, які дають можливість однотипово відбити профілактичні і лікувальні заходи, покращити аналіз ефективності цих заходів, а також контроль.

"Історія розвитку дитини" є основним документом, бо відображає стан дитини і ефективність медичного обслуговування його з миті народження до 14 років.

До історії розвитку звичайно підклеюється талон обмінної карти із пологового будинку і лист допологового патронажу. в неї заносять анамнестичні дані, теперішній статус дитини і подальше спостереження лікаря.

Для проведення аналізу діяльності і планування робіт дільничний педіатр використовує наступні документи:

"Історія розвитку дитини" (ф.№112/У)

«Медична карта дитини» (ф.№ 026/о, **рисунк 2**).

"Контрольна карта диспансерного спостереження " (ф.№030/У)

"Книга записів викликів лікарів до дому" (ф.031/У)

"Карта профілактичних щеплень" (ф. №063/У)

"Щоденник роботи лікаря" (ф. № 039/У)

Використовуючи перераховані облікові документи, дільничний лікар кожний місяць, кожний квартал і за рік робить висновки і аналізує свою роботу.

Аналіз включає:

- характеристику діяльності, де вивчається чисельність і віковий склад дітей;
- питома вага дітей, що відвідують дошкільні заклади і школи;
- характеристику соціально-гігієнічних умов життя дітей.

Далі проводяться аналіз стану здоров'я дітей:

Затверджено
Наказ Міністерства охорони здоров'я України
29 травня 2013 р. № 435

Найменування міністерства, іншого органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, до сфери управління якого належить заклад охорони здоров'я										МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ									
										Форма первинної облікової документації									
										№ 026/о									
Найменування та місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, де заповнюється форма										ЗАТВЕРДЖЕНО									
										Наказ МОЗ України									
Код за ЄДРПОУ										№									
МЕДИЧНА КАРТА ДИТИНИ																			
(для дошкільного та загальноосвітнього навчальних закладів)																			
1. Клас, група (заповнюється щороку):										Випадки алергічних реакцій (на медикаменти, продукти харчування, вакцини тощо), алергічні захворювання (вписати)									
2. Прізвище, ім'я, по батькові дитини																			
3. Дата народження										4. Стать: чоловіча – 1; жіноча – 2									
										(число, місяць, рік)									
5. Місце проживання										телефон:									
6. Найменування закладу охорони здоров'я, що обслуговує																			
										телефон:									
7. Відомості про батьків (законних представників):																			
										Рік народження					Телефон				
Батько																			
Мати																			
сімейний анамнез (захворювання):																			
I. ПОЗАШКІЛЬНІ ЗАНЯТТЯ:																			
Спорт (так, ні, вид спорту)																			
Іноземна мова (так, ні)																			
Музика (так, ні)																			
Інші заняття																			
II. ПЕРЕНЕСЕНІ ХВОРОБИ:																			
										Дата					Дата				
Кір															Вірусний гепатит				
Кашлюк															Дизентерія				
Скарлатина															Черевний тиф				
Дифтерія															Туберкульоз				
Вітряна віспа															Ревматизм				

Рисунок 2: Зразок медичної картки дитини

- структура захворюваності;
- госпіталізована захворюваність.

Організація медичного обслуговування для визначених контингентів дітей:

- новонароджені;
- діти першого року життя;
- діти другого року життя.

Систематично повинно аналізуватися виконання плану профілактичної і лікувальної робіт з дітьми у різних груп здоров'я:

- середня кількість дітей, що відноситься до II, III, IV, V, груп здоров'я;
- регулярність спостереження;
- частота проведення лікувально-оздоровчих заходів;
- питома вага переведених дітей з однієї групи здоров'я в іншу;
- питома вага ні разу не мавших загострення захворювання і часто хворіючих дітей.

Найбільш повну уяву про якість медичного обслуговування дітей на педіатричній дільниці можна отримати на основі даних експертної оцінки.

Етапи медичного обслуговування дітей:

- В умовах міста:

- дільничний лікар-педіатр;
- сімейний лікар;
- консультація спеціалістів вузького профілю та обстеження в діагностичних кабінетах;
- стаціонарне обстеження і лікування в міських лікарнях;
- обласні лікарні;
- республіканські лікарні;
- міжобласні, республіканські спеціалізовані центри.

- В умовах сільської місцевості:

- фельдшерсько-акушерський пункт;
- сільська амбулаторія;
- дільнична лікарня;
- санаторії матері і дитини;
- пансіонати;
- поліклінічна допомога на курортах.

3. Реабілітаційне лікування дитячого населення – забезпечення медичної допомоги дітям від народження до 18 років.

Структура дитячих лікувально-діагностичних закладів.

1. Дитяча поліклініка:

- реєстратура;

- фільтр із боксами та ізолятор;
 - кабінет здорової дитини;
 - кабінети педіатрів та інших спеціалістів;
 - кабінет щеплення;
 - кабінет інфекційних захворювань;
 - відділення відновного лікування;
 - лікувально-діагностичні кабінети: рентген-кабінет, лабораторія, кабінет функціональної діагностики, процедурні;
 - кабінет медичної статистики;
 - відділення приймання та виписування хворих.
2. Основні структурні підрозділи стаціонару лікарні:
- лікувальні відділення;
 - лікувально-діагностичні відділення;
 - допоміжні відділення та служби;
 - адміністративно-господарська служба.
3. Види дитячих лікарень:
- багатoproфільні;
 - спеціалізовані (інфекційні, туберкульозні, психіатричні, відновного лікування).
4. Особливість лікувальних відділень у великих стаціонарах:
- для хворих новонароджених дітей;
 - спеціалізовані дитячі відділення (отоларингологічне, очне, хірургічне, неврологічне тощо);
 - реанімаційне відділення для новонароджених.
5. Особливості організації роботи відділень у дитячих стаціонарах:
- можливість перебування матері з хворою дитиною;
 - принцип одночасного заповнення палат;
 - передбачення у відділеннях їдалень, кімнат для ігор, шкільних занять;
 - наявність педагогів-методистів.

Робота дільничного педіатра

Форми роботи	Обсяг
1	2
Профілактична робота	Профілактичні заходи з охорони плода і новонародженого. Динамічне спостереження за дітьми I і II груп здоров'я. Профілактика рахіту, гіпотрофії, анемії. Організація раціонального вигодовування. Підготовка дітей до вступу

	до ДДЗ і школи. Організація комплексних диспансерних оглядів
Лікувальна робота	Надання медичної допомоги дітям, які гостро захворіли
Організаційна робота	Диспансерне спостереження за дітьми з груп ризику. Аналіз і планування роботи. Робота з медичною документацією. Робота з дільничною медичною сестрою. Контроль за диспансеризацією лікарями-спеціалістами. Планування і проведення профілактичних щеплень
Протиепідеміч на робота	Спостереження за хворими з інфекційною патологією вдома та їх лікування, за необхідності – госпіталізація. Реєстрація інфекційних захворювань (термінове повідомлення в СЕС). Робота у вогнищі інфекції та ізоляція хворих, спостереження за контактними і реконвалесцентами, зняття їх з обліку. Робота з санактивом. Санпросвітробота.
Санітарно-освітня робота	Заняття на курсах підвищення кваліфікації. Впровадження передових форм роботи
Підвищення кваліфікації	Курси підвищення кваліфікації. Самоосвіта
1	2
Якість роботи дільничного лікаря-педіатра	
<ol style="list-style-type: none"> 1. Розподіл дітей 1-го і 2-го року життя за групами ризику. 2. Кількість хворих на диспансерному обліку. 3. Процент дітей 1-го року життя, які перебували на грудному вигодовуванні до 4 міс. 4. Охоплення дітей профілактичними щепленнями. 5. Кількість скарг населення. 6. Розходження діагнозів поліклініки і стаціонару 	

Напрямки і обсяг роботи дільничного педіатра

Поняття про здоров'я дітей

Визначення за ВООЗ: «Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад».

Критерії оцінки здоров'я:

- наявність чи відсутність хронічних захворювань;

- досягнутий рівень фізичного (за регіональними даними) та нервово-психічного розвитку;
- ступінь гармонійного розвитку дитини;
- рівень функціонального стану основних систем організму;
- ступінь резистентності організму до несприятливих впливів довкілля.

Основні статистичні показники діяльності дитячих лікувально-діагностичних закладів:

Смертність немовлят = Кількість дітей, які померли у віці до 1 року в даному році : $2/3$ новонароджених, які народилися живими в поточному році + $1/3$ н/н, які народилися живими в минулому році $\cdot 1000$.

Індекс здоров'я = Кількість дітей, які не хворіли на 1-му році життя : кількість дітей, які досягли 1-го року життя, $\cdot 1000$.

Норма – 20–25. Аналогічно вираховують індекс здоров'я для дітей 2-го року життя.

Народжуваність = Кількість народжених : середньорічна кількість населення $\cdot 1000$.

Первинна захворюваність = Кількість дітей, які вперше захворіли в поточному році : середньорічна кількість дитячого населення $\cdot 1000$.

Загальна захворюваність = Кількість усіх зареєстрованих хворих дітей у поточному році : середньорічна кількість дитячого населення $\cdot 1000$.

Обсяг диспансерного спостереження за дітьми =

Кількість хворих дітей, які перебувають на диспансерному спостереженні впродовж 1 року : середня кількість дітей на дільниці $\cdot 1000$.

Ефективність диспансеризації = Кількість хворих дітей, знятих із диспансерного обліку в зв'язку з покращанням стану здоров'я : кількість хворих дітей, які перебувають на обліку з початку року, $\cdot 1000$.

Від 20.03.2008р. Наказом Міністерства охорони здоров'я України №149 «Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3-х років» клінічний протокол розроблено з метою впровадження уніфікованої системи заходів щодо формування, збереження і зміцнення здоров'я дітей раннього віку.

- **Матеріали методичного забезпечення заняття**

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Перерахувати етапи медичного обслуговування сільського і міського дитячого населення.
2. Якою є структура дитячої лікарні та поліклініки ?
3. Які принципи роботи приймального відділення ?
4. Які принципи роботи реєстратури поліклініки ?

5. Перерахувати основні функції дільничного педіатра;
6. Перерахувати основні форми роботи дільничного педіатра.
7. Дати визначення поняття про здоров'я за ВООЗ
8. Перерахувати критерії оцінки здоров'я.
9. Перерахувати основні статистичні показники діяльності дитячої полікліники.
10. Дати визначення поняттю захворюваності.
11. Дати визначення поняттю індексу здоров'я.
12. Дати визначення поняттю первинної та загальної захворюваності, рівня народжуваності, смертності немовлят.
13. Перерахувати критерії якості діагностики на догоспітальному етапі та показники ефективності диспансеризації.

Питання для контролю початкового рівня знань:

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Під час обстеження дитини дільничним педіатром виявлено, що вона може тривало спостерігати за яскравою іграшкою, посміхається. Утримує голову у вертикальному положенні протягом декількох хвилин. У положенні на животі - піднімає і утримує голову. Не сидить. Виходячи з даних психомоторного розвитку, визначте вік дитини:
 - A. 2 міс.
 - B. 4 міс.
 - C. 5 міс.
 - D. 6 міс.
 - E. 7 міс.
2. Дільничний педіатр при огляді дитини не виявив відхилень зі сторони внутрішніх органів. Показники психомоторного розвитку: відрізняє близьких людей від незнайомих, дізнається голос матері. Упевнено бере іграшку, знаходячись в будь-якому положенні, перекладає з однієї руки в іншу. Самостійно перевертається з живота на спину. Вимовляє окремі склади, гуліт. Добре їсть з ложки. Якому віку відповідає психомоторний розвиток даної дитини?
 - A. 2 місяцям
 - B. 3 місяцям
 - C. 4 місяцям
 - D. 6 місяцям
 - E. 9 місяцям
3. Дільничний педіатр готує медичні документи дівчинки 9 місяців для передачі

на іншу ділянку. Йому необхідно заповнити форму №025/у. Що є даним медичним документом?

- A. Контрольна карта диспансерного хворого
- B. Медична карта амбулаторного хворого
- C. Карта профілактичних щеплень
- D. Журнал обліку профілактичних щеплень
- E. Історія розвитку дитини

4. Дівчинка 5,5 місяців. Народилася з масою 3300 г, завдовжки 51 см. Знаходиться на природному вигодовуванні, фізичний розвиток - середній, пропорційний. Мати скаржиться на занепокоєння, часті нічні пробудження дитини, зменшення інтервалів між годуваннями. За останній місяць надбавка маси склала 400 г. Сечовипускання - 6 - 8 разів на добу, схильність до запорів. Які дії лікаря будуть доцільними щодо профілактики розвитку гіпотрофії?

- A. Ввести перший прикорм
- B. Перевести дитину на штучне вигодовування
- C. Додати до раціону коров'яче молоко
- D. Провести корекцію вигодовування шляхом додавання до раціону сиру
- E. Направити на стаціонарне обстеження

5. У поліклініку на профілактичний огляд звернулася мати з дитиною у віці 1 року. При об'єктивному огляді порушення стану внутрішніх органів не виявлено. Скільки зубів повинне бути у даної дитини?

- A. 2
- B. 4
- C. 6
- D. 8
- E. 10

6. Дільничний педіатр розраховує показники повноти і своєчасності обхвату диспансеризацією хворих з патологією дихання. Якою медичною документацією він повинен скористатися для цієї мети?

- A. Контрольна карта диспансерного спостереження (ф.№030)
- B. Карта профілактичних щеплень (ф.№063)
- C. Санаторно-курортна карта для дітей і підлітків (ф.№076)
- D. Медична карта дитини (ф.№026)
- E. Виписка з історії розвитку дитини (ф.№027)

7. Дільничний педіатр при огляді дівчинки 9 місяців констатував відставання в нервово-психічному розвитку, дефіцит маси тіла більш 15%. За останні 6 місяців

двічі перенесла ГРВІ. При аускультатції серця виявлений систолічний шум функціонального характеру. У дитини 6 зубів. До якої групи здоров'я слід віднести дану дитину?

- A. До першої
- B. До другої
- C. До третьої
- D. До четвертої
- E. До п'ятої

8. Дівчинка 8 міс. знаходиться на ранньому штучному вигодовуванні, зубів немає, не сидить, велике тім'ячко 3x4 см, на рівні кісток черепа. Виражені лобові і тім'яні горби. При переодяганні періодично спостерігаються тонічні скорочення м'язів кистей типу "руки акушера". Дільничний лікар припускає спазмофілію. Яке дослідження підтвердить передбачуваний діагноз?

- A. Визначення рівня кальцію крові
- B. Визначення рівня калія крові
- C. Визначення рівня фосфору крові
- D. Електроміографія
- E. Нейросонографія

9 До дільничного педіатра звернулася мама 4,5-місячної дівчинки за порадою щодо частоти проведення дитині гігієнічних ванн. Які рекомендації про частоту проведення гігієнічних ванн в цьому віці повинен дати дільничний лікар?

- A. 1 раз на день
- B. 1 раз на 2 дні
- C. 1 раз на 3 дні
- D. 1 раз на тиждень
- E. 1 раз на 10 днів

10. Дитина 7 років виписана із стаціонару, де знаходився з приводу правосторонньої позалікарняної полісегментарної пневмонії, гострий перебіг. Яка повинна бути здійснена спадкоємність між стаціонаром і педіатричною ділянкою в даному випадку?

- A. Оформлення епікризу в амбулаторній карті і передача форми 112/у
- B. Подача екстреного сповіщення
- C. Оформлення супровідного листа 114/у
- D. Передача із стаціонару по телефону виклику дільничного лікаря додому
- E. Заповнення контрольної карти диспансерного нагляду (форми 030/у)

Коди правильних відповідей

1 – А, 2 – В, 3 – Д, 4 – А, 5 – Д, 6 – А, 7 – В, 8 – А, 9 – А, 10 – А.

Ситуаційні задачі

Задача 1

Звернулися батьки 7-місячного хлопчика з скаргами на поверхневий сон дитини, неспокій, плач.

Анамнез життя: дитина від 1 вагітності, що перебігала на тлі токсикозу 2 половини, анемією I ст. Народився в терміні гестації 37 тижнів. Матері 26 років, протягом 2 років під час попередніх вагітностей лікувалася щодо ендометріозу. Батькові 29 років, здоровий. Характер трудової діяльності батьків не пов'язаний із професійними шкідливостями.

Об'єктивно: квадратна форма черепа, розширення нижньої апертури грудної клітки, кіфоз хребетного стовбура в грудному відділі, потовщення ребер по передній поверхні грудної клітки. Дитина сидить невпевнено. Легко нахиляє тулуб до нижніх кінцівок. Капризний, негативний. Блідість шкірних покривів, виражена пітливість. Тони серця приглушені, систолічний шум на верхівці. Дихання пуерильне. Живіт помірно здутий. Печінка +2 см, селезінка не пальпується.

- Поставте попередній діагноз.
- Які лабораторні обстеження необхідно провести дитині.
- Призначте лікування та диспансерного спостереження за дитиною

Еталон відповідей.

- Рахіт II ступеня важкості, підгострий перебіг, період розпалу.
- Загальний аналіз крові; визначення в сироватці крові фосфору, кальцію, лужної фосфатази; проба Сулковича.
- Вітамін D₃ 4000 МО в день протягом 30-45 днів під контролем проби Сулковича. У подальшому для попередження загострень та рецидивів хвороби по 2000 МО протягом 30 днів 2-3 рази на рік з інтервалами між ними не менш ніж 3 місяці до 3-5 річного віку.
- Дотримання режиму дня та санітарно-гігієнічного режиму.
- Харчування відповідно віку.
- Через 2 тижні від початку медикаментозного лікування- призначити хвойні ванни, загальний масаж, ЛФК
- Цитратна суміш
- Аскорбінова кислота 100 мг/добу
- Вітамін В₁ 10 мг/добу

Задача 2

Хлопчик 1 року.

Скарги на постійне підкахикування дитини.

Під час вагітності в першому триместрі мати перенесла грип. Дитина часто хворіє ГРВІ та обструктивними бронхітами.

Об'єктивно: маса тіла 9 кг, зріст 76 см. ЧД 40 за мін., ЧСС 140 за мін. Блідий, грудна клітка деформована, асиметрична за рахунок збільшення її правої половини. Межі серця: права на 1 см зовні від парастернальної лінії, верхня – 2 ребро, ліва – на 1,5 см зовні від середньоключичної лінії. При аускультатії - посиленій 1 тон, посиленій і розщепленій 2 тон над легеневою артерією, безперервний систолодіастолічний шум в II-III міжреберних проміжках зліва біля грудини, зниження артеріального тиску. Над легенями легеневий звук, жорстке дихання, мілкопухирчасті, дифузні хрипи в нижніх відділах грудної клітки. Печінка нижче за край лівої ребрової дуги на 3 см. Набряки на нижніх кінцівках.

- Поставте попередній діагноз.
- Які необхідні провести методи додаткового обстеження для підтвердження діагнозу?
- Ваша лікарська тактика

Еталон відповідей.

- Вроджена вада серця – відкрита артеріальна протока. Хронічна серцева недостатність. НК ПА.
- ЕКГ, ФКГ, Ехо-КГ, рентгенографія
- Дитині показано хірургічне лікування після стабілізації загального стану (лікування серцевої недостатності) за умов відсутності виражених змін в судинах легень та диспансеризація дітей з патологією серцевої системи.

Задача 3:

Дівчинка 45 діб народилася від 2 вагітності на 41 тижні гестації з масою 4600 г. Знаходиться на грудному вигодовуванні. При обстеженні дільничим педіатром маса дитини 5700 г., природжені рефлексии знижені. Великий язик не вміщається у ротовій порожнині. Хриплий крик, метеоризм, закрепи.

1. Який попередній діагноз?
2. Яке додаткове обстеження необхідно провести в першу чергу?
3. Консультацію яких спеціалістів необхідно провести?

Еталони відповідей.

- Вроджений гіпотиреоз
- ТТГ, Т3, Т4

– Консультація ендокринолога та невролога

**Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації та формування практичних
навичок та вмінь.**

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворої дитини в умовах дитячої поліклініки.	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір, вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	Звернути особливу увагу на огляд тазостегнових суглобів, наявність гриж, ячок в мошонці.
		5.Дослідити м'язову систему	Стан кістково-м'язової системи, внутрішніх органів, наявність природжених захворювань, аномалій розвитку.
		6.Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, межі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистоля), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок з патологією суглобів.
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожен його складову.
3	Оцінити показники	1.Оцінити дані загального	Звернути увагу на наявність

	додаткових лабораторних досліджень	аналізу крові. 2.Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ.
4	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Ro-графії органів грудної клітки та суглобів, УЗД, ленситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки захворювання дітей першого року життя
5.	Провести диференційну діагностику.	1.Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів. 4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину з пацієнтом.5	Особливу увагу треба приділити проведенню диференційної діагностики
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> Сформулювати остаточний клінічний діагноз. На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу. 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
7.	Призначити лікування пацієнту	1.Призначити немедикаментозне лікування. 2.Призначити медикаментозне лікування	Організація раціонального вигодовування і режиму дня дитини, перебування на свіжому повітрі, масаж, гімнастика, процедури, що гартують,

			специфічна профілактика рахіту Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне медикаментозне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання
8.	Заповнити медичну документацію та статистичну звітність.	Заповнити: 1."Історію розвитку дитини" (ф.№112/У) 2."Контрольну карту диспансерного спостереження" (ф.№030/У) 3."Книгу записів викликів лікарів до дому" (ф.031/У) 4."Карту профілактичних щеплень" (ф. №063/У) 4."Щоденник роботи лікаря" (ф. № 039/У)	Використовуючи перераховані облікові документи, зробити висновки і поаналізувати роботу дільничного лікаря-педіатра із включенням до аналізу: - характеристики діяльності, де вивчається чисельність і віковий склад дітей; - питомої ваги дітей, що відвідують дошкільні заклади і школи; - характеристики соціально-гігієнічних умов життя дітей. - захворюваності по звертанню; - структури захворюваності;

• **Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:**

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Проводити оцінку фізичного розвитку дітей в умовах дитячої поліклініки.	Провести оцінку фізичного розвитку дитини.
Особливості оцінки розвитку і здоров'я дітей та підлітків.	Виділити ланки фізичного розвитку дітей та підлітків.
Проводити оцінку профілактичної роботи та диспансеризації.	Визначити адекватність стану вакцинації та скласти план диспансеризації дитини в залежності від наявної хронічної патології.
Методи дослідження, які проводяться у дітей та підлітків в умовах дитячої поліклініки.	Складати план спостереження за здоровою дитиною. та дитиною, яка перенесла захворювання.
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) дитини	Скласти план обстеження та перерахувати додаткові методи дослідження

перших трьох років життя.	
Поняття про здоров'я дітей, критерії його оцінки,	Організація роботи кабінету здорової дитини в дитячій поліклініці.
Основні показники якості диспансерного спостереження дітей.	Критерії ефективності диспансеризації дітей в умовах дитячої поліклініки.

VII. ЛІТЕРАТУРА

- Госпітальна педіатрія / за ред. І.С.Сміяна, В.Г.Майданика- Тернопіль-Київ, 1997. –С. 4-75.
- Дитячі хвороби / За ред. В.М. Сідельникова, В.В. Бережного. – Київ: “Здоров'я“, 1999.-С.30-41.
- Медицина дитинства Т.І. / За ред.П.С. Мощича. - К.: Здоров'я,1995. - С.187-188, 399-413.
- Сміяв І.С. Лекції з педіатрії.-Тернопіль, „ Підручники і посібники”, 2006-С.121-151.
- Сміян І.С. Педіатрія (цикл лекцій).- Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.-С.129-147.
- Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии: учеб.пособие для системы послевузовского проф.образования врачей/ под.ред. А.А.Баранова. – М.:ГЭОТАР - Медиа,2007. – 592 с.
- Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 р. “Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні”
- Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, Н.М.Всеволожская. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, ”Здоровье” .1989.
- В.Ю.Мартинюк, С.М.Зінченко. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Київ, 2005.
- Медицинская карта ребенка по Рурку.2006.
- Нормы роста детей, разработанные ВОЗ. 2006.
- А.Б.Пальчик. Эволюционная неврология. Санкт-Петербург. 2002.
- А.С.Петрухин. Неврология детского возраста. Москва, 2004.
- Совещание экспертов ФАО/ВОЗ по E.Sakazakii и другим микроорганизмам в сухой детской смеси. No.6, 2004.
- Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков», 2005.
- Питание детей грудного и раннего возраста, 58 сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения, 2005.
- Стандартные показатели ВОЗ в области развития ребенка. Департамент по питанию для здоровья и развития, 2006.

Тема 47. Медичне спостереження дітей перших трьох років життя в поліклініці. Порядок проведення обов'язкових профілактичних оглядів дитини віком до трьох років. Раціональне вигодовування та харчування дитини віком до трьох років. Оцінка фізичного та психо-моторного розвитку дитини до трьох років. Тактика лікаря загальної практики при порушенні фізичного та нервово-психічного розвитку дітей перших трьох років життя. Принципи ефективного консультування. Диференційна діагностика та профілактика найбільш поширених дефіцитних станів (рахіт, залізодефіцитна анемія) у дітей раннього віку.

I. Актуальність теми:

Державна політика України з охорони здоров'я матері та дитини виходить за межі самої галузі охорони здоров'я і набуває пріоритетного значення серед завдань національної політики. Стан здоров'я дітей від періоду внутрішньоутробного розвитку до підліткового віку є показником соціально-економічного розвитку країни. Показники дитячої смертності на Україні значно перевищують таких розвинених країн, що багато в чому обумовлено соціальними причинами. Зниження показників дитячої смертності є першорядним завданням охорони здоров'я і значною мірою зумовлено широким впровадженням нових організаційних і медичних технологій. Найбільш характерною особливістю організму дитини першого року життя є висока напруженість обмінних процесів при вираженій функціональній незрілості різних органів і систем, перш за все органів травлення, дихання і нервової системи. Нормальний фізичний і психомоторний розвиток немовлят, належна опірність організму інфекціям і іншим несприятливим діям навколишнього середовища можливі тільки при правильній побудові живлення, адекватному віку режимі, гартуванні. Швидке зростання дитини першого року життя, підвищена його чутливість до несприятливих умов середовища і визначають необхідність пильної уваги педіатра до дитини першого року життя. Цим визначається актуальність теми, що вивчається.

II. Навчальні цілі заняття:

- Студент повинен уміти:
- -На підставі зібраного анамнезу, даних об'єктивного і додаткових методів обстеження оцінити стан дитини першого року життя;
- -Про здоров'я та диспансерний нагляд за здоровими дітьми першого року життя;
- -Вміти скласти план диспансерного спостереження за дитиною першого року життя;
- -Вміти проводити роботу по диспансеризації і оздоровленню дитини

першого року життя;

- Вміння проводити освітню роботу з батьками дитини першого року життя;
 - Про статистичні дані щодо захворюваності, частоти виникнення ускладнень, найближчого та віддаленого прогнозу ;
 - Про обсяг і форми роботи лікаря-педіатра.
-
- Студент повинен знати (засвоїти):
 - Поняття про здоров'я дітей, особливості дітей першого року життя та критерії його оцінки;
 - Ключові ланки “груп ризику”;
 - Тактика диспансерного нагляду за дітьми першого року життя та критерії його оцінки;
 - Принципи складання плану диспансерного нагляду, обстеження дітей першого року життя;
 - Основні шкідливі чинники та їх вплив на розвиток дитини ;
 - Проведення диспансеризації дітей першого року життя на педіатричній ділянці;
 - Організацію роботи кабінету здорової дитини;
 - Студент повинен оволодіти навичками:
 - Збирання скарг та анамнезу новонароджених;
 - Обстеження та виявлення основних симптомів і синдромів у дітей раннього віку, виділення “груп ризику”,
 - Надання рекомендацій стосовно групи здоров'я
 - Формулювання та обґрунтування попереднього діагнозу;
 - Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);
 - Визначення тактики лікування, профілактики і прогнозу даних захворювань;
 - Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за здоровими дітьми першого року життя.

Вміти:

- На підставі збору анамнезу, даних об'єктивного і додаткових методів обстеження оцінити стан дитини першого року життя і віднести його до конкретної групи здоров'я;
- Вміти скласти план диспансерного спостереження за дитиною першого року життя;
- Вміти проводити роботу по диспансеризації і оздоровленню дитини першого року життя;

- Вміти проводити освітню роботу з батьками дитини першого року життя;
- Вміти збирати анамнез, проводити об'єктивне дослідження по органах та системам дітей першого року життя;
- Розробляти схеми диспансерного спостереження різних категорій дітей;
- Проводити аналіз диспансерного спостереження.

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі):

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги.

IV. Зміст теми заняття може бути представленим:

КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ

МЕДИЧНОГО ДОГЛЯДУ ЗА ЗДОРОВОЮ ДИТИНОЮ ВІКОМ ДО 3 РОКІВ

1. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

1.2. Основні поняття і терміни

Медичний догляд за дитиною раннього віку – це комплекс заходів, які здійснюються медичними працівниками із залученням родини у відповідності до потреб кожного вікового періоду розвитку дитини та спрямовані на створення оптимальних умов для її здорового гармонійного розвитку (фізичного, розумового, соціального) в сприятливому безпечному середовищі, забезпечення раціонального вигодовування та харчування, профілактику захворювань і травматизму, формування навичок здорового способу життя.

Перелік складових медичного догляду за дитиною раннього віку, який повинен бути доступним для кожної дитини:

1. обов'язковий медичний профілактичний огляд;
2. раціональне вигодовування та харчування;
3. догляд з метою розвитку;
4. створення безпечного середовища.

2. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕННЯ ОБОВ'ЯЗКОВИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ МЕДИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДИТИНИ ВІКОМ ДО 3 РОКІВ

2.1. Загальні положення

Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей віком до 3 років проводяться з метою моніторингу стану їх здоров'я та здійснення ефективних заходів щодо охорони здоров'я та розвитку дітей цієї вікової категорії шляхом:

- оцінки стану здоров'я кожної дитини;
- оцінки фізичного та психомоторного розвитку;
- оцінки вигодовування та харчування;
- своєчасного виявлення захворювань та патологічних станів;
- проведення вакцинації;
- консультування батьків з питань догляду за дитиною, раціонального харчування, розвитку дитини, профілактики нещасних випадків та травм тощо;
- визначення тактики подальшого медичного спостереження та обстеження дитини за результатами обов'язкового медичного профілактичного огляду.

2.2. Організаційні заходи

2.2.1. Цей Порядок є регламентуючим механізмом проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дитини віком до 3 років.

2.2.2. Відповідальність за організацію проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей віком до 3 років у терміни та в обсязі, що визначені цим наказом несе головний лікар закладу охорони здоров'я.

2.2.3. Відповідальність за якість проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей віком до 3 років у терміни та в обсязі, що визначені цим наказом несе лікар-педіатр дільничний (лікар загальної практики - сімейний лікар).

2.2.4. Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей віком до 3 років проводяться у терміни та в обсязі, які визначені цим наказом. При виявленні відхилень у стані здоров'я дитини лікарем-педіатром дільничним, (лікарем загальної практики-сімейним лікарем) призначаються додаткові медичні втручання, згідно з чинними протоколами надання медичної допомоги дітям відповідно до показань.

2.2.5. Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей віком до 3 років проводяться у присутності батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників. Кожне додаткове медичне втручання, яке не визначено цим наказом, у т.ч. огляд дитини лікарем-спеціалістом, має бути обґрунтованим та безпечним для дитини і проводитись за умови поінформованої згоди батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.

2.2.6. Обов'язковою умовою для проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей віком до 3 років є дотримання температури в

приміщенні не нижче 20°C та достатнє освітлення.

- 2.2.7. У кабінеті, де проводиться обов'язковий медичний профілактичний огляд дитини віком до 3 років мають бути:

1. настінний термометр;
2. умивальник, рідке мило, рушник, пам'ятка з техніки миття рук;
3. пеленальний столик;
4. кушетка;
5. ваги;
6. ростомір;
7. сантиметрова стрічка;
8. прозорий трикутник;
9. іграшка, яка звучить;
10. тонометр з дитячими манжетками;
11. фонендоскоп;
12. медичний термометр;
13. стерильні шпателі.

2.2.8. Кількість обов'язкових медичних профілактичних оглядів дитини віком до 3 років (13 оглядів лікарем та 6 оглядів медичною сестрою) не може бути меншою. Лікар може збільшити кількість оглядів, якщо дитина потребує частішого спостереження. ***Необґрунтоване збільшення кількості оглядів не приводить до покращення стану здоров'я дитини [А].***

- 2.2.9. Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей віком до 3 років проводяться у терміни, визначені цим наказом (на першому місяці життя 1 раз на тиждень, на першому році життя дитини - 1 раз на місяць, на другому році життя - 1 раз на півроку, на третьому році життя - 1 раз у віці 3 років).

- 2.2.10. Цей Порядок розповсюджується і на дітей, які знаходяться в будинках дитини.

- **2.3. Основні складові обов'язкового медичного профілактичного огляду дитини віком до 3 років:**

- **2.3.1. Анамнез:**

- Наявність повної інформації про дитину дозволяє медичному працівнику вчасно виявити чи запобігти захворюванню. При першому відвідуванні дитини вдома після виписки із пологового (дитячого) стаціонару необхідно познайомитися з родиною дитини і зібрати акушерський анамнез (перебіг вагітності та пологів), з'ясувати можливу наявність спадкових, алергійних і соціально небезпечних захворювань у сім'ї (ВІЛ/СНІД, туберкульоз тощо), цукрового діабету. Особливу увагу звернути на можливі шкідливі звички

батьків в тому числі тютюнопаління матері під час вагітності та обох батьків після народження дитини. Необхідно з'ясувати про проблеми, пов'язані з доглядом за дитиною соціального характеру, при виявленні яких необхідно інформувати відповідні органи (служби у справах дітей, управління (відділи) у справах сім'ї, молоді та спорту, соціальні служби сім'ї, дітей та молоді) для спільного вирішення проблем. Під час кожного послідуєчого огляду необхідно зібрати анамнез за попередній період, з увагою на тривалість та тяжкість перебігу перенесених гострих захворювань, перебіг поствакцинального періоду, тощо.

2.3.2. Лікарський огляд дитини віком до 3 років по органам і системам (огляд дитини віком до 3 років медичною сестрою):

Проведення лікарського огляду дитини віком до 3 років має особливості відповідно до її вікового періоду (*Додаток 3 до Протоколу*). Проводиться клінічний огляд дитини по органам та системам. Лікарем-педіатром дільничним (лікарем загальної практики - сімейним-лікарем) при кожному обов'язковому медичному огляді за його результатами здійснюється оцінка стану здоров'я дитини.

При виявленні відхилень у стані здоров'я дитини лікар може збільшити частоту оглядів та призначити обґрунтовані письмово в історії розвитку дитини (ф.№112о.) додаткові консультації та обстеження, погодивши їх з батьками дитини (опікунами, піклувальниками) або їх законними представниками.

При здійсненні огляду дитини медичною сестрою з'ясовуються скарги, здійснюється огляд шкіри, слизових рота, стан носового дихання. Визначається частота дихання. Особливу увагу слід звернути на частоту стільця, можливі патологічні зміни калу (наявність крові, слизу, зміна кольору та консистенції). Уразі виявлення відхилень у стані здоров'я дитини медична сестра обов'язково інформує лікаря-педіатра дільничного (сімейного лікаря).

2.3.3. Оцінка вигодовування та харчування [А]

Оцінка вигодовування та харчування проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини віком до 3 років. Оцінка вигодовування та харчування може бути проведена як лікарем, так і середнім медичним працівником з послідуєчим консультуванням матері та сім'ї з питань вигодовування та харчування дитини.

2.3.4. Оцінка фізичного розвитку [А]

Оцінка фізичного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини віком до 3 років. Медичною сестрою виконуються антропометричні виміри (зважування, вимірювання довжини/зросту і обводу голови). Отримані дані наносяться на відповідні графіки фізичного

розвитку, котрі заповнюються окремо для хлопчиків та дівчаток. За результатами оцінки фізичного розвитку дитини проводиться консультування матері.

2.3.5. Оцінка психомоторного розвитку [В]

Оцінка психомоторного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини віком до 3 років. За результатами оцінки психомоторного розвитку проводиться консультування матері з питань розвитку дитини.

2.3.6. Контроль та здійснення профілактичних щеплень

Контроль проведення вакцинації проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини віком до 3 років. Профілактичні щеплення проводяться у порядку, встановленому МОЗ України за наявності поінформованої згоди батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.

2.3.7. Медичний висновок

Медичний висновок щодо стану здоров'я дитини віком до 3 років за результатами обов'язкового медичного профілактичного огляду у разі відсутності захворювання або травми визначається терміном «здоровий», а при виявленні ознак захворювання або травми, їх конкретизують. Висновок повинен містити результати оцінки фізичного, психомоторного розвитку та харчування дитини.

Група здоров'я та група ризику не визначається, так як не існує доказів про доцільність розподілу дітей за групами здоров'я та групами ризику. При виявленні відхилень щодо стану здоров'я лікар розробляє індивідуальний план оглядів такої дитини.

Визначення груп ризику за даними акушерського анамнезу також є недоцільним. Тільки при виявленні відхилень в стані здоров'я дитини проводиться відповідне медичне втручання.

Визначається група ризику за соціальними факторами, до якої належать діти з сімей, що опинилися в складних життєвих обставинах. План обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей цієї групи визначається лікарем-педіатром дільничним (лікарем загальної практики - сімейним лікарем) індивідуально.

2.3.8. Консультування батьків

Під час кожного обов'язкового медичного профілактичного огляду дитини віком до 3 років проводиться консультування батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.

Консультування проводиться з дотриманням принципів ефективного консультування. (Додаток 6 до Протоколу). Тема консультування залежить від віку дитини та виявлених проблем.

2.3.9. Огляди лікарями-спеціалістами та додаткове обстеження

Кожне медичне втручання, яке проводиться дитині, у т.ч. огляд лікарем-спеціалістом, має бути обґрунтованим та безпечним для дитини.

Обов'язковим для здорової доношеної дитини віком до 3 років є визначення рівня гемоглобіну крові у віці 9 місяців з метою виявлення анемії, причиною якої може бути неадекватне за термінами та складом введення прикорму.

Додаткові огляди лікарями-спеціалістами та додаткові обстеження (лабораторні, інструментальні, тощо) здорової доношеної дитини віком до 3 років, які не передбачені цим Протоколом проводяться тільки за показаннями, обґрунтованими письмово в історії розвитку дитини (ф. №112о.), за умови поінформованої згоди батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.

3. РАЦІОНАЛЬНЕ ВИГОДОВУВАННЯ ТА ХАРЧУВАННЯ ДИТИНИ ВІКОМ ДО 3 РОКІВ

3.1. Загальні положення

Материнське молоко - єдиний ідеальний продукт харчування для забезпечення гармонійного розвитку дитини перших 6 місяців життя. Воно містить не тільки всі необхідні для дитини поживні речовини в ідеально збалансованому співвідношенні, але й комплекс захисних факторів та біологічно активних речовин.

Найкращим видом вигодовування дитини віком до 6 місяців є виключно грудне вигодовування.

Виключно грудне вигодовування – це вигодовування грудним молоком, без застосування в раціоні дитини іншої їжі та/або рідини.

Грудне вигодовування дитини необхідно починати протягом першої години після народження і продовжувати до 1 року, а при можливості і довше.

Переваги грудного вигодовування для здоров'я:

1) дитини:

Діти на грудному вигодовуванні рідше хворіють на інфекційні та алергійні хвороби, мають менший ризик розвитку отиту, діареї, синдрому раптової смерті та у старшому віці бронхіальної астми, ожиріння, мають кращі показники розумового розвитку.

2) матері:

Жінка, яка годує дитину груддю має менший ризик захворіти на злоякісні хвороби (рак молочної залози та яєчників).

В домашніх умовах, як і в пологовому будинку, необхідно рекомендувати матері дотримуватись вільного вигодовування «за вимогою дитини», тобто такого

годування, при якому дитина сама визначає кількість та тривалість годувань залежно від індивідуальної потреби (без обмеження з боку матері). Просте правило для встановлення частоти годувань - годувати, коли дитина зголодніє: дитина повертає голову до матері, смочче свою руку. Плач дитини не завжди та не лише є ознакою голоду.

У віці 6 місяців необхідно ввести прикорм з особливою увагою до забезпечення потреб дитини у залізі і разом з тим продовжувати вигодовувати грудне вигодовування.

Таблиця 1

Калорійність, яка повинна бути забезпечена продуктами прикорму:

Вік (місяці)	6-8	9-11	12-23
Калорійність (ккал/день)	200	300	550

Оцінка вигодовування та харчування дитини проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини віком до 3 років та при огляді з метою імунізації. Невід'ємною складовою оцінки вигодовування та харчування дитини віком до 3 років є результати оцінки фізичного розвитку.

3.2. Вигодовування дитини віком до 6 місяців

3.2.1. Загальні положення:

Дитина віком до 6 місяців повинна отримувати тільки грудне молоко, немає фізіологічної потреби у введенні в її раціон додаткової рідини у вигляді води, чаїв (чорного, зеленого або трав'яного), соків, відварів тощо.

Грудне молоко містить близько 90% води, що повністю задовольняє потреби дитини в рідині. Введення додаткової рідини підвищує ризик гострих кишкових інфекцій, зменшує потребу у грудному молоці та тривалість грудного вигодовування.

Основні правила успішного грудного вигодовування

- Прикладання дитини до грудей матері протягом першої години життя при відсутності протипоказань.
- Цілодобове спільне перебування матері з дитиною.
- Правильне прикладання дитини до грудей матері.
- Грудне вигодовування за вимогою дитини в тому числі вночі.
- Не давати дитині до 6 місяців ніяких інших продуктів і рідини, за виключенням випадків, зумовлених медичними показаннями.
- Не використовувати соски, пустушки.

- Виключно грудне вигодовування до 6 місяців.
- Обов'язкове введення адекватного прикорму з 6 місяців.
- Продовження грудного вигодовування до 1 року а при можливості і довше.

3.2.2. Оцінка грудного вигодовування

Оцінка грудного вигодовування проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини. **Необхідно оцінити** чи правильно дитина прикладена до грудей матері та ефективність смоктання.

- **Ознаки правильного прикладання дитини до грудей матері:**

- голова і тіло дитини знаходяться в одній площині;
- тіло дитини притиснуте до матері обличчям до грудей, ніс знаходиться напроти соска;
- мати підтримує усе тіло дитини знизу, а не тільки його голову та плечі;
- мати підтримує груди знизу пальцями при цьому вказівний палець знаходиться знизу, а великий палець - зверху (пальці не повинні бути близько від соска);
- спочатку мати повинна доторкнутись соском до губ дитини і почекати, коли дитина широко відкриє рот, а потім швидко наблизити дитину до грудей, направивши її нижню губу нижче соска так, щоб дитина захватила нижню частину ареоли;
- положення матері повинно бути зручне для неї.

- **Ознаки ефективного смоктання:** у дитини спостерігається повільне, глибоке смоктання з невеликими перервами.

Однією із найбільш розповсюджених причин введення в раціон дитини молочних сумішей та припинення виключно грудного вигодовування є стурбованість матері недостатньою, на її думку, кількістю грудного молока.

Достовірні ознаки недостатнього отримання дитиною грудного молока:

1. прибавка у масі менше 500 г за місяць;
2. сечовиділення дитини менше 6 разів на день, сеча жовта концентрована з різким запахом.

- **Вікові періоди, коли дитина може потребувати більше грудного молока:**

1. 3 тижні;
2. 6 тижнів;
3. 3 місяці.

- Це зумовлено інтенсивним ростом дитини у ці вікові періоди, що потребує частішого прикладання до грудей і не повинно бути причиною введення в раціон дитини молочних сумішей.

При виявленні відхилень у фізичному розвитку та вигодовуванні дитини, необхідно провести повторну оцінку грудного вигодовування не пізніше 2-х днів

після попередньої оцінки та в подальшому за необхідністю.

3.2.3. Консультування матері з вигодовування дитини віком до 6 місяців

Якщо під час проведення оцінки грудного вигодовування встановлено, що дитина отримує достатню кількість грудного молока, важливо похвалити матір за її старання.

Якщо при оцінці грудного вигодовування виявлено, що дитина отримує недостатню кількість молока, важливо виявити можливу причину цього та надати матері відповідні рекомендації:

- Необхідно звернути увагу на кількість годувань протягом доби. Якщо годування грудьми менше 8-10 разів на добу, необхідно порадити матері збільшити частоту годувань.

- Дотримуватись принципів вигодовування за вимогою дитини, годувати вночі.

- Якщо дитина неправильно прикладена до грудей або неефективно смокче, важливо навчити матір правильно прикладати дитину до грудей.

- Якщо дитина отримує інші продукти харчування чи напої, необхідно порекомендувати матері частіше годувати грудьми, зменшити порції інших продуктів харчування або напоїв та в подальшому відмовитись від них.

- Необхідно порекомендувати матері повноцінно харчуватись та залучати інших членів родини до догляду за дитиною для забезпечення її повноцінного відпочинку.

- Відмовитись від сосок, пустышок.

У період вигодовування грудьми у матері **можливе виникнення лактаційних кризів**. Це тимчасове зменшення кількості молока без видимих причин, яке продовжується в середньому 3-4 дні і має зворотній характер. Необхідно інформувати матір про можливість виникнення таких кризів, що може бути причиною тимчасового зниження кількості молока. В цей період матері необхідна психоемоційна підтримка та відпочинок.

У разі захворювання матері на гострі респіраторні хвороби годування грудьми необхідно продовжувати. Грудне вигодовування необхідно припинити у разі прийому матір'ю лікарських засобів, які відповідно до інструкції про застосування мають протипоказання для матерів, які годують дітей грудьми.

Для збереження лактації та ефективного смоктання дитини важливо переконати батьків в доцільності відмови від пустышок (сосок).

3.3. Вигодовування та харчування дитини віком 6-12 місяців

3.3.1. Загальні положення

У віці 6 місяців грудне молоко залишається основним продуктом, для

дитини, але виникає необхідність у розширенні раціону харчування дитини та введенні до нього додаткових продуктів (прикорму). Грудне молоко саме у віці 6 місяців уже не може задовольнити потребу дитини в калоріях, мікронутрієнтах, насамперед залізі, для забезпечення її нормального розвитку.

Прикорм – це продукти харчування, які вводяться в доповнення до грудного молока (молочної суміші у разі штучного вигодовування) дитині першого року життя. Перед введенням прикорму потрібно впевнитись у готовності дитини до цього.

Ознаки готовності дитини до введення прикорму:

- тримає голову;
- сидить практично без підтримки (в стільчику для годування);
- відкриває рот, коли підносять ложку з їдою;
- відвертається від ложки з їдою, коли не голодна;
- закриває рот з ложкою в роті, тримає їжу в роті, а потім ковтає, а не виштовхує і не випльовує.

3.3.2. Правила введення прикорму

- Введення прикорму повинно бути у кожному окремому випадку процесом введення рекомендованих у відповідності до віку дитини продуктів харчування із поступовою зміною в динаміці їх консистенції, смаку, запаху і зовнішнього вигляду, при одночасному продовженні грудного вигодовування.

- Треба впевнитись, що дитина готова до введення прикорму.

- Прикорм треба давати, коли дитина активна і голодна, краще під час сніданку або обіду разом з іншими членами сім'ї.

- Прикорм дається після нетривалого годування грудьми (у разі штучного вигодовування - невеликої кількості молочної суміші).

- Під час годування дитина повинна знаходитись у вертикальному положенні, в зручній позі на руках або на колінах у матері чи в спеціальному дитячому стільчику.

- Прикорм необхідно давати з ложки.

- Прикорм треба починати давати дитині, поклавши невелику кількість їжі на кінчик чайної ложки. Ложку тримати так, щоб дитина її бачила. Потім торкнутися ложкою до губ дитини, щоб частина продукту залишилася у неї на губах. І лише коли дитина відкриє рот, покласти ложку з їжею на середину язика, тоді дитина легко її проковтне.

- Кожен продукт прикорму вводиться, починаючи з 1 чайної ложки і збільшуючи поступово, за 5-7 днів до повної порції, розділивши її на 2 годування. Дитина сама покаже, що наїлася, відвернувши голову, відштовхуючи ложку, або не відкриваючи рот.

- Щоразу, після того, як дитина отримала прикорм, доцільно прикладати її до грудей. Це допоможе зберегти лактацію, а дитина почуватиме себе задоволеною.

- У разі відмови дитини від прикорму, не треба годувати її примусово, так як дитина може відмовитися взагалі від усіх інших продуктів. Можна запропонувати інший продукт (іншого смаку та/або консистенції), або той самий, але в інший день. Під час годування необхідно, щоб мати спілкувалася з дитиною.

- Кожний наступний новий продукт прикорму повинен складатися з одного інгредієнту і даватися дитині впродовж не менше 5 днів, лише після цього можна давати змішаний прикорм із цих продуктів. Це дасть можливість визначитись щодо причини харчової алергії у разі її виникнення.

- Для полегшення звикання дитини до нових продуктів рекомендується добавляти в продукти прикорму грудне молоко.

- Прикорм повинен бути свіжо приготовленим, мати ніжну гомогенну консистенцію, від вершковоподібної до сметаноподібної (відповідно до віку), остудженою до температури тіла (36-37°C).

- Для профілактики залізодефіцитної анемії з 6 місяців обов'язково вводяться продукти прикорму, які містять залізо (м'ясо, потім печінка, яєчний жовток, риба).

- Не рекомендовано вживання ніяких видів чаю та кави дітям до 2 років, так як ці напої перешкоджають процесу всмоктування заліза.

- Не слід давати цільне не розведене коров'яче молоко дітям до 9 місяців (фактор розвитку залізодефіцитної анемії).

- Цільне молоко та молочні продукти можна давати дитині з 9-12 місяців.

- В період введення прикорму не слід добавляти в продукти прикорму сіль, спеції.

- У разі появи ознак поганої переносимості продукту прикорму (порушення функції системи травлення, алергічні реакції чи ін.) слід припинити введення даного продукту прикорму і ввести інший.

3.3.3. Продукти прикорму

Першим продуктом прикорму, що пропонується дитині у віці 6 місяців, можуть бути каші (перевагу надавати крупам, які не містять глютену (гречка, рис, кукурудза), овочеve або фруктове пюре. Частота введення цих продуктів повинна бути 1-2 рази на день, з поступовим збільшенням об'єму порції.

Важливо, щоб дитина у віці 6 місяців почала отримувати прикорм з підвищеним вмістом заліза.

Продукти прикорму з підвищеним вмістом заліза:

- 1) каші, промислового виробництва, збагачені залізом;
- 2) м'ясо;

- 3) риба;
- 4) яєчний жовток;
- 5) добре проварені бобові (квасоля, горох).

Каші:

- Починати треба з каші, яка містить одну крупу, доцільно з підвищеним вмістом заліза (наприклад з рисової або гречаної каші). Потім вводити каші з інших круп (кукурудзяну, вівсяну).
- Змішані каші з декількома крупами треба вводити тільки після того, як дитина уже отримувала каші з кожною крупою окремо.
- Каші можна розводити грудним молоком.
- Для приготування каші можна використовувати молочну суміш або розведене коров'яче молоко. ***Щоб отримати 200 мл розведеного молока, необхідно закип'ятити 70 мл води, додати 130 мл кип'яченого коров'ячого або козиного молока, додати 1 чайну ложку без верху цукру.***
- Не треба давати дитині каші для дорослих.
- Каші можна змішувати з овочами або фруктами, але тільки після того, як дитина спробувала кожен з цих продуктів окремо.
- Годувати дитину тільки ложкою.

М'ясо та альтернативні продукти:

- Важливо, щоб у віці 6 місяців дитина отримала прикорм з підвищеним вмістом заліза, яке міститься у м'ясі.
- Рекомендоване дитині віком 6-9 місяців м'ясо: телятина, курятина, індюшати, крільчатина, нежирна свинина.
- Починати треба з дрібно перекрученого або розім'ятого м'яса, поступово переходячи до кусочків.
- М'ясо повинно бути не сухе, а зберігати природну вологість, щоб дитина могла його легко проковтнути.
- Не слід давати дитині копчені м'ясні продукти, ковбасу, сосиски, так як вони містять велику кількість жирів і солі.
- Треба давати дитині рибу (з 8-10 місяців) та яєчний жовток (з 7 місяців), які є також джерелом заліза.

Яєчний білок є алергенним продуктом і до виповнення дитині 1 року його давати не слід.

Овочі та фрукти:

1. Овочі доцільно вводити перед фруктами, оскільки деяким дітям може не сподобатись смак овочів, якщо вони звикли до солодкого смаку фруктів. Проте це не обов'язково стосується усіх дітей.

2. Починати треба з одного виду овочів або фруктів і лише після того як дитина отримала кожен з них окремо, можна їх змішувати.
3. Починати треба з негострих на смак овочів (кабачки, гарбуз, картопля, капуста, патисони) і фруктів (яблука, персики, абрикоси, сливи).
4. Овочево/фруктове пюре, як низькобілкову страву прикорму, дають не більше, ніж 2 тижні, потім необхідно збагачувати ці страви шляхом додавання в них високобілкових продуктів (м'який сир, м'ясо).
5. Можна давати дитині протерті свіжі овочі та фрукти, які перед тим треба добре помити і почистити. З часом можна буде давати дитині овочі та фрукти кусочками.

Соки та інші напої

- Дитині достатньо рідини, яку вона отримує з грудним молоком. З 6 місяців деякі діти інколи можуть потребувати воду. Не можна давати дитині дистильовану, газовану та мінеральну воду.
- Сік доцільно давати дитині тоді, коли вона уже отримує інші продукти прикорму. Сік можна давати у невеликій кількості (80-100 мл у віці до 1 року), пересвідчившись, що дитина випиває достатньо грудного молока (молочної суміші у разі штучного вигодовування). Соки не треба розводити водою та добавляти цукор.
- Починаючи з 6 місяців необхідно допомагати дитині вчитися пити з чашки.
- Не рекомендується вживання будь-яких видів чаю (чорного, зеленого, трав'яного) та кави до двох років. Ці напої перешкоджають всмоктуванню заліза. Після дворічного віку слід уникати вживання чаю під час їди.

Молочні продукти:

- Рекомендовано давати дитині м'який сир (з 6 місяців).
- Не слід давати дитині цільне нерозведене коров'яче або козяче молоко до 9-ти місячного віку, а краще до 1 року. Розведене коров'яче молоко можна використовувати для приготування страв прикорму.
- Не рекомендується вигодовування дитини виключно козячим молоком, зокрема через ризик виникнення фолієводефіцитної анемії.

3.3.4. Частота введення прикорму

Дитина віком до 8 місяців повинна отримувати прикорм 3 рази на день, у віці 9-11 місяців 4 рази на день. У віці 1 рік дитина повинна отримувати різноманітний прикорм з кожної групи продуктів, вміти пити з чашки.

Особливості вигодовування дитини віком 9-12 місяців:

- Грудне молоко залишається найважливішим продуктом харчування для дитини. Навіть після повного введення прикорму доцільно годувати дитину грудним молоком після їди.

- Якщо дитина зголодніла, треба дати їй грудне молоко (молочну суміш у разі штучного вигодовування) за бажанням дитини, а не за графіком.

- Годувати дитину треба за столом з іншими членами сім'ї.

- Кількість запропонованої їжі повинна базуватися на принципах активного заохочування дитини до їжі. Необхідно поступово змінювати консистенцію та збільшувати різноманітність продуктів прикорму, притримуючись рекомендованої частоти введення прикорму.

- Приблизно з 9 місяців дитина може брати предмети великим і вказівним пальцями. Треба пропонувати їй самій тримати маленькі кусочки прикорму під час їди, годувати себе ложкою.

- Продукти прикорму (м'які відварені овочі та фрукти, спілі м'які фрукти, добре відварене ніжне м'ясо та рибу) доцільно давати у вигляді маленьких кусочків, які легко ковтати.

- Необхідно ввести в раціон дитини крім каш продукти із злаків, які можна давати кусочками (сухарики, хліб, печиво).

- Якщо дитина отримує уже всі запропоновані продукти прикорму можна запропонувати їй цільне коров'яче молоко 3,25% жирності, але не раніше 9-12 місяців.

Не слід давати дитині віком до 2 років молоко та молочні продукти з 1-2% вмістом жиру. або обезжирені.

- Перед кожним прийомом їжі необхідно вимити руки дитини.

3.3.5. Оцінка харчування дитини віком 6-12 місяців

Оцінка харчування дитини проводиться при кожному обов'язковому медичному огляді дитини. Для оцінки харчування необхідно розпитати матір:

- 1) про наявність труднощів чи проблем при вигодовуванні дитини;
- 2) уточнити чи продовжується годування грудьми;
- 3) якщо годування грудьми продовжується, уточнити скільки разів на добу дитина прикладається до грудей;
- 4) з'ясувати, чи почала мати вводити прикорм;
- 5) які продукти прикорму отримує дитина, звернути особливу увагу на прикорми, збагачені залізом;
- 6) яка частота введення прикорму;
- 7) який об'єм прикорму;
- 8) яка консистенція продуктів прикорму: рідка, сметаноподібна, густа;
- 9) чим користується мати при годуванні дитини: ложкою чи використовується пляшка з соскою;
- 10) чи використовується активне заохочення дитини до їжі;
- 11) чи не примушують дитину їсти.

3.3.6. Консультавання матері з вигодовування та харчування дитини від 6

до 12 місяців

Після оцінки вигодовування та харчування дитини необхідно провести консультування матері:

2. Під час проведення консультування дуже важливим є надання матері психологічної підтримки.

2) Порекомендувати матері продовжити годування грудьми за вимогою дитини. Страви прикорму не повинні повністю витіснити грудне вигодовування.

3) Порекомендувати матері поступово, відповідно з апетитом дитини, збільшити кількість прикорму, який вводиться. Пояснити важливість отримання дитиною прикорму, збагаченого залізом. Чітко пояснити частоту годування, відповідно віку дитини. Порекомендувати матері уникати однотипного харчування дитини.

4) Пояснити матері важливість спілкування з дитиною під час годування. Необхідно годувати дитину разом з іншими членами сім'ї, давати можливість дитині годувати себе самостійно, бути готовим до безладу, який є невід'ємною частиною процесу навчання прийому їжі. Треба навчити матір спілкуватися з дитиною під час годування: говорити тихо, лагідно. Не порівнювати свою дитину з іншими, так як здорові діти не подібні один на одного вони можуть з'їдати різні об'єми прикорму, відмовлятися від продуктів, які подобаються іншим дітям і навпаки. Мати повинна знати, що достовірною ознакою нормального розвитку дитини є стабільні показники прибавки в масі.

5) Пояснити матері шкідливість годувати дитину примусово.

6) Необхідно надати поради матері щодо безпеки під час годування.

Поради матері щодо безпеки під час годування:

- Обов'язково вимити руки матері та дитини перед їдою.
- Використовувати чисту воду, чистий посуд для приготування та подачі їжі дитині.
- Треба завжди бути із дитиною, коли вона їсть, ніколи не залишати її саму.
- Не давати дитині твердих продуктів харчування у вигляді маленьких круглих предметів (виноград, горіхи, цукерки-льодяники, тощо).
- Уникати гострих предметів.
- Не примушувати дитину їсти.
- Їжа повинна бути остудженою до температури тіла (36-37°C).

Важливо пояснити матері, що кожна дитина має свою індивідуальну схему введення прикорму щодо темпів введення різних продуктів прикорму.

3.4. Харчування дитини у віці від 12 місяців до 3-х років

3.4.1. Загальні положення

Важливо в цей період сформувати у дитини принципи здорового харчування, які в послідуєчому будуть сприяти її здоровому розвитку та збереженню здоров'я. Процес формування навичок здорового харчування буде більш успішним, якщо харчування усієї сім'ї буде відповідати цим принципам.

Діти віком старше року можуть вживати їжу, яку їдять дорослі із сімейного столу. Рекомендоване число годувань для дитини складає не менше 5-ти разів на день – три основних та два додаткових прийоми.

Основні принципи здорового харчування дитини віком 1-3 роки:

–Продовжувати грудне вигодовування і на другому році життя.

–Раціон харчування дитини повинен бути різноманітний, щоденно повинен містити свіжі овочі та фрукти.

–Рекомендовано нежирні сорти м'яса, риби, печінка, яйця.

–Страви повинні бути м'якими, кашоподібної гомогенної консистенції у вигляді пюре, суфле, тефтельок, парових котлет, а фрукти та овочі дрібно порізані. З появою корінних зубів у дітей, їжа за консистенцією може бути такою, як у дорослих.

–До 2-х річного віку в раціоні харчування дитини молоко та молочні продукти повинні бути звичайної жирності (3,2% або 3,5%), а для дітей старше 2 років рекомендовані молоко та молочні продукти зі зниженим вмістом жиру. Використовують в раціоні кисломолочні продукти.

–Для профілактики йододефіцитних станів, при приготуванні їжі, слід використовувати йодовану сіль.

–Їжа повинна піддаватися ретельній кулінарній обробці і даватись дитині, не пізніше, ніж через 30 хвилин після приготування.

3.4.2. Консультування матері з харчування дитини від 12 місяців до 3 років

Надайте консультацію матері по можливому продовженню грудного вигодовування і на другому році життя дитини. Порекомендуйте щоденно включати в раціон харчування дитини різноманітні продукти: овочі, фрукти (переважно місцеві) та у свіжому вигляді. Використовувати в раціоні харчування нежирні сорти м'яса, птиці (без шкірки), риби, печінку. При недостатності в раціоні дитини м'ясних продуктів необхідно збагатити раціон бобовими (квасоля). Дитина повинна отримувати хліб, крупи, макаронні вироби, картоплю, молоко та кисломолочні продукти, яйця, олію та вершкове масло. Порекомендуйте матері при приготуванні їжі не зловживати сіллю, цукром, приправами та спеціями.

3.4.3. Штучне та змішане вигодовування

Оптимальним методом вигодовування дитини є грудне молоко. В деяких випадках, коли неможливо вигодування грудним молоком, дитина повинна отримувати повноцінне для свого віку харчування. В таких випадках дитина вигодовується адаптованою сумішшю. Батьки дитини повинні бути проінформовані у повному обсязі про ризик для здоров'я дитини, який існує у випадку вигодовування дитини сумішшю. Необхідно проконсультувати батьків, як безпечно приготувати суміш та правильно її зберігати (не використовувати суміш, якщо минуло понад 40 хвилин із моменту її приготування). Режим харчування при вигодовуванні сумішшю залишається вільним.

Введення продуктів та страв прикорму у дітей, які знаходяться на штучному вигодовуванні, адаптованими молочними сумішами, не відрізняється від аналогічних у дітей з грудним вигодовуванням.

При змішаному вигодовуванні догодовувати сумішшю необхідно з ложечки і тільки після прикладання дитини до обох грудей. Кількість молочної суміші у значній мірі залежить від маси тіла дитини. Необхідно пам'ятати, що кількість їжі, яка використовується на одне годування, не завжди однакова впродовж дня. Орієнтовний добовий об'єм їжі, якщо маса тіла малюка відповідає середній віковій нормі можна визначити за допомогою таблиці.

Таблиця 2

Орієнтовний добовий об'єм їжі для дитини віком до 12 місяців

Вік дитини	Добовий об'єм їжі, мл
Від народження до 10 дня	70-80 х день життя новонародженого
Від 10 днів до 2 місяців	1/5 маси тіла
Від 2 до 4 місяців	1/6 маси тіла
Від 4 до 6 місяців	1/7 маси тіла
Від 6 до 12 місяців	1/8 - 1/9 маси тіла

4. ФІЗИЧНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ

4.1. Загальні положення

Фізичний розвиток дитини Всесвітня організація охорони здоров'я визначає як сумарний індикатор стану здоров'я окремої дитини та популяції, а показники фізичного розвитку дітей раннього віку як критерій оцінки соціально-економічного розвитку окремого регіону, країни. Моніторинг фізичного розвитку дітей раннього віку ВООЗ вважає одним із найефективніших заходів, які здійснюються медичними працівниками. щодо зниження рівня смертності та захворюваності дітей раннього віку. Оцінка фізичного розвитку дитини віком до 3 років проводиться на підставі «Норм зросту», які розроблені ВООЗ в 2006 році і рекомендовані для використання замість нормативів, запропонованих раніше Національним центром статистики охорони здоров'я США та ВООЗ. «Норми зросту» ґрунтуються на результатах багатоцентрового дослідження показників

фізичного розвитку 8440 дітей від народження до 71 місяців у 6 країнах світу (Бразилії, Ганні, Індії, Норвегії, Омані та США) з 1997 по 2003 рік.

Критеріями для відбору дітей для розробки «норм зросту» були:

- 1) Відмова матері від тютюнопаління під час вагітності і в подальшому.
- 2) Виключно грудне вигодовування дитини щонайменше до 4 місяців життя та продовження грудного вигодовування щонайменше до 1 року.
- 3) Адекватний догляд за дитиною вдома та доступність до якісної медичної допомоги.

Завдяки критеріям відбору дітей для дослідження, в основі яких було забезпечення оптимальних умов для нормального фізичного розвитку кожної дитини, «Норми зросту» є науково обгрунтованим інструментом для оцінки діяльності системи охорони здоров'я і насамперед закладів первинної медико-санітарної допомоги та стандартом, якого повинні досягнути усі країни.

Ці стандарти базуються на доказовій медицині і свідчать про те, що за умови створення сприятливого середовища для дитини (забезпечення раціонального вигодовування і харчування, відмови матері від тютюнопаління, адекватного догляду вдома та доступності до якісної первинної медико-санітарної допомоги) діти раннього віку мають подібні моделі фізичного розвитку незалежно від країни проживання.

Норми (стандарти) фізичного розвитку дітей раннього віку, розроблені ВООЗ необхідно використовувати:

Медичним працівникам: як ефективний інструмент скринінгової оцінки фізичного розвитку дітей раннього віку для своєчасного виявлення відхилень від норми та захворювань, консультування батьків, призначення у разі потреби необхідного обстеження та лікування.

Організаторам охорони здоров'я: як інструмент для обгрунтування необхідності розробки державних та регіональних програм, спрямованих на реалізацію права дитини на нормальний фізичний розвиток, підтримку грудного вигодовування, забезпечення раціонального харчування, підвищення доступності та якості медичної допомоги дітям і матерям.

Батькам: як інструмент, який дозволяє сім'ї разом з медичними працівниками більш ефективно здійснювати моніторинг фізичного розвитку дитини, розуміти важливість і необхідність виконання рекомендацій стосовно вигодовування та харчування, своєчасно звертатися за медичною допомогою.

Ці норми є глобальними і рекомендовані ВООЗ, як міжнародний стандарт фізичного розвитку дитини раннього віку в усіх країнах незалежно від етнічної належності, соціально-економічного статусу та виду харчування.

4.2. Оцінка фізичного розвитку [A].

- Оцінка фізичного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному огляді дитини віком до 3 років [А]. Для цього медичною сестрою проводяться виміри довжини/зросту, маси тіла, обводу голови дитини (*Додаток 8 до Протоколу*) Результати вимірів заносяться до відповідних графіків. Це дає можливість побачити тенденцію фізичного розвитку дитини за період часу та виявити проблеми фізичного розвитку. У переважній більшості випадків відхилення від стандартних темпів збільшення маси тіла та довжини/зросту свідчать про порушення у стані здоров'я дитини та вимагають ретельного аналізу ситуації та відповідних заходів.

- **4.3. Графіки фізичного розвитку**

У кожної дитини повинен бути свій графік, за яким здійснюється оцінка фізичного розвитку та з врахуванням її результатів проводиться адекватне медичне спостереження.

Для дівчаток та хлопчиків графіки фізичного розвитку різні і для зручності можуть мати різні кольорові коди. Важливо використовувати графіки фізичного розвитку дитини для відповідної статі, оскільки хлопчики та дівчатка розвиваються по-різному.

На кожному графіку накреслені криві. Криві, на графіках фізичного розвитку дитини, допомагають в інтерпретації показників фізичного розвитку дитини (**рисунки 3,4**).

Лінія, позначена 0 на кожному графіку, є медіаною, яка представляє середнє значення. Інші лінії визначають стандартні відхилення, які вказують на віддаленість показника фізичного розвитку від стандарту.

Лінії стандартних відхилень (СВ) на графіках фізичного розвитку дитини мають позитивне (1, 2, 3) або негативне (-1, -2, -3) значення.

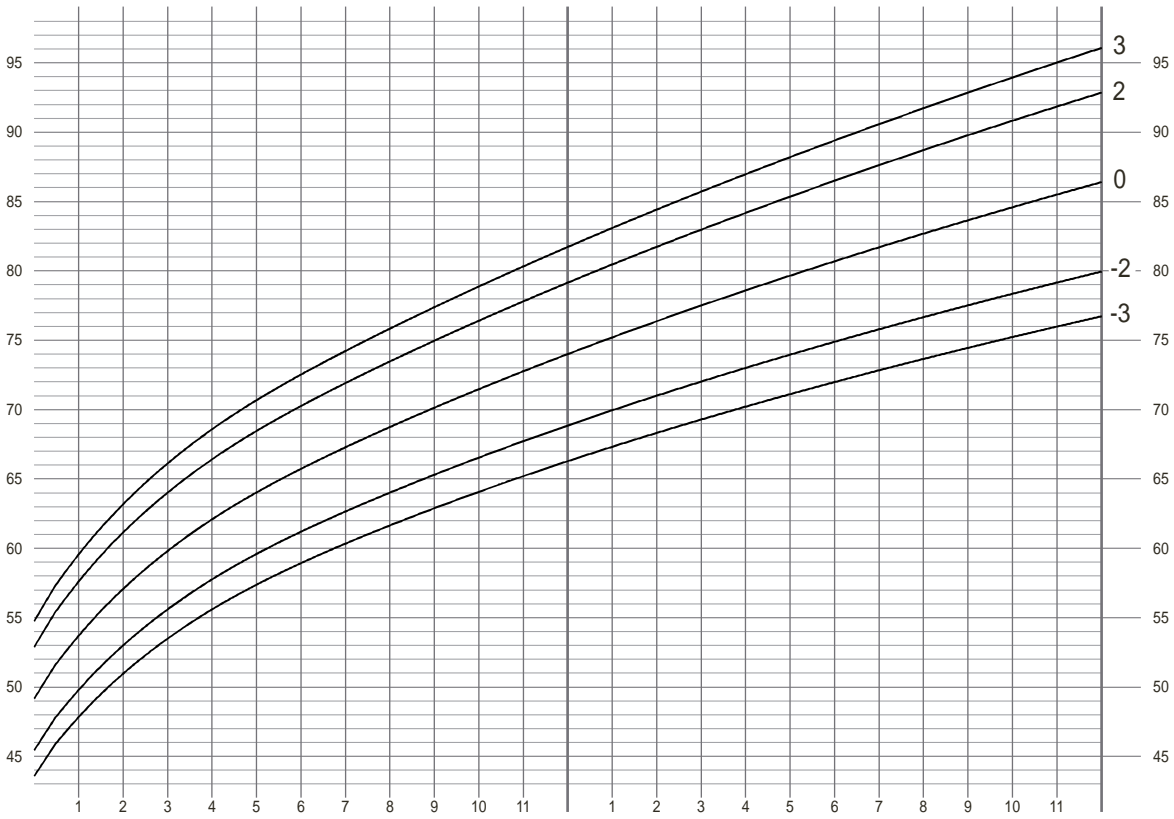


Рисунок 3: Приклад графіку фізичного розвитку «Довжина тіла (см) до віку, дівчатка»

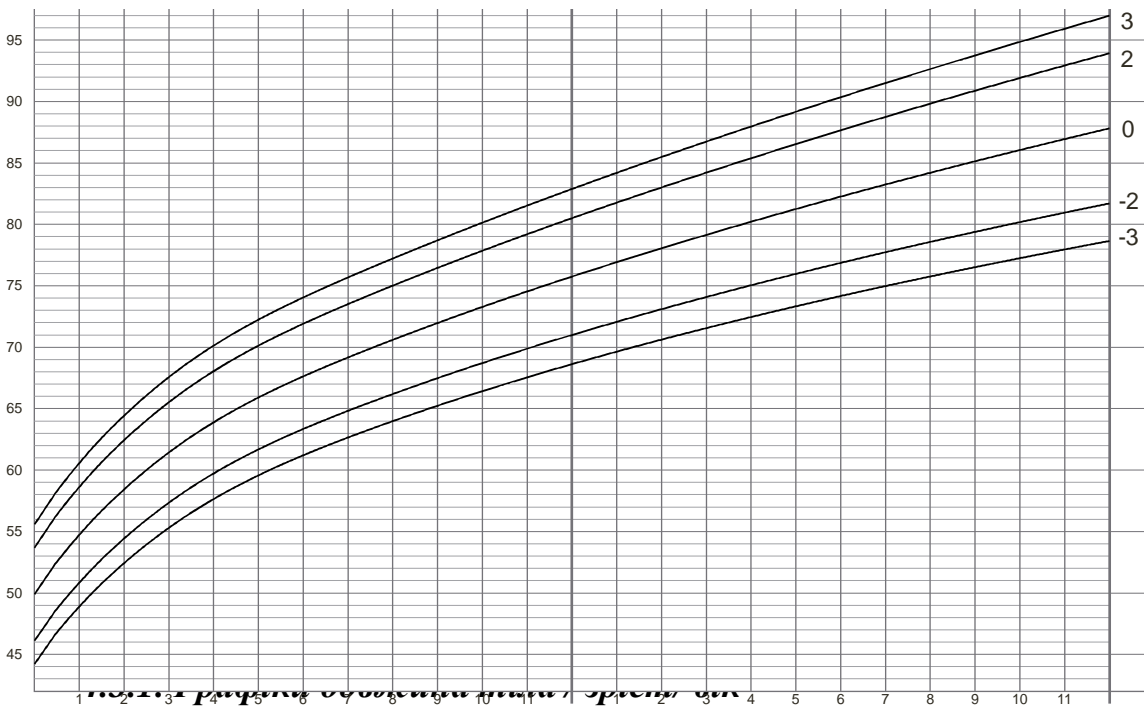


Рисунок 4: Приклад графіку фізичного розвитку «Довжина тіла (см) до віку, хлопчики»

В залежності від віку дитини вимірюється стандартний показник довжини чи зросту. Довжина тіла у горизонтальному положенні дитини (лежачи) вимірюється у дітей віком 0-2 років., зріст у вертикальному положенні дитини (стоячи) у дітей віком від 2-5 років. Значення показника довжини тіла / зросту для даного віку показує, якої довжини тіла/зросту набула дитина даного віку на момент огляду. Цей показник допомагає виявити дітей з затримкою зросту та надто високих для свого віку. Високий зріст рідко являє собою проблему, за винятком випадків ендокринних розладів.

На графіку, на горизонтальній осі відкладаються значення віку, а на вертикальній осі - значення довжини / зросту тіла в сантиметрах. Вік дитини визначається в повних тижнях від народження до 3 місяців; в повних місяцях – від 3 до 12 місяців; та в повних роках та місяцях – надалі.

Для того, щоб нанести значення довжини тіла / зросту для даного віку, слід:

1. На горизонтальній осі відкласти значення повних тижнів, місяців або років та місяців. Точки значення слід ставити на вертикальній лінії (а не між вертикальними лініями). Наприклад, якщо дитині 5,5 місяців, значення наносять на поділку 5 місяців (а не між 5 та 6 місяцями).

2. На вертикальній осі відкласти значення довжини тіла / зросту. Точки значення слід ставити на або між горизонтальними лініями. Наприклад, якщо довжина тіла дитини становить 60,5 см, нанесіть значення в клітинку між горизонтальними лініями.

3. Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів, необхідно з'єднати точки прямою лінією для того, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

4. Перевірте, чи правильно занесені точки до графіку, та, у разі необхідності, повторіть антропометричні виміри. Наприклад, довжина тіла дитини не повинна бути меншою, ніж значення довжини тіла при попередньому огляді. У цьому випадку, один з вимірів був здійснений неправильно. Тому необхідно чітко дотримуватись методики проведення антропометрії.

4.3.2. Графіки маса тіла/вік

Значення маси тіла для даного віку показує, якої маси тіла набрала дитина даного віку на момент огляду. Цей показник використовується для того, щоб визначити, чи має дитина недостатню або надто недостатню вагу, але не використовується для визначення надмірної ваги або ожиріння.

Для того, щоб нанести значення маси тіла для даного віку слід:

- V. На горизонтальній осі відкласти значення віку в повних тижнях, місяцях або роках та місяцях. Точки значення слід ставити на вертикальній лінії (але не

між вертикальними лініями).

VI. На вертикальній осі відкласти значення маси тіла. Точки значення слід ставити на горизонтальну лінію.

VII. Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів, з'єднати їх між собою прямою лінією, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

4.3.3. Графіки співвідношення маса тіла/довжина тіла / зріст/вік

Графік співвідношення маси тіла до довжини тіла / зросту (рисунки 5, 6), допомагає у виявленні дітей з дуже низькою масою тіла та дітей з високим співвідношенням маси до довжини тіла / зросту, що може свідчити про ризик розвитку надмірної ваги або ожиріння.

На цьому графіку, на горизонтальній осі відкладаються значення довжина тіла дитини або зріст в сантиметрах, а на вертикальній осі – маса в кілограмах.

Для того, щоб нанести на графік значення співвідношення маси тіла до довжини тіла / зросту слід:

- На горизонтальній осі відкласти значення довжини тіла або зросту. Точки значення слід ставити на вертикальній лінії. Необхідно заокруглити значення до найближчого цілого сантиметра.
- На вертикальній осі нанести значення маси. Точки значення ставити на або між горизонтальними лініями.
- Після нанесення показників співвідношення маси тіла до довжини тіла/зросту за два або більше оглядів, з'єднати точки прямою лінією, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

4.3.4. Графіки індекс маси тіла/вік

Індекс маси тіла (ІМТ) використовується для проведення скринінгу на надмірну вагу та ожиріння (рисунки 7,8). Як правило, графік ІМТ для даного віку показує результати, схожі з результатами графіку співвідношення маси до довжини тіла /зросту дитини. На цьому графіку на горизонтальній осі відкладаються значення віку в повних тижнях, місяцях, або роках та місяцях. На вертикальній осі відкладається ІМТ.

Індекс маси тіла визначається за формулою: значення маси тіла розділити на зріст в квадраті (кг/мІ). Показник зросту необхідно перевести в метри. Результат обчислень округлити до десятих.

Для того, щоб нанести на графік показник індексу маси тіла дитини для даного віку, слід:

- На горизонтальній осі відкласти значення віку в повних тижнях, місяцях або роках та місяцях. Точки значення слід ставити на вертикальній лінії (а не між вертикальними лініями).
- На вертикальній осі відкласти значення ІМТ. Точки значення слід

ставити на горизонтальну лінію або між лініями.

— Після нанесення точок за результатами двох або більше оглядів з'єднати їх прямою лінією, щоб побудувати криву та побачити динаміку.

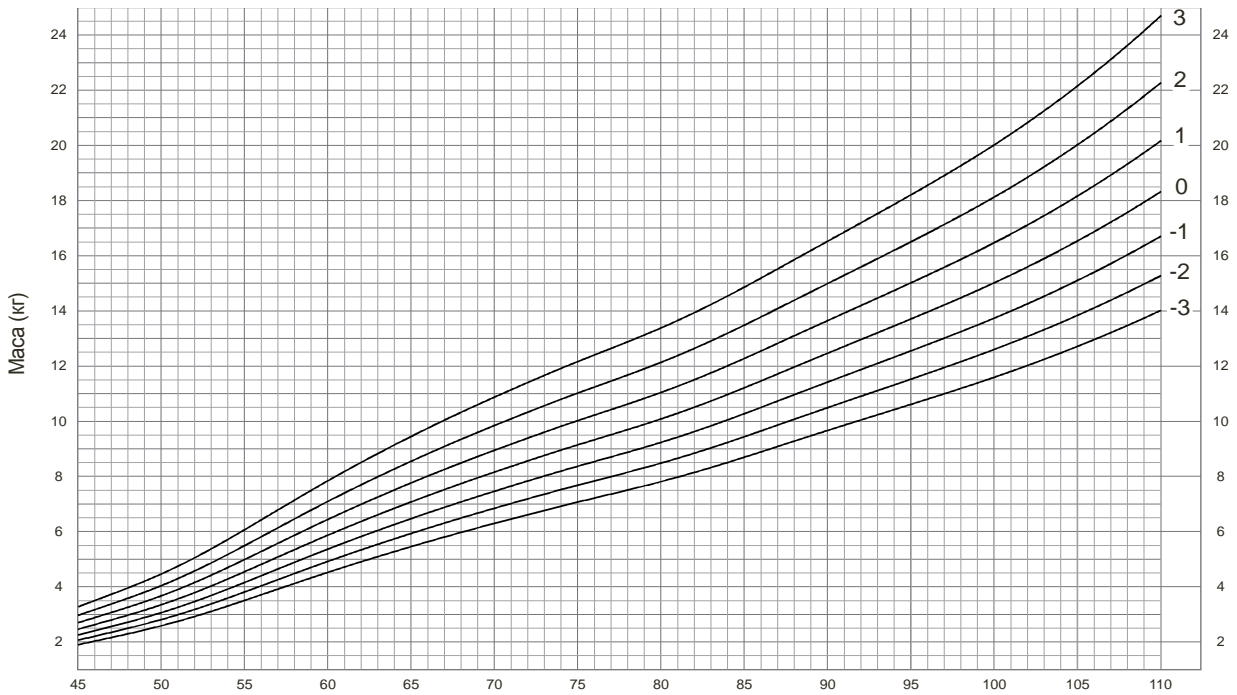


Рисунок 5: «Маса тіла (кг) до довжини тіла (см), дівчатка»

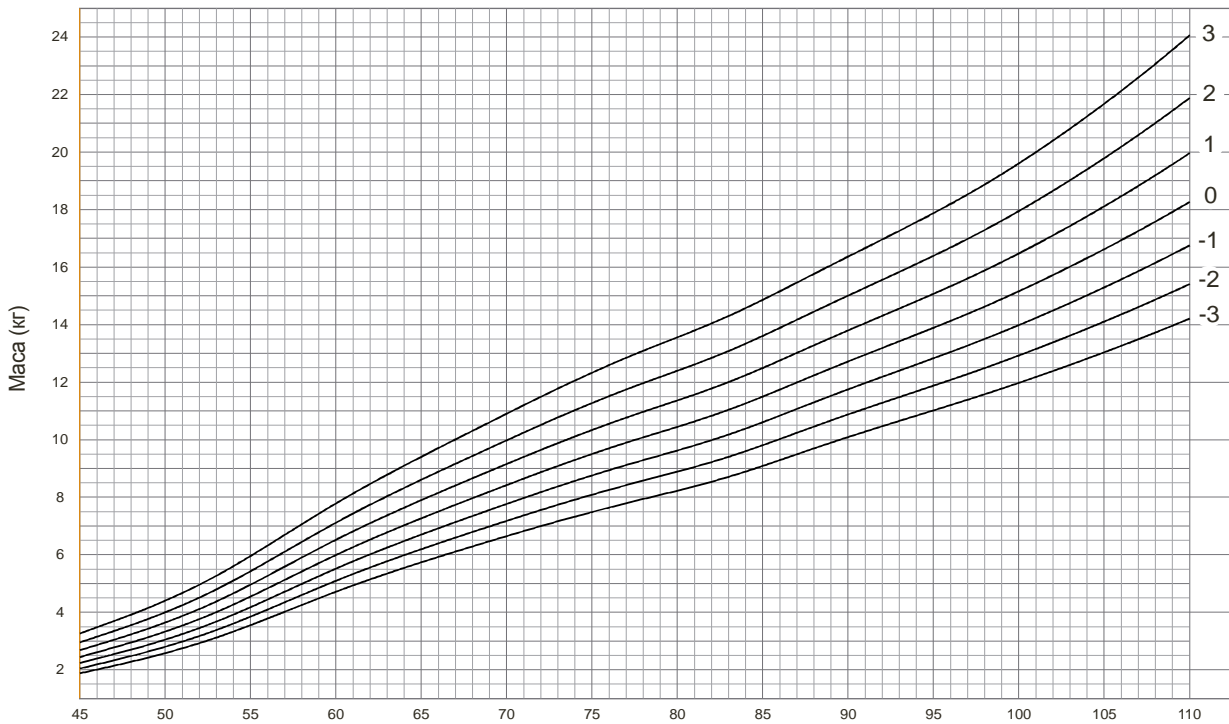


Рисунок 6: «Маса тіла (кг) до довжини тіла (см), хлопчики»

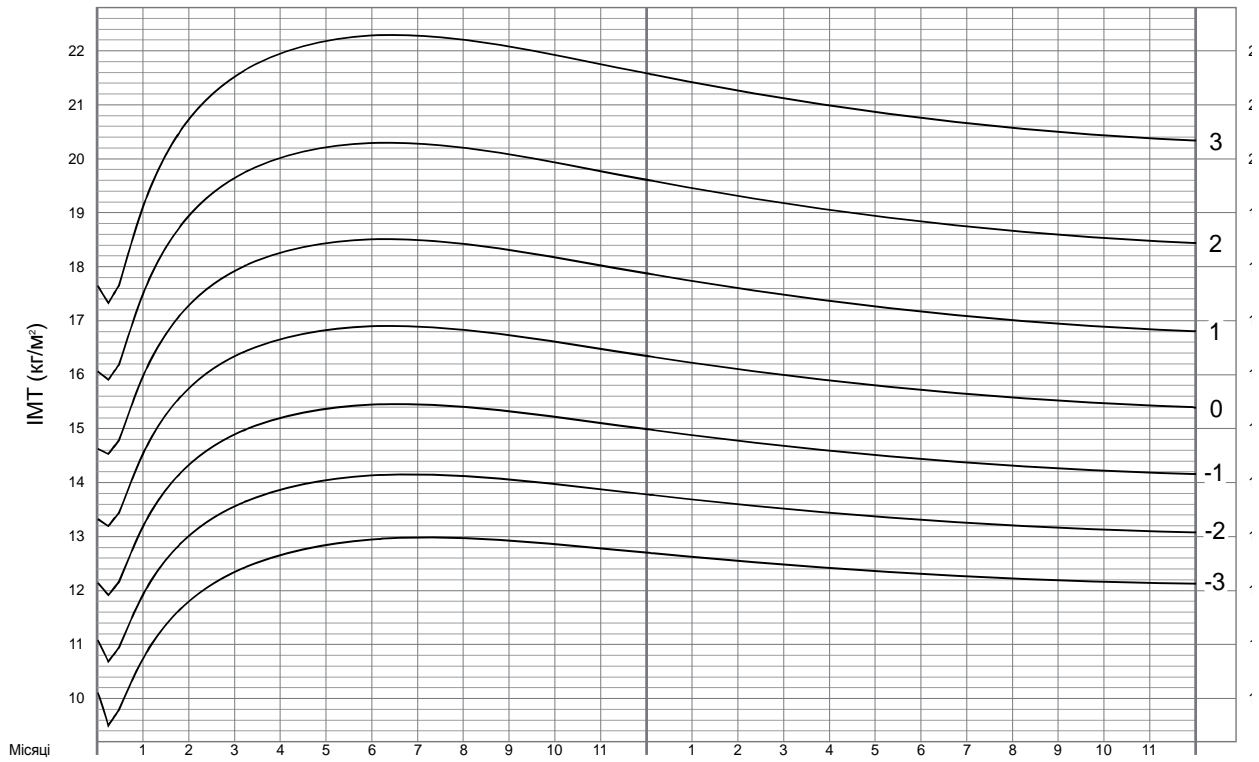


Рисунок 7: «Індекс маси тіла (кг/м²), дівчатка»

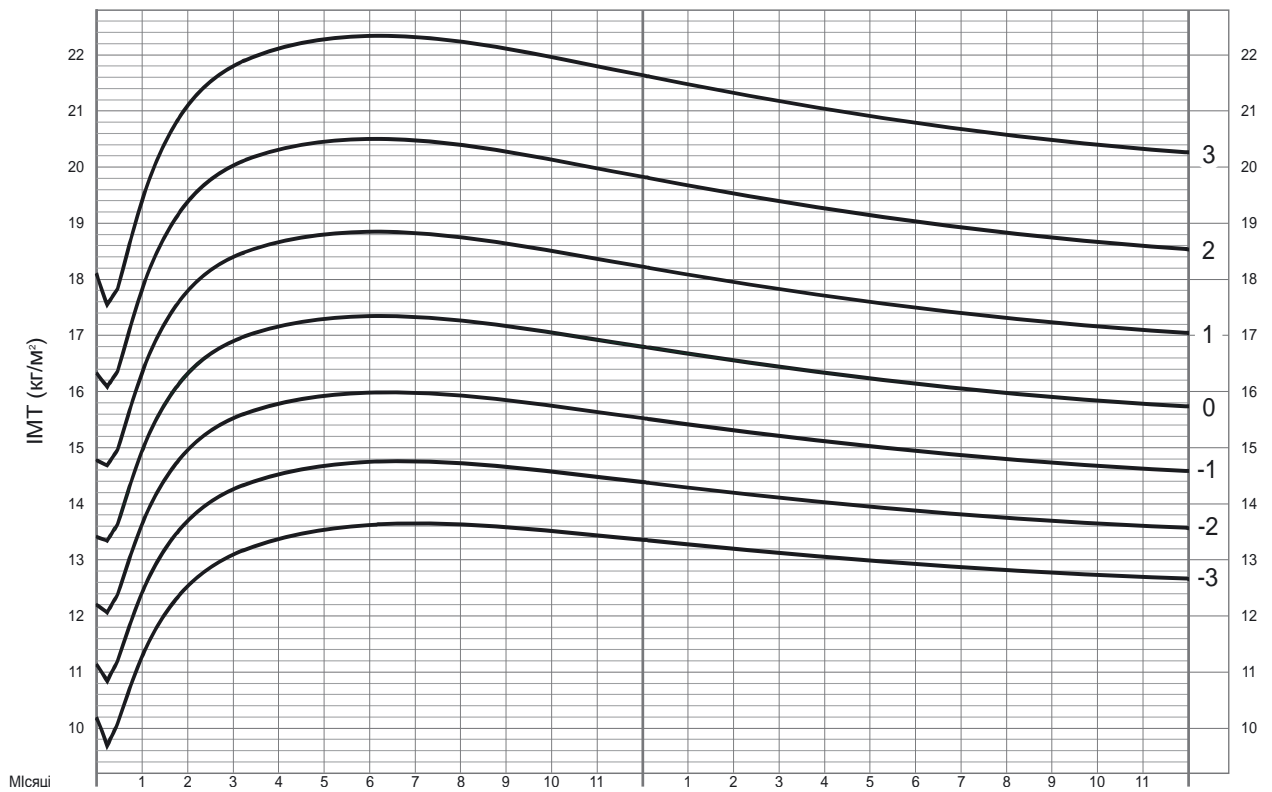


Рисунок 8: «Індекс маси тіла (кг/м²), хлопчики»

4.4. Інтерпретація показників фізичного розвитку

Інтерпретація показників фізичного розвитку залежить від того, де знаходиться показник фізичного розвитку на графіку.

Значення показників фізичного розвитку, що знаходяться вище або нижче ліній стандартного відхилення (СВ) інтерпретуються наступним чином:

1. Значення, що знаходяться між лініями стандартних відхилень «-2» та «-3», вважаються нижчими лінії стандартного відхилення «-2»
2. Значення, що знаходяться між лініями стандартних відхилень «2» та «3», вважаються вищими лінії стандартного відхилення «2».

Якщо, показник знаходиться безпосередньо на лінії стандартного відхилення, вважається, що це значення попадає в категорію меншої важкості. Наприклад, якщо показник маси для даного віку знаходиться на лінії «-3», вважається, що дитина має недостатню вагу, але не вкрай недостатню вагу.

Наступна таблиця надає зведену інформацію щодо визначення проблем фізичного розвитку з огляду на стандартне відхилення.

Необхідно порівняти показники, нанесені на графіки фізичного розвитку дитини, із лініями СВ, щоб визначити, де знаходиться показник фізичного розвитку по відношенню до ліній стандартного відхилення. Виміри, які попадають у зафарбовані клітинки, знаходяться в межах норми.

Таблиця 3

Інтерпретація стандартних відхилень показників фізичного розвитку

Стандартне відхилення	Показники фізичного розвитку			
	Довжина тіла / зріст для даного віку	Маса для даного віку	Співвідношення маси до довжини тіла / зросту	ІМТ для даного віку
Вище 3	Див. примітку 1	Див. примітку 2	Ожиріння	Ожиріння
Вище 2	Норма		Надмірна вага	Надмірна вага
Вище 1	Норма		Можливий ризик надмірної ваги (Див. примітку 3)	Можливий ризик надмірної ваги (Див. примітку 3)
0 (медіана)	Норма	Норма	Норма	Норма
Нижче -1	Норма	Норма	Норма	Норма
Нижче -2	Затримка зросту (Див. примітку 4)	Недостатня вага	Виснажена	Виснажена
Нижче -3	Надмірна затримка зросту (Див. примітку 4)	Надмірно недостатня вага	Дуже виснажена	Дуже виснажена

Примітки:

- 1. Дитина, показники зросту якої попадають в дану категорію, є дуже

високою. Високий зріст рідко являє собою проблему, за винятком тих випадків, коли він може вказувати на наявність ендокринного розладу (наприклад, пухлина, що виробляє гормони зросту). Якщо у вас виникає підозра на ендокринні розлади, у дитини її, слід направити на консультацію до спеціаліста (наприклад, якщо у дитини, надто високої для свого віку, батьки нормального зросту).

- 2. Дитина, чий показник маси для даного віку попадає в цю категорію, може мати проблему фізичного розвитку, але такі висновки краще робити на основі аналізу показників співвідношення маси до довжини тіла / зросту або ІМТ для даного віку.

- 3. Показник, який знаходиться вище лінії 1 стандартного відхилення, означає вірогідний ризик. Висхідна динаміка у напрямку лінії 2 стандартного відхилення вказує на наявність ризику.

- 4. Існує вірогідність того, що дитина з затримкою або сильною затримкою зросту матиме надмірну вагу.

Щоб зробити висновок про фізичний розвиток дитини треба оцінити всі графіки фізичного розвитку та результати спостереження за дитиною.

Попередня таблиця демонструє проблеми, які можна виявити, розглянувши лише один показник фізичного розвитку. Однак, дуже важливо взяти до уваги усі графіки фізичного розвитку дитини разом. Розгляд усіх графіків фізичного розвитку дитини разом допомагає визначити характер проблем фізичного розвитку. Також необхідно подивитися на динаміку показників за період спостереження за дитиною.

Наприклад, якщо дитина має недостатню масу тіла за графіком маси тіла для даного віку, слід також розглянути графік довжина тіла / зріст для даного віку та співвідношення маси до довжини / зросту тіла.

- Показник довжина тіла / зріст/ вік показує приріст зросту дитини. Затримка фізичного розвитку (показник довжина тіла /зріст для даного віку нижче лінії «-2» може свідчити, що протягом тривалого періоду часу дитина отримувала поживні речовини в кількості, недостатній для забезпечення нормального зросту дитини та/або що дитина часто хворіла. Дитина з затримкою фізичного розвитку може мати нормальні показники співвідношення маси тіла до довжини тіла /зросту, але мати низькі показники маси тіла для даного віку через невисокий зріст.

- Показник співвідношення маса тіла/довжина тіла/зріст нижчий лінії «-2» стандартного відхилення може свідчити про значне недоїдання дитини та/або захворювання, яке спричинило різку втрату маси.

- Показник індекс маси тіла для даного віку. ІМТ, як правило, не зростає з віком, на відміну від маси та зросту окремо. ІМТ дитини різко зростає, коли дитина швидко набирає масу по відношенню до зросту в перші шість місяців

життя. ІМТ знижується пізніше у віці до року і залишається стабільним від 2 до 5 років життя. Показник ІМТ для даного віку схожий з показником співвідношення маси до довжини тіла/зросту і використовується як скринінг на надмірну масу тіла та ожиріння. При інтерпретації ризику надмірної ваги варто прийняти до уваги вагу батьків дитини. Якщо у дитини один з батьків страждає на ожиріння, це збільшує ризик дитини набрати надмірну масу. Дитина, в якій один з батьків страждає на ожиріння, має 40% ризику розвитку надмірної ваги, тоді як у дитини, обоє батьків, якої страждають на ожиріння, ризик надмірної ваги зростає до 70%. Важливо розуміти, що надмірна маса та ожиріння можуть існувати паралельно із затримкою зросту.

4.4. Інтерпретація динаміки графіків фізичного розвитку дитини.

Для визначення динаміки фізичного розвитку дитини слід проаналізувати динаміку показників фізичного розвитку, які нанесені на графік за результатами декількох оглядів. Динаміка може вказувати на хороший та сталий фізичний розвиток дитини, або на те, що дитина має ризик виникнення проблем, і її слід оглянути повторно.

«В нормі» графік фізичного розвитку дитини буде проходити паралельно медіані (лінія, яка позначена 0 на кожному графіку) та лініям стандартних відхилень. Більшість дітей розвивається «за графіком», який проходить по лінії СВ або між ними та більш-менш паралельно медіані; графік може проходити під або над медіаною. При інтерпретації графіків фізичного розвитку дитини слід пам'ятати про наступні **ситуації, які можуть вказувати на проблему або наявність ризику:**

- Крива фізичного розвитку дитини перетинає лінію стандартного відхилення
- У графіку фізичного розвитку дитини спостерігається різкий підйом або зниження.
- Відсутність позитивної динаміки графіку фізичного розвитку дитини (маса або зріст дитини не збільшується).

Оцінка вищезазначених випадків залежить від того, коли почалися зміни у динаміці кривих фізичного розвитку дитини та який їх напрямок. Наприклад, якщо дитина хворіла та втратила масу, швидкий приріст маси (демонструється різким підйомом на графіку) може бути позитивною ознакою того, що дитина «наздогнала в розвитку». **Важливо проаналізувати ситуацію в цілому при інтерпретації динаміки графіків фізичного розвитку дитини.**

4.5.1. Перетинання лінії стандартного відхилення

Перетинання кривою фізичного розвитку дитини лінії стандартного відхилення вказує на потенційний ризик. Інтерпретація ризику базується на тому,

де саме, по відношенню до медіани, почалися зміни, динаміка цих змін, з обов'язковим урахуванням анамнезу:

1. Якщо крива фізичного розвитку дитини перетинає лінію стандартного відхилення, це означає, що у розвитку дитини відбулися значні зміни.
2. Якщо крива фізичного розвитку набула напрямку до медіани, це означає, що зміни, мають позитивну тенденцію.
3. Якщо крива фізичного розвитку набула напрямку від медіани, це є свідченням ризику або проблеми.
4. Якщо крива фізичного розвитку дитини проходить поряд з медіаною, час від часу її перетинаючи, це нормально.
5. Якщо крива фізичного розвитку зростає або падає, перетинаючи при цьому лінію стандартного відхилення, слід провести аналіз, так як, ця тенденція може бути свідченням проблеми. Наприклад: при вчасному виявленні тенденції до надмірної або недостатньої маси можливе раннє втручання з метою корекції та попередження проблеми.

4.5.2. Різке зростання або зниження кривої фізичного розвитку дитини

Будь-який різкий підйом або зниження кривої фізичного розвитку дитини вимагає уваги. Якщо дитина хворіла або недостатньо харчувалась, під час періоду відновлення нормального харчування очікується різкий підйом кривої, оскільки дитина «наздоганяє» у розвитку. В іншому випадку різкий підйом кривої фізичного розвитку свідчить про зміну характеру харчування дитини, яке призвело до надмірної маси.

- 1) Якщо дитина швидко набрала масу, слід оцінити її довжину / зріст.
- 2) Якщо збільшилась лише маса дитини, це свідчить про наявність проблеми.
- 3) Якщо маса та зріст дитини збільшилися пропорційно, це означає, що дитина «наздоганяє у розвитку» завдяки покращенню харчування або дитина одужала після захворювання. В такій ситуації повинен відбутися підйом кривої показників маси для
- 4) даного віку та кривої довжини тіла/зросту для даного віку, в той час як графік співвідношення маси до довжини тіла зросту матиме сталу динаміку паралельно лінії стандартного відхилення.
- 5) Різке зниження кривих фізичного розвитку здорової дитини або дитини, що недоїдала, свідчить про проблему розвитку, яка вимагає втручання та лікування.
- 6) Якщо у дитини надмірна маса, різкі зниження кривої маси тіла не є нормальним. Не повинно бути різких падінь у графіку фізичного розвитку, оскільки різка втрата надто великої кількості ваги не є бажаною. Дитина з надмірною вагою повинна утримувати свою вагу, збільшуючи зріст.

4.5.3. Відсутність динаміки кривої фізичного розвитку

Відсутність динаміки кривої фізичного розвитку (стагнація), як правило, вказує на проблему:

- 1) Якщо маса дитини залишається незмінною протягом певного періоду часу, в той час як зріст дитини збільшується, у дитини швидше всього є порушення.
- 2) Якщо зріст дитини залишається незмінним протягом певного періоду часу, це означає, що дитина не росте. Винятком є ситуації, коли дитина з надмірною вагою або ожирінням утримує свою вагу протягом певного періоду часу, досягаючи більш здорового співвідношення маси до зросту або індексу маси тіла для даного віку.
- 3) Якщо дитина з надмірною вагою з часом втрачає масу, і втрата маси помірна, зріст дитини повинен продовжувати збільшуватись. Однак, якщо зріст дитини з часом не збільшується, це вказує на порушення у такому випадку крива зросту до даного віку не буде мати позитивної динаміки. Цю проблему наявно продемонструє відсутність позитивної динаміки графіку зросту для даного віку.
- 4) Що стосується дітей у вікових групах, у яких відбувається швидкий скачок зросту, який демонструється на графіку крутими кривими підйому (наприклад протягом перших шести місяців життя), стагнація розвитку навіть протягом одного місяця свідчить про потенційну проблему.

•4.6. Тактика при виявленні відхилень у фізичному розвитку дитини.

•Необхідно встановити причину відхилення у фізичному розвитку:

- 1) виключити стани, загрозливі для життя дитини;
- 2) провести оцінку харчування;
- 3) провести обстеження, при необхідності з залученням лікарів-спеціалістів (лікаря-ендокринолога дитячого, генетика, лікаря-невролога дитячого, інших за показаннями).

Відхилення у фізичному розвитку потребують консультацій лікарів-спеціалістів та повинні враховуватись при встановленні клінічного діагнозу. У будь-якому випадку оцінка та інтерпретація показників фізичного розвитку дитини обов'язково здійснюється в динаміці.

5. ПСИХОМОТОРНИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ

5.1. Загальні положення

Психомоторний розвиток дитини відображає становлення різних відділів нервової системи дитини у певні періоди життя. **Оцінка психомоторного розвитку дитини проводиться при кожному профілактичному огляді [В]** з використанням таблиці, в якій визначено вікові особливості психомоторного розвитку дитини.

Оцінка психомоторного розвитку дитини здійснюється за наступниками критеріями:

- 1) моторика - цілеспрямована маніпулятивна діяльність дитини;
- 2) статика - фіксація та утримання певних частин тулуба в необхідному положенні;
- 3) сенсорні реакції - формування відповідних реакцій на світло, звук, біль, дотик;
- 4) мова - експресивне мовлення та розуміння мови;
- 5) психічний розвиток - позитивні та негативні емоції, становлення соціального віку.

• **5.2. Оцінка психомоторного розвитку дитини**

Оцінка психомоторного розвитку дитини проводиться за критеріями, визначеними у таблиці. При проведенні оцінки психомоторного розвитку дитини необхідно враховувати, що результати огляду залежать від ряду факторів, таких як настрій дитини, ступінь комфорту дитини, оточення, в якому проводиться огляд та інше. Щоб переконатись у відсутності функції або її зниженні, необхідно провести повторний огляд.

За результатами оцінки психомоторного розвитку дитини визначається тактика подальшого медичного спостереження. Якщо дитина виконує всі дії, притаманні для її віку, необхідно провести консультування по догляду з метою розвитку. Якщо дитина не може виконати запропоновані дії або є затримка в появі навичок, необхідно навчити матір, як проводити заняття з дитиною з метою розвитку та як використовувати додаткові стимули для розвитку навичок, які відстають.

Інтенсивність розвитку та змін у динаміці рухової, психічної, сенсорної сфер найбільше виражені на першому році життя, що вимагає регулярного медичного спостереження дитини.

Важливо знати, що не усі діти мають однакові темпи розвитку за усіма критеріями психомоторного розвитку. Вперше виявлене відставання появи певних навиків на першому році життя на 1 місяць, на другому на 3 місяці, на третьому на 6 місяців не є причиною для встановлення діагноз та консультації лікаря-невролога дитячого..

У цьому випадку необхідно провести консультування матері по догляду з

метою розвитку та призначити огляд дитини в динаміці з повторною оцінкою психомоторного розвитку. Термін повторного огляду визначає лікар. При відсутності позитивної динаміки при повторній оцінці психомоторного огляду призначається обстеження дитини, яке включає консультацію лікаря-невролога дитячого.

Таблиця 4

Тактика лікаря відповідно до результатів оцінки психомоторного розвитку дитини

Результати оцінки	Тактика
Показники психомоторного розвитку відповідають віку дитини	Подальше спостереження. Консультування по догляду з метою розвитку.
Виявлено відставання появи навиків у дитини на 1 місяць на першому році життя	Консультування по догляду з метою розвитку та проведення корекційних занять. Повторний огляд через 1 місяць Якщо виявлене відставання зберігається при повторному огляді через 1 місяць, необхідна консультація лікаря-невролога дитячого
Відставання появи навиків на 3 місяці у дітей віком від 1 року до 2-х років	Консультування по догляду з метою розвитку та проведення корекційних занять. Повторний огляд через 1- 3 місяці. Якщо виявлене відставання зберігається, необхідна консультація лікаря-невролога дитячого.
Відставання появи навиків на 6 місяців у дітей віком від 2 років до 3-х років	Консультування по догляду з метою розвитку. Повторний огляд через 2- 6 місяців. Якщо виявлене відставання зберігається, необхідна консультація лікаря-невролога дитячого.

Примітка: Термін повторного огляду визначається лікарем індивідуально.

5.3. Консультування матері та сім'ї з метою розвитку дитини

Після проведення оцінки психомоторного розвитку необхідно проконсультувати та навчити матір та сім'ю догляду з метою розвитку дитини. Для цього необхідно з таблиць 5, 6, 7 вибрати рекомендації для тієї вікової групи, до якої відноситься дитина і провести консультування. Обов'язково необхідно пояснити матері важливість здійснення догляду з метою розвитку.

Важливо навчити матір спілкуванню з дитиною, показати, як можна привернути увагу дитини, як реагувати на її успіхи та досягнення. Слід рекомендувати матері розмовляти з дитиною, співати, обнімати, тримати дитину близько біля себе.

Під час консультування важливо розказати матері, як дитина може реагувати на звуки та дотик. Поясніть матері, якщо дитина у відповідь на її звернення усміхається, таким чином вона спілкується. Якщо дитина жестикулює або гулить, важливо, щоб мати повторювала ці дії, тим самим стимулюючи дитину до нових набутків.

Під час консультування необхідно продемонструвати як потрібно грати з дитиною. Важливо похвалити матір за добру практику по догляду з метою розвитку дитини. Після цього закріпити рекомендації з гри та спілкування, попросивши матір продемонструвати, як вона буде гратись з дитиною.

Якщо дитина перейшла в іншу вікову групу, необхідно обговорити з матір'ю рекомендації для іншої вікової групи.

Якщо мати відчуває, що в неї недостатньо часу, щоб забезпечувати догляд з метою розвитку, необхідно порекомендувати їй поєднувати цей догляд з іншим доглядом (годування, купання, одягання). Якщо в матері немає іграшок для дитини, можливо використовувати в якості іграшок безпечні для дитини предмети домашнього вжитку.

Якщо дитина не може виконати запропоновані дії, або є затримка в появі навичок, необхідно порекомендувати та показати матері, як проводити заняття з дитиною з метою розвитку та як використовувати додаткові стимули по розвитку навичок, які відстають.

Методичні посібники для проведення догляду за дитиною віком до 6 місяців з метою розвитку: дзвіночки (із різного матеріалу), колотунчики (зручні для відпрацювання навичку захвату предмету), звукові іграшки, музикальні іграшки, металеві чашки, дерев'яні ложки, яскраві контрастні іграшки.

Таблиця 5

Заняття по догляду з метою розвитку дитини віком до 6 місяців

Функції	Дії матері
<i>Крупна моторика</i>	Розвивати загальну рухову активність дитини, стимулювати виконання наступних дій: підтримувати спроби дитини змінити положення тіла, викладати дитину на живіт, перевертати із спини на живіт.
<i>Дрібна моторика</i>	Проводити масаж пальців рук. Розвивати наступні навички у дитини: пропонувати дитині іграшку, щоб вона старалася тягнутися до неї та утримувати її, вчити

Функції	Дії матері
	перекладати предмети із однієї руки в другу. Запропонувати дитині дерев'яні ложки і показати, як можна ними стукати.
Зорове сприйняття	Для стимуляції зорового сприйняття дитині необхідно пропонувати яскраві предмети, контрастні прості фігури, щоб вона могла тягнутися за ними і розглядати їх. Запропонуйте матері дивитися дитині в очі, намагатися зловити погляд дитини, усміхатися і розмовляти з нею.
Слухове сприйняття	Для стимуляції слухового сприйняття необхідно, якомога більше розмовляти з дитиною, використовуючи різні інтонації, кликати по імені, спонукаючи до відповідної голосової реакції, пропонувати слухати різні звукові іграшки (колотунчики, дзвіночки тощо). Дитині подобається подавати різні звуки, сміятися, дитина імітує звуки, які чує, тому важливо «воркувати» з дитиною, копіювати звуки дитини. Виконуючи звичні дії з дитиною, обов'язково називати їх, наприклад: «будемо їсти», «дай ручку», артикуляція повинна бути виразною.
Імпресивна та експресивна мова	Для стимулювання цього навичку необхідно називати дитину по імені, називати предмети, до яких вона проявляє цікавість, імена людей. Мати повинна реагувати на спроби дитини говорити, виконуючи дії в побуті, коментувати їх словами.
Інтелектуальний розвиток	Для розвитку інтелекту важливо сприяти формуванню цілеспрямованих дій. Годувати, купати, гуляти з дитиною в певні години, продумати ритуал підготовки до сну для того, щоб виробити у дитини здатність встановлювати прості причинно-наслідкові зв'язки. Дитина починає встановлювати найпростіший зв'язок між своїми діями і їх результатом (наприклад, якщо плакати, то візьмуть на руки).
Гра	Необхідно гратися з дитиною. Можна пропонувати в якості іграшок чисті та безпечні предмети домашнього вжитку, щоб дитина могла тримати їх в руці, гриміти ними, кидати їх. Підвішувати іграшки, картинки із зображенням квадратів, кілець на віддалі 45 – 50 см від очей дитини.

Функції	Дії матері
<i>Емоцій, соціальна поведінка</i>	Для встановлення емоційного, тактильного контакту з дитиною необхідно якомога частіше брати дитину на руки, погладжувати та лагідно розмовляти з нею.

Таблиця 6**Заняття по догляду з метою розвитку дитини від 6 місяців до 1 року:**

Функції	Дії матері
<i>Крупна моторика</i>	Розвивати загальну рухову активність дитини. Підтримувати дитину, коли вона намагається сидіти, вставати на ніжки, ходити.
<i>Дрібна моторика</i>	Пропонувати дитині іграшки, маленькі предмети для розвитку тонкої моторики. Наприклад, навчати дитину знімати із стержня пірамідки декілька кілець і нанизувати кільця на стержень пірамідки, опускати дрібні предмети у вузький отвір. Стискати пальчики в кулачок і розтискати їх, грати «дай-дай», «сорока ворона кашку варила», показувати «до побачення».
<i>Зорове сприйняття</i>	Пропонувати знайти заховану в присутності дитини іграшку, запитувати де мама, показувати дитині іграшки та фотографії з чіткими контурами, дрібні предмети, словесно називати їх («му-му», «гав-гав», тощо).
<i>Слухове сприйняття</i>	Необхідно розмовляти з дитиною, стимулювати малюка повторювати інтонацію мови дорослого, відтворювати нові почуті звуки, робити танцювальні рухи під веселу ритмічну музику.
<i>Імпресивна та експресивна мова</i>	Стимулювати здібності дитини: за проханням показувати частини обличчя ляльки чи дорослого, впізнавати предмети на картинках. Вчити дитину повторювати нові склади, повторюючи дорослого, називати людей та предмети складами.
<i>Інтелектуальний розвиток</i>	Стимулювати пізнавальну активність, розвивати навички: шукати іграшку, сховану у присутності дитини (дорослий накриває іграшку рушником або коробочкою, і просить дитину її знайти). Пізнавати значення коротких фраз: «Де м'ячик?», «Покажи носик» тощо. Навчати виконувати наступні дії: «Помахай ручкою», «Дай ручку» тощо.

Функції	Дії матері
Гра	Знімати із стержня пірамідки декілька кілець, нанизувати кільця на стержень пірамідки, ставити кубик на кубик.
Самообслуговування	Формувати навички їсти густу їжу з ложки.
Емоції, соціальна поведінка	Стимулювати розвиток у дитини наступних навичок: махати рукою на прощання, за проханням обнімати батьків. В тому випадку, коли спостереження за дитиною дозволяють думати про затримку розвитку емоційно-комунікативної сфери, можливе проведення холдинг-терапії: мати бере свою дитину на руки, тісно притискає до себе, при цьому мати повинна мати можливість дивитись дитині прямо в очі. Не послаблюючи обіймів, мати говорить про свої почуття та свою любов. Необхідно спонукати дитину до наслідування дій дорослого.

Методичні посібники для проведення догляду за дитиною віком від 6 місяців до 1 року з метою розвитку: картонні книжки, лялька, пірамідка з великими та дрібними кільцями, фігурки тварин, м'які іграшки, машинка середніх розмірів з шнурочком, іграшковий металлофон, іграшковий телефон, коробочки різних розмірів, кольорів та форм з покриттями, дрібні предмети, відерце, набір пластмасового посуду.

Таблиця 7

Заняття по догляду з метою розвитку дитини від 1-го року до 3-х років:

Функції	Дії матері
Крупна моторика	Розвивати загальну рухову активність дитини: стимулювати дитину до виконання наступних дій: вставати з підлоги, ходити самостійно, із положення стоячи присідати і гратися в цій позі.
Дрібна моторика	Навчати дитину таким навичкам: роз'єднувати предмети, малювати каракулі, під контролем дорослих відкручувати маленькі гвинтові кришки, розгортати загорнуті в папір предмети, ставити кубики один на одного, перегортати по одній сторінці книжки, опускати дрібні предмети в маленькі отвори, нанизувати на шнурок велике намисто, переливати рідину із однієї ємності в іншу. Складати папір пополам, розкатувати пластилін, різати папір ножицями.
Зорове сприйняття	Стимулювати у дитини навички: обходити високі предмети (наприклад, стілець), впізнавати на фотографії себе,

Функції	Дії матері
я	знайомого дорослого, показувати декілька названих предметів на картинці, запам'ятовувати, де лежать іграшки. Підбирати предмети до малюнку, знати 2–4 основні кольори, впізнавати предмети за малюнком його характерної частини. Впізнавати свої речі, одяг, підбирати парні картинки чи іграшки.
Слухове сприйняття я	Стимулювати наступні навички: рухатися під звуки музики, відтворювати інтонації мови дорослих, співати, повторювати короткі слова, почуті при розмові дорослих, підбирати за назвою одну картинку із декількох. Вивчати короткі вірші, вставляти в них окремі слова. Гратися з дорослими в «голоси тварин», звуконаслідування: «гав-гав», «мяу» тощо.
Імпресивна та експресивна мова	Навчати дитину виконувати наступні дії: рухами голови показувати згоду чи незгоду, стверджувати чи заперечувати; використовуючи звуки, жести, окремі слова, щоб виразити свої побажання, повторювати у грі з лялькою знайомі дії (годувати з ложечки, вкладати спати). Стимулювати мовну активність, спонукати дитину повторювати фрази за дорослими, самостійно складати прості та складні речення.
Інтелектуальний розвиток	Навчати встановлювати причинно-наслідковий зв'язок на прикладі багаторазово виконуваних спільних дій, розвивати конструктивний та вербальний інтелект. Вчити дитину використовувати допоміжні засоби для досягнення своєї мети, наприклад, витягувати за шнурочок захований предмет, будувати вежу із кубиків, складати розрізаний на дві частини малюнок, знаходити той із малюнків, на який показує дорослий
Гра	Навчати у грі відтворювати засвоєні дії з предметами, використовуючи іграшки («годувати» та «купати» ляльку). У грі виступати в ролі другої людини – члена сім'ї, представника будь-якої професії, персонажу казки (сюжетно-рольова гра), сумісна сюжетна гра з іншою дитиною. Вчити дитину навичкам: збирати різні пірамідки, складати із кубиків «паровозик» та «місток» за зразком.
Самообслуговування	Розвивати здібності: самостійно тримати чашку, із якої п'є, жувати тверду їжу, зачерпувати ложкою їжу із тарілки, їсти та пити самостійно, використовуючи ложку та чашку, знімати шкарпетки, черевики, куртку, штанці, просовувати руки в

Функції	Дії матері
	рукава, а ноги в штанці, з допомогою мити та витирати руки, чистити зуби.
Емоції, соціальна поведінка	Забезпечити дитину можливостями в процесі спілкування із дорослими навчитися проявляти співпереживання, втіху, допомагати в простій роботі за інструкцією.

Методичні посібники для проведення догляду за дитиною віком від 1 року до 3 років з метою розвитку: олівці, фломастери, набори кубиків для конструювання (різні за кольором та величиною); набори форм, які вставляються один в одного; м'які ляльки та іграшки, книжки з малюнками і короткими віршами для дітей; «поштовий ящик», матрешки, іграшки, які складаються із двох-трьох частин; іграшки - моделі людей та тварин; парні малюнки, лото, набір для нанизування та шнурування, пластилін, «пазли» для складання цілого із частин, розрізані малюнки із 2-3 частин, хрестоматія для дітей від 2 до 4 років, фігурки тварин з малюнками, іграшковий транспорт, ляльки для театру.

Додаток 2 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років:

Таблиця 7

Календарний план проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років:

№	Вік дитини	Проводить	Місце проведення
1.	Не пізніше, ніж на другий день після виписки із пологового будинку (стаціонару)	лікар	вдома
2.	Через день після огляду лікарем	медсестра	вдома
3.	2 тижні	лікар	вдома
4.	3 тижні	медсестра	вдома
5.	1 місяць	лікар	В амбулаторних умовах
6.	2 місяці	лікар	В амбулаторних умовах
7.	3 місяці	лікар	В амбулаторних умовах
8.	4 місяці	лікар	В амбулаторних умовах
9.	5 місяців	лікар	В амбулаторних умовах
10.	6 місяців	лікар	В амбулаторних умовах
11.	7 місяців	медсестра	В амбулаторних умовах
12.	8 місяців	медсестра	В амбулаторних умовах
13.	9 місяців	лікар	В амбулаторних умовах

№	Вік дитини	Проводить	Місце проведення
14.	10 місяців	медсестра	В амбулаторних умовах
15.	11 місяців	медсестра	В амбулаторних умовах
16.	12 місяців	лікар	В амбулаторних умовах
17.	18 місяців	лікар	В амбулаторних умовах
18.	24 місяці	лікар	В амбулаторних умовах
19.	36 місяців	лікар	В амбулаторних умовах

Додаток 3 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років:

Таблиця 8

Основні завдання обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років відповідно до особливостей розвитку кожного вікового періоду:

Первинний огляд дитини лікарем вдома після виписки дитини із родопомічного закладу	
Мета	Отримання первинної інформації про дитину та сім'ю, оцінка стану її здоров'я з наступним консультуванням.
Основні завдання	<p>1.З'ясувати: акушерський анамнез (перебіг вагітності та пологів), уточнити інформацію про проведення в родопомічному закладі профілактичних щеплень та скринінгових обстежень на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз, наявність спадкових захворювань, цукрового діабету, соціально небезпечних хвороб (ВІЛ/СНІД, туберкульоз та інші) у сім'ї, шкідливих звичок у батьків, особливу увагу звернути на тютюнопаління матері під час вагітності та обох батьків після народження дитини. Зібрати алергологічний анамнез. Звернути увагу на соціальний стан сім'ї та наявність ознак щодо належності до сімей, які опинилися в складних життєвих умовах з метою визначення групи ризику за соціальними факторами та розробкою індивідуального плану медичного спостереження та інформування служби у справах дітей для здійснення соціального супроводу сім'ї.</p> <p>2.Здійснити огляд по органам і системам, оцінити стан здоров'я дитини, особливу увагу звернути на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • наявність вроджених аномалій, стигм

Первинний огляд дитини лікарем вдома після виписки дитини із родопомічного закладу	
	<p><i>дисембріогенезу;</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>виділення із очей;</i> • <i>стан шкіри та слизових (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу);</i> • <i>оцінку реакції на звук та на світло;</i> • <i>оцінку пальпацію пульсу на стегнових артеріях;</i> • <i>оцінку м'язового тону та спонтанної рухової активності;</i> • <i>рефлекси новонародженого;</i> • <i>стан пупкової ранки, пуповинного залишку (пупкове кільце);</i> • <i>температуру тіла новонародженого;</i> • <i>оцінку кульшових суглобів на наявність вродженого вивиху, дисплазії [В];</i> <p><i>- звернути особливу увагу на наявність яєчок в калитці</i></p> <p>3. Оцінити вигодовування, правильність прикладання до грудей, ефективність, безпеку</p>
Цільове консультування	<p>1. Виключно грудне вигодовування.</p> <p>2. Основи догляду за новонародженим:</p> <ul style="list-style-type: none"> — емоційний контакт сім'ї з дитиною; — дотримання теплового режиму з метою попередження гіпотермії новонародженого; — догляд за пупковою ранкою, пуповинним залишком; — інші питання гігієни. <p>3. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.</p> <p>4. Профілактика рахіту.</p> <p>5. Батькам необхідно надати інформацію про графік роботи лікаря (фельдшера), медичної сестри, закладу охорони здоров'я, телефони невідкладної та швидкої допомоги.</p>

Повторний огляд лікарем вдома у віці дитини 2 тижні здійснюється з метою оцінки стану здоров'я дитини, оцінки вигодовування, оцінки фізичного розвитку та консультування матері з вигодовування та догляду.

Огляди дитини в періоді новонародженості медсестрою вдома	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, контроль виконання рекомендацій лікаря, оцінка вигодовування дитини, закріплення навиків матері та сім'ї з вигодовування та догляду за дитиною з метою розвитку, консультування.
Основні завдання	<p>1. Збір даних для оформлення та заповнення історії розвитку дитини (ф. 112о).</p> <p>2. Оцінка стану здоров'я дитини. Особливу увагу звернути на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. стан шкіри, слизових (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу); 2. частоту дихання; 3. стан пупкової ранки (пуповинного залишку, пуповинного кільця); 4. оцінка м'язового тону та спонтанної рухової активності; 5. виділення із очей; 6. частота та характер випорожнень, сечовиділення. <p>3. Оцінка вигодовування, його ефективність та безпека.</p>
Цільове консуль-тування	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профілактика синдрому раптової смерті. 2. Вигодовування дитини. 3. Догляд за новонародженим. 4. Ознаки, загрозові для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 5. Догляд з метою розвитку.
Огляд дитини у віці 1 міс. лікарем в амбулаторних умовах	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування та вакцинації.
Основні завдання	<p>1. Огляд по органам і системам. Оцінити стан здоров'я дитини. Звернути увагу на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) стан шкіри та слизових (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці новонародженого, наявність висипу); 2) клінічні ознаки інфекції. <p>Особливу увагу звернути на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. наявність зригування, блювоти після годування (виключення пілоростенозу); 2. оцінку кульшових суглобів (виключення дисплазії,

Огляди дитини в періоді новонародженості медсестрою вдома	
	<p><i>вивиху)</i></p> <p>3. наявність ясчок в калитці;</p> <p>4. наявність кривоший;</p> <p>5. оцінку м'язового тонусу та спонтанної рухової активності;</p> <p>6. оцінку реакції на звук та світло.</p> <p>Статья I. Оцінка знаку БЦЖ.</p> <p>Статья II. Оцінка вигодовування.</p> <p>Статья III. Оцінка фізичного розвитку дитини.</p> <p>Статья IV. Оцінка психомоторного розвитку дитини.</p> <p>Статья V. Контроль отримання та інтерпретація результатів скринінгу на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз, проведених у родопомічному закладі.</p> <p>Статья VI. Вакцинація за умови поінформованої згоди матері.</p> <p>Статья VII. Профілактика рахіту.</p>
Цільове консультування	<ul style="list-style-type: none"> - Виключно грудне вигодовування. - Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. - Необхідність вакцинації та інформування щодо можливих ускладнень в поствакцинальному періоді. - Догляд за дитиною з метою розвитку - Профілактика рахіту

Огляд дитини у віці 2-6 місяців лікарем в амбулаторних умовах	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування та вакцинація
Основні завдання	<p>1. Огляд по органам і системам. Оцінити стан здоров'я дитини. Звернути увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • симетричність рухів, м'язовий тонус; • клінічні ознаки інфекції; • ознаки рахіту, анемії. <p>Звернути особливу увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>огляд кульшових суглобів в 2, 3, 4, 5 місяців, при підозрі на наявність патології - консультація лікаря-ортопеда-травматолога дитячого;</i>

	<ul style="list-style-type: none"> • наявність яєчок в калитці, при підозрі на крипторхізм консультація лікаря-ендокринолога дитячого та лікаря-уролога дитячого; • наявність кил, при підозрі на їх наявність - консультація лікаря-хірурга дитячого. <p>2. Оцінка знаку БЦЖ.</p> <p>3. Оцінка вигодовування.</p> <p>4. Оцінка фізичного розвитку дитини.</p> <p>5. Оцінка психомоторного розвитку дитини.</p> <p>6. Вакцинація за умови поінформованої згоди матері.</p>
Цільове консультування	<p>1. Вигодовування дитини.</p> <p>2. Догляд з метою розвитку.</p> <p>3. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.</p> <p>4. Попередження синдрому раптової смерті дитини.</p> <p>5. Консультування з вакцинації</p> <p>6. Попередження травматизму та нещасних випадків.</p> <p>7. Профілактика рахіту.</p> <p>8. Значимість профілактичних щеплень, перебіг післявакцинального періоду, можливі ускладнення, їх попередження та лікування.</p>

Огляд дитини у віці 6 місяців лікарем в амбулаторних умовах	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування, введення прикорму.
Основні завдання	<p>Огляд по органам і системам. Оцінити стан здоров'я дитини, звернути увагу на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клінічні ознаки інфекції; 2) ознаки рахіту, анемії; 3) наявність зубів. <p>Звернути особливу увагу на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4) огляд кульшових суглобів, при підозрі на наявність патології - консультація лікаря-ортопеда-травматолога дитячого; 5) наявність яєчок в калитці, при підозрі на крипторхізм

	<p><i>консультація лікаря-ендокринолога дитячого та лікаря-уролога дитячого.</i></p> <p><i>б) наявність кил, при підозрі на їх наявність – консультація лікаря-хірурга дитячого.</i></p> <p>2.Оцінка знаку БЦЖ.</p> <p>3.Оцінка вигодовування, <i>введення адекватного прикорму.</i></p> <p>4.Оцінка фізичного розвитку дитини.</p> <p>5.Оцінка психомоторного розвитку дитини</p>
Цільове консуль-тування	<p>1) Вигодовування та харчування дитини, введення прикорму</p> <p>2) Догляд з метою розвитку.</p> <p>3) Консультування з вакцинації.</p> <p>4) Профілактика травматизму та нещасних випадків</p> <p>5) Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.</p> <p>Профілактика рахіту та анемії</p>

Огляди дитини у віці 7, 8, 10, 11 місяців медсестрою в амбулаторних умовах

Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування.
Основні завдання	<p>1.Оцінка стану здоров'я дитини. Особливу увагу звернути на:</p> <ol style="list-style-type: none"> стан шкіри та слизових (блідість, ціаноз); частоту дихання; клінічні ознаки інфекції; ознаки рахіту, анемії; частота та характер випорожнень, сечовиділення. <p>2.Оцінка вигодовування та харчування дитини.</p> <p>3.Оцінка фізичного розвитку дитини.</p> <p>4.Оцінка психомоторного розвитку дитини.</p> <p>5. Негайне інформування лікаря у разі виявлення ознак відхилення від стандартних показників фізичного розвитку дитини, відставання у психомоторному розвитку та клінічних симптомів захворювання.</p>
Цільове консуль-тування	<p>1)Вигодовування та харчування.</p> <p>2)Догляд з метою розвитку.</p> <p>3)Профілактика травматизму та нещасних випадків.</p> <p>4)Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких</p>

Огляди дитини у віці 7, 8, 10, 11 місяців медсестрою в амбулаторних умовах	
	слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 5)Профілактичні щеплення.
Огляд дитини у віці 9 місяців лікарем в амбулаторних умовах	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування, проведення скринінгового обстеження з метою виявлення анемії.
Основні завдання	<p>1.Огляд по органам і системам. Оцінити стан здоров'я дитини, звернути увагу на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клінічні ознаки інфекції; 2) ознаки рахіту, анемії; 3) наявність зубів. <p>Звернути особливу увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - огляд кульшових суглобів, при підозрі на наявність патології - консультація лікаря-ортопеда-травматолога дитячого; - наявність ячок в калитці, при підозрі на крипторхізм консультація лікаря-ендокринолога дитячого та лікаря-уролога дитячого. - наявність кил, при підозрі на їх наявність – консультація лікаря-хірурга дитячого. <p>2.Лабораторне обстеження: визначення рівня гемоглобіну крові за умови поінформованої згоди матері.</p> <p>3.Оцінка знаку БЦЖ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.Оцінка вигодовування та харчування. 4.Оцінка фізичного розвитку дитини 5.Оцінка психомоторного розвитку дитини.
Цільове консультування	<ol style="list-style-type: none"> 1) Раціональне вигодовування та харчування. 2) Догляд з метою розвитку. 3) Профілактика травматизму та нещасних випадків. <p>Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.</p>
Огляд дитини у віці 1 рік лікарем в амбулаторних умовах	
Мета візиту	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування.
Основні завдання	<ol style="list-style-type: none"> 1. Анамнез за перший рік життя. 2.Оцінка стану здоров'я дитини. Огляд по органам і системам.

Огляди дитини у віці 7, 8, 10, 11 місяців медсестрою в амбулаторних умовах	
візиту	<p>Особливу увагу звернути на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) клінічні ознаки інфекції; 2) ознаки анемії; 3) кількість зубів у разі порушення термінів прорізування зубів, патологічних змін формування прикусу, тощо - консультація лікаря-стоматолога (ортодонта) дитячого за умови поінформованої згоди матері; 4) стан ступні, оцінка ходи; 5) ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). <p>2.Оцінка знаку БЦЖ.</p> <ol style="list-style-type: none"> 3.Оцінка вигодовування та харчування. 4.Оцінка фізичного розвитку дитини. 5.Оцінка психомоторного розвитку дитини <p>6.Оформлення етапного епікризу.</p>
Цільове консуль-тування	<ol style="list-style-type: none"> 1) .Рациональне вигодовування та харчування. 2) Догляд з метою розвитку 3) Профілактика травматизму та нещасних випадків 4) Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 5) Профілактичні щеплення.

Огляд дитини у віці 18 місяців лікарем в амбулаторних умовах	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування та вакцинація
Основні завдання візиту	<ol style="list-style-type: none"> 1.Оцінити стан здоров'я дитини. Огляд по органам і системам. <p>Особливу увагу звернути на:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) ознаки інфекції; 2) ознаки анемії; 3) <i>стан ступні;</i> 4) кількість і стан зубів, прикусу. ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). <ol style="list-style-type: none"> 2.Оцінка вигодовування та харчування.

Огляд дитини у віці 18 місяців лікарем в амбулаторних умовах	
	3.Оцінка фізичного розвитку дитини. 4.Оцінка психомоторного розвитку дитини.
Цільове консультування	1) Раціональне вигодовування та харчування. 2) Догляд з метою розвитку 3) Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 4) Профілактика травматизму та нещасних випадків. Профілактичні щеплення.
Огляд дитини у віці 2 роки в амбулаторних умовах лікарем	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування
Основні завдання візиту	1.Оцінити стан здоров'я дитини. Огляд по органам і системам. Особливу увагу звернути на: 1) клінічні ознаки інфекції; 2) ознаки анемії; 3) стан ступні; 4) кількість і стан зубів, прикусу; - ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). 2.Оцінка харчування 3.Оцінка фізичного розвитку дитини. 4.Оцінка психомоторного розвитку дитини. 5.Оформлення етапного епікризу.
Цільове консультування	1) Раціональне харчування. 2) Догляд з метою розвитку. 3) Профілактика травм та нещасних випадків. 4) Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. Туберкулінодіагностика та профілактичні щеплення.

Огляд дитини у віці 3 років лікарем в амбулаторних умовах	
Мета	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування
Основні завдання візиту	<p>1. Оцінити стан здоров'я дитини. Огляд по органам і системам. Особливу увагу звернути на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - клінічні ознаки інфекції; - ознаки анемії; - стан ступні; - постава; - кількість і стан зубів, прикусу. ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). <p>2. Оцінка харчування.</p> <p>3. Оцінка фізичного розвитку дитини.</p> <p>4. Оцінка психомоторного розвитку дитини.</p> <p>5. Оформлення етапного епікризу.</p>
Цільове консуль-тування	<ul style="list-style-type: none"> - Рациональне харчування. - Догляд з метою розвитку. - Профілактика травм та нещасних випадків. - Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. - Туберкулінодіагностика та профілактичні щеплення.

Додаток 4 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років

ОЦІНКА ПСИХОМОТОРНОГО РОЗВИТКУ ДИТИНИ РАНЬОГО ВІКУ

Таблиця 9

Оцінка психомоторного розвитку дитини на першому році життя

Вік/міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мова	Емоції та соціальна поведінка
1	Фізіологічний гіпертонус м'язів зменшується, атетозоподібні рухи кінцівок до кінця місяця згасають. Виражені безумовні рефлекс: хоботковий, смоктальний, хватальний, Моро, Бабкіна, повзання ¹ .	Починає тримати голову по декілька хвилин в горизонтальному положенні, лежить на животі наприкінці місяця.	З'являється короткотривале розглядання зовнішнього середовища та слухове зосередження.	Поява гуління поодинокими звуками наприкінці місяця, вимовляє голосні звуки між "а", і "е".	Реагує незадоволенням на сильні звукові та світлові подразники. Побачивши обличчя, на мить зупиняється на ньому.
2	Повертає головою в різні боки.	Починає тримати голову декілька хвилин і в вертикальному положенні.	Тривала зорова реакція за предметом, який рухається. Зосередження на звук.	Часте коротке гуління.	Реагує усмішкою на розмову. Фіксує погляд на обличчі, яке рухається.
3	Починають зникати більшість безумовних рефлексів (пошуківий, хоботковий, Бабкіна, хватальний). Тягнеться за іграшкою. Нормалізується м'язовий тонус.	Добре тримає голову.	У відповідь на звукові подразники та яскраві предмети з'являється зосередження, активна реакція.	Часте, тривале гуління. Перші складові ланцюжки "ррр".	Відповідає комплексом поквавлення у відповідь на емоційне спілкування. Соціальна посмішка.

¹ Методика визначення рефлексів вказана в додатку 5.

Вік/ міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мова	Емоції та соціальна поведінка
4	З'являються спрямовані рухи рук: все краще бере іграшку. Повертається із спини на бік. Зникає більшість безумовних рефлексів (Моро, хватальний, повзання).	В вертикальному положенні з'являються перші прояви опори ногами. В положенні на животі - впевнена опора на передпліччя.	Окрім чіткої уваги на звук, предмети, характерним є комплекс пожвавлення при зустрічі з рідними людьми. Вперше починає пізнавати маму. Розглядає іграшку в своїй руці.	Часте тривале, співуче гуління різними звуками. З'являються змично-губні приголосні „м“, „б“, викрики радості.	Голосно сміється у відповідь на емоційне словесне звернення.
5	Починає повертатися із спини на живіт. Тягнеться рукою до іграшки і торкається до неї.	Стоїть при підтримці за підшашки, спирається на кінчики пальців.	Окрім все більш чіткої реакції на звуки, характерним є оральна увага на яскравий предмет. Перші прояви розпізнавання своїх та чужих людей, радість при появі іншої дитини.	Ритмічні складові ланцюжки.	Радіє дитині, бере у неї з рук іграшку, реагує на строгі та ласкаві інтонації. Голосно сміється, коли до неї звертаються.
6	Активно повертається із спини на живіт, починає повертатися із живота на спину. Хапає цілеспрямовано, запропоновану іграшку, перекладає з однієї руки в іншу.	В положенні на животі спирається на витягнуті руки або повністю відкриті долоні. Починає сидіти через поворот набік, спираючись на руку.	Все більш адекватна реакція при появі матері, батька та чужої людини. Слідкує за іграшкою, яка впала донизу.	Балакання: послідовне прислання різноманітних виразних складів із зміною сили звуку та висоти тону.	Емоції диференційовані, тягне руки, щоб взяти на руки. По-різному поводить себе із знайомими та незнайомими.
7	Лежачи на спині, грається ногами (координація „рука-нога“). Перекладає іграшки з одного місця на інше, з руки в руку.	Сидить з прямою спиною. При підтримці за тулуб, на твердій основі пружинить (танцює).	Намагається дістати предмет, якщо це можливо зробити, змінюючи положення тіла.	Продовжує балакання.	Включається в гру, повторюючи дорослих, змучившись, починає вимагати уваги самої близької людини (найчастіше матері).

Вік/міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мова	Емоції та соціальна поведінка
8	Хвпає кожною рукою по кубуку і довільно гримає їх нетривалий час.	Повзає на животі (попластунєьки, як толень), переставляючи вперед руки. Самостійно лягає, сідас, піднімається.	При відповідному вихованні показує ручками „длопобачення”, „досі-досі”, „ладушки”. Киванням голови показує згоду „так”, заперечення „ні”.	Добре лепече. Ясно вимовляє звуки „ба”, „ма”, „да”.	Адекватні емоційні реакції у відповідь на спілкування. Спостерігає за діями інших дітей, сміється, лепече.
9	З різними іграшками може самостійно гратися. Навмисне скидає предмет.	Розгойдується на руках і колінах. Сидить вільно. При підтримці за руки, стоїть.	Адекватно відповідає діями на прості запитання та прохання „дай мені ляльку”, „посидь тут”. Знає своє ім'я. Реагує на музикальні звуки танцювальними рухами.	Чітко подвоєння складів.	Легко вступає в контакт на емоційному, ігровому, словесному рівнях. Повторює дії інших дітей.
10	Кількість цілеспрямованих рухів збільшується: складає пірамідку, кладе іграшки на місце, закриває ящики та ін. "Пінцетний" захват: бере маленький предмет витягнутим вказівним і великим пальцями.	Можна вести, підтримуючи за одну руку. Повзає на поверхнях різної висоти, багато дітей самостійно стоять, підтримуючись за будь-який предмет.	Все більш виражені та збагачені вказані прояви. Повторює рухи дорослих „розмовляє по телефону”, „помішує кашу”. Спеціально кидає іграшку.	З'являються перші слова, які дитина розуміє, в словарному запасі декілька слів. Вступає в діалог, правильне в звуковому плані повторення відомих складів.	Емоційний стан чітко проявляється різноманітними мімічними рухами, голосовими реакціями. Реагує на все нове дивується. Грається з дітьми однією іграшкою.

Вік/ міс.	Моторика	Статика	Сенсорні реакції	Мова	Емоції та соціальна поведінка
11	„Щипцевий” захват; захватус маленьким предмет, подушечками зігнутого вказівного і великого пальців.	Повзає на руках і колінах з перехресною координацією. Стоїть без опори. Робить кроки вперед, при підтримці за обидві руки.	Виконує прості вимоги та просьби. Орієнтується в поняттях „можна”, „не можна”, розуміє заборони: „сиди тихо”, „не бери”. У дитини з’являються перші друзі, з якими вона грається.	Кількість односкладових слів витісняється двоскладовими. Вживає слова спрощеного варіанту „ляля”, „нозя”, „цяця”.	Махає рукою на прохання. Радіє приходу дітей. Вибіркове відношення до дітей.
12	Може гратися іграшками годину і більше.	Ходить вздовж меблів, при підтримці за одну руку, або самостійно.	Виконує все більш складні вимоги та прохання, розуміючи їх. Кількість проявів реакції на зовнішні середовище збільшується.	Мовний запас 8-12 слів.	Протягує іншої дитині іграшку, супроводжуючи це сміхом та лепетом. Шукає іграшки, які заховані. За проханням обнімає батьків, прагне схвалення, підтвердження свого успіху близькою людиною.

Оцінка психомоторного розвитку дитини другого року життя

Віковий інтервал	Розуміння мови	Активна мова	Сенсорний розвиток	Гра	Руки	Навички	Емоції, соціальна поведінка
1 рік 1 місяць – 1 рік 3 місяці	Реагує на схвалення або заборону. Шукає на прохання предмет, яким тільки що грались.	Говорить подвійні або поодинокі склади зі змістом. Говорить осмислені слова з двома різними голосними.	Орієнтується в двох контрастних величинах, формах предметів: „велике” і „маленьке”. Співвідносить, порівнює властивості предметів. За зразком дорослого з 2-3 кольорових кульок, кубиків обирає предмет потрібного кольору.	Відтворює в грі раніше завчені дії з предметами: годує ляльку, наїзує кільця на стержень.	Ходить тривало, не присаджується, міняє положення тіла нахилляється, повертається.	Самостійно їсть густу їжу ложкою.	Появляється співпереживання, вітха. Використовує слово „ні”, не погоджуючись.
1 рік 4 місяці - 1 рік 6 місяців	Відбирає предмети за певними ознаками при словесному розумінні.	Називає предмети та дії в момент зацікавленості.	Орієнтується в 3-4 контрастних формах предметів (куля, куб, цеглини, призми).	Відображує в грі окремі дії, які часто спостерігає. Возить за мотузку машинку, будує будиночок з кубиків.	Переступає через паличку, яка лежить на підлозі (без підтримки). Переступає приставним чи почерговим кроком з палиці при підтримці за руку.	Самостійно їсть рідку їжу ложкою.	Використовує „так”. Починає розрізняти речі за приналежністю до різним членам родини „бабусині окуляри”, „мамина сумка”. Починає уважно вдивлятися у своє зображення в дзеркалі, ідентифікує його з собою.

Віковий інтервал	Розуміння мови	Активна мова	Сенсорний розвиток	Гра	Рухи	Навички	Емоції, соціальна поведінка
1 рік 7 місяців - 1 рік 9 місяців	Розуміє питання дорослого про події, які зображені на картинці.	Під час гри, словами та двослівними реченнями вказує свої дії	Диференціює 3-4 форми предметів, орієнтується в кількісних характеристиках „багато”, „мало”.	Відображує нескладні сюжетні побудови – перекриття типу „ворота”, „хатки”, „лавочки”.	Переступає через палицю або перешкоду висотою 5 см.	Частково знімає одяг із допомогою дорослого (черевики, шапку).	Допомагає в простій роботі (за інструкцією). Імітує дії дорослих з побутовими предметами.
1 рік 10 місяців - 2 роки	Слухаючи розповіді дорослого розуміє (без показу) події, які знайомі, уявляє людей.	При спілкуванні з дорослими користується 3-х слівними реченнями, вживаючи іменники та займенники.	Підбирає по зразку та слову 3-4 контрастних кольори, суміщає предмети та їх частини за формою, розміром, кольором.	В грі відтворює ряд послідовних дій.	Переступає через палицю або перешкоду висотою 10 см.	Частково одягає одяг (черевики, шапку, шкарпетки)	Активно використовує жести. Гостра реакція на відсутність матері. Дитина починає описувати свої дії: „я сідаю”, „моя іграшка”.

Оцінка психомоторного розвитку дитини третього року життя

Віковий інтервал	Активна мова граматики	Активна мова запитання	Сенсорний розвиток	Гра	Рухи	Навички	Емоції, соціальна поведінка
2 роки - 2 роки 6 місяців	Говорить складними реченнями більше 3-х слів.	Починає вживати складні підрядні речення.	За зразком складає складні геометричні фігури. Підбирає за зразком різні предмети 4-х основних кольорів.	Гра має сюжетний характер. Дитина відображує взаємозв'язок і послідовність дій із навколишнього життя. Самостійно робить прості сюжетні побудови та називає їх.	Переступає без підтримки через палицю чи перешкоду висотою 15 см.	Повністю одягається. Їсть акуратно.	Знає частини свого тіла і називає їх (голова, очі, ніс). Дитина може повідомити про свій стан.
2 роки 6 міс. - 3 роки	З'являються питання "де?", "куди?"	Появляються питання "чому?", "коли?"	В своїй діяльності вірно використовує геометричні фігури за призначенням Називає 4 основні кольори.	Появляються елементи рольової гри. Вводить у гру замість себе іграшку. Появляються складні сюжетні побудови. За допомогою пластиліну, олівця зображує прості предмети та називає їх. Може гратися з однолітками.	Переступає без підтримки через палицю чи перешкоду висотою 20 см.	Самостійно одягається, може захищати гульки, зав'язати шнурівки з незначною допомогою дорослого. Користується серветкою.	З'являється розуміння та використання в мові займенників "я", "моє", "ти", "твоє". Має уявлення про статеву належність.

Додаток 7 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років:

Орієнтовна схема введення продуктів та страв прикорму при природному вигодовуванні дітей першого року життя*

Продукти і страви прикорму	Термін введення місяці	Об'єм залежно від віку дитини				
		6 міс.	7 міс.	8 міс.	9 міс.	10-12 міс.
Сік (фруктовий, ягідний, овочевий), мл	6	30-50	50-70	50-70	80	100
Фруктове пюре, мл	6	40-50	50-70	50-70	80	90-100
Овочеве пюре, г	6	50-100	150	170	180	200
Молочно-круп'яна каша, г	6 - 7	50-100	100-150	150	180	200
Молочно-злакова каша, г	7 - 8					
Кисло-молочні продукти, мл	8 - 9	-	-	50-100	100-150	150-200
Сир, г	6,5 - 7,5	5-25	10-30	30	30	50
Яєчний жовток, шт.	7,0 - 7,5	-	1/8	1/2	1/2	1
М'ясне пюре, г	6,5 - 7,0	5-30	30	50	50	50-60
Рибне пюре, г	8 - 10	-	-	10-20	30-50	50-60
Олія, г	6	S ч.л.	S ч.л.	1ч.л.	1ч.л.	1ч.л.
Вершкове масло, г	6 - 7	S ч.л.	S ч.л.	1ч.л.	1 ч.л.	1ч.л.
Хліб пшеничний, г	8 - 9	-	-	5	5	10

*В таблиці вказані орієнтовні терміни введення прикорму та його кількість. Тому кількість запропонованої їжі повинна ґрунтуватись на принципах активного годування: годувати повільно та терпляче, заохочуючи дитину, силою не заставляти їсти.

**Додаток 9 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною
віком до 3 років:**

СХЕМА ПРОРІЗУВАННЯ МОЛОЧНИХ ЗУБІВ

До року	6 міс. – два нижніх середніх різця
	8 міс. – два верхніх середніх різця
	10-12 міс. – два верхніх крайніх різця
На другому році	13-14 міс. – два нижніх крайніх різця
	15-16 міс. – чотири передніх корінних зуба
	20-24 міс. – чотири клика
На третьому році	чотири задніх корінних зуба

**Додаток 10 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною
віком до 3 років**

Методика перевірки безумовних рефлексів:

Пошуковий рефлекс – при поглажуванні кутика роту дитина повертає голову в бік подразника, привідкриває рот і намагається язиком доторкнутись до місця подразнення. Добре виражений перед годуванням і спостерігається у дітей до 3-4 міс.

Хоботковий – легкий удар пальцями викликає скорочення кругового м'язу роту, губи витягуються в хоботок. Фізіологічний до 2-3 міс.

Хапальний рефлекс верхній – при надавлюванні на долонну поверхню кисті пальці дитини рефлексорно стискаються. Фізіологічний до 3-4 місяців.

Рефлекс повзання (Бауера) положення на животі, голова по середній лінії. В такому положенні дитина здійснює повзаючі рухи – спонтанне повзання. Якщо до підошви приставити долоню, то дитина рефлексорно відштовхується від неї ногами. Фізіологічний рефлекс до 4 міс, потім згасає.

Рефлекс Моро положення на спині. Рефлекс викликається різними прийомами - ударом по поверхні, на якій лежить дитина, звуковим або вібраційним подразником. Відповідною реакцією дитини є відведення рук в сторони, випрямлення ніжок, попередньо зігнутих і притиснутих до живота - 1 фаза рефлексу Моро. Зведення рук з тенденцією до обхвату тулуба - 2 фаза рефлексу Моро. Рефлекс добре виражений до 4 місяців, потім починає згасати.

**Додаток 11 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною
віком до 3 років:**

Методика оцінки кульшових суглобів на предмет дисплазії

Оцінка кульшових суглобів проводиться на твердій поверхні, дитина лежить на спині. Дитині повинно бути тепло і комфортно. Дуже важливо враховувати настрій дитини при проведенні цих тестів, тому що, якщо дитина капризує або голодна, то це може вплинути на результат. Якщо дитина неспокійна, необхідно відкласти проведення тесту.

При проведенні огляду кульшових суглобів необхідно оцінити наступні симптоми:

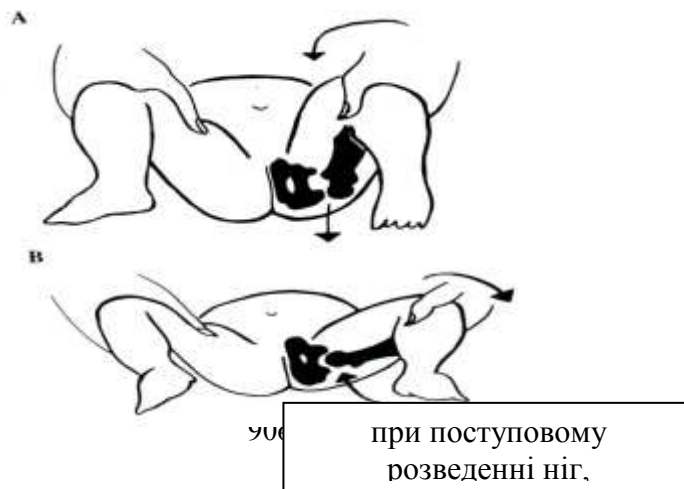
Симптом Ортолані (симптом «сковзання», або «клацання»). Суть симптому полягає в тому, що при відведенні ніжок відбувається вправлення вивиху, яке супроводжується клацанням.

- Необхідно покласти середні пальці на зовнішню поверхню стегна в місце проекції головки стегнової кістки. Великі пальці знаходяться на внутрішній поверхні стегна.

- Необхідно зігнути ноги дитини в колінних та кульшових суглобах під кутом 90° градусів.

- Потім ноги повернути всередину (привести до серединної лінії) – це перший момент методики.

- Наступний момент – після цього, уникаючи форсованих рухів стегна розвернути назовні.



Мал. 1. Симптом Ортолані

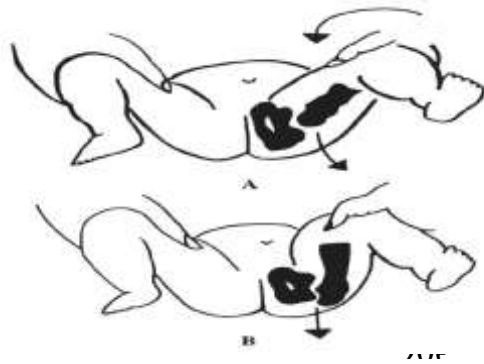
Симптом Ортолані вважається позитивним, якщо, відчувається характерне «клацання». Сутність симптому полягає в тому, що при поступовому розведенні ніг, відбувається вправлення вивиху - сковзання головки стегнової кістки у кульшову западину. Симптом визначається в перші 3 місяці життя дитини.

Симптом Барлоу. Суть симптому полягає в тому, що при приведенні ніжок відбувається вивих головки стегнової кістки із кульшової западини, яке супроводжується клацанням.

1. Необхідно зігнути ноги дитини в колінних та кульшових суглобах під кутом

90° градусів. Г

до серединної лінії.



вивих голівки стегнової кістки
при натисненні вздовж стегна

Мал. 2. Симптом Барлоу

Симптом Барлоу вважається позитивним, якщо відчувається характерне «кляцання» і відбувається вивих голівки стегнової кістки при натисненні вздовж осі стегна.

Перевірка розведення ніг в кульшових суглобах. Дитина лежить на спині, ноги необхідно зігнути в колінних та кульшових суглобах під кутом 90° градусів. При дисплазії кульшових суглобів може спостерігатися обмежене розведення ніг. При нормально сформованих кульшових суглобах розведення буде практично повним до 75-80°.

Вкорочення нижньої кінцівки. Вкорочення нижньої кінцівки визначають співставленням випрямлених ніг.

Асиметрія складок на стегнах або їх неоднакова кількість. Симптом недостовірний, але при наявності вище перерахованих симптомів, дитина потребує консультації лікаря-ортопеда-травматолога дитячого.

Інтерпретація результатів огляду кульшових суглобів:

- Якщо при огляді кульшових суглобів виявлені позитивні симптоми Ортолані та/або Барлоу дитина повинна бути направлена на консультацію до лікаря-ортопеда-травматолога дитячого.

- Якщо при огляді кульшових суглобів виявлено: обмеження розведення ніг у кульшових суглобах, вкорочення нижньої кінцівки, асиметрія складок на стегнах або їх неоднакова кількість дитина повинна бути направлена на консультацію до лікаря-ортопеда-травматолога дитячого.

- Асиметрія складок на стегнах або їх неоднакова кількість, при відсутності інших вище перерахованих симптомів не потребує консультації ортопеда.

Додаток 12 до клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років:

Оцінка функції зорового та слухового аналізаторів:

Оцінка функції зорового аналізатора

Зорова функція у новонародженого визначається загальною реакцією на світловий подразник. Якщо до очей новонародженого, що спить, піднести ліхтарик, у нього посилюється змикання повік. При відкритих очах дитина жмуриться і намагається повернутися до світла. При оцінці на 2-му місяці життя – провести яскравим предметом з однієї сторони в іншу на висоті 30 см над очима малюка, який лежить – при розвинутому зорі дитини слідкує за рухомим предметом.

ОЦІНКА ФУНКЦІЇ СЛУХОВОГО АНАЛІЗАТОРА:

Слухова функція у новонародженого визначається реакцією на звук. Новонароджений у відповідь на голос, звук іграшки, удар по металічному предмету закриває очі, морщить лоб, появляється гримаса плачу, дитина намагається повернути голову на звук. Реакція на голосний звук може супроводжуватись також посмикуванням очей, звуженням, а потім розширенням зіниць.

Методика оцінки слухового аналізатора: провести легкий плескіт ладонями на відстані 30 – 40 см від вух дитини. При цьому дитина, яка чує, кліпає або закриває очі.

На другому-третьому місяцях життя слухові реакції починають набувати домінантний характер, дитина повертає голову в сторону звукового подразника, який вона не бачить (на звукову іграшку).

Протокол МОЗ 10.01.2005 № 9

ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ РАХІТУ У ДІТЕЙ

РАХІТ АКТИВНИЙ

Рахіт - захворювання дітей раннього віку, в основі якого лежать недостатність вітамінів групи D в організмі, порушення мінерального та інших видів обміну речовин внаслідок чого мають місце розлади формування скелета, функцій внутрішніх органів та систем.

Кальційпенічний варіант рахіту характеризується наявністю деформацій кісток, зумовлених остеомаліцією, вираженою підвищеною нервово-м'язовою збудливістю, підвищеною пітливістю, тахікардією, порушенням сну, функцій травного каналу, тобто перебіг рахіту відбувається гостріше, зі значним зниженням вмісту іонізованого кальцію в сироватці та еритроцитах венозної крові.

Фосфоропенічний варіант рахіту відбувається з більш вираженим зниженням вмісту неорганічного фосфору в сироватці та еритроцитах крові. Він супроводжується стійкою млявістю хворих дітей, їх загальмованістю, м'язовою гіпотонією, деформаціями скелета, зумовленими остеїдною гіперплазією.

Варіант рахіту з незначними змінами рівня кальцію та фосфору в крові відбувається в легшій формі, він має підгострий характер, деформації кісток незначні, майже відсутні прояви ураження нервової та м'язової систем.

Характеристика гострого періоду:

- швидке прогресування хвороби
- переважання розм'якшення кісток
- виражені зміни вегетативної нервової системи

Характеристика підгострого перебігу:

- переважання остеїдної гіперплазії
- помірні ознаки ураження інших органів і систем.

Характеристика рецидивного перебігу:

- чередування періодів загострення і періодів його вщухання.

II. Параклінічні

Обов'язкові лабораторні данні:

1. Загальний аналіз крові (зниження рівня гемоглобіну).
2. Зниження вмісту загального кальцію, неорганічного фосфору.
3. Підвищення активності лужної фосфатази у сироватці крові.

Нормальні показники для дітей віком до 3-х років:

- рівень загального кальцію в сироватці крові- 2,25 – 2,5 ммоль/л,
- рівень неорганічного фосфору в сироватці крові 1,45- 2,1 ммоль/л,
- активність лужної фосфатази 140-220 од.- для дітей віком до 3-х років.

4. Проба Сулковича (виведення кальцію з сечею)

- від'ємна (-)
- слабопозитивна (+)
- позитивна(++)
- різко позитивна (+++)

Додаткові лабораторні:

Підвищення рівня паратгормону, зниження рівня кальцитоніну та вмісту транспортної форми вітаміну D₃ (25-ОН D₃)в сироватці крові

Інструментальні методи:

- рентгенологічне обстеження кісток кінцівок, грудної клітини.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ.

Методи лікування:

Медикаментозні	Додаткові
Препарати вітаміну D ₃ Препарати кальцію, магнію, оротової кислоти, карнітину хлориду, АТФ, полівітаміни (Е, гр. В, С) - в вікових дозах.	Дотримання режиму дня та санітарно-гігієнічного режиму Природне вигодовування, при неможливості-адаптовані замінники грудного молока Через 2 тижні від початку медикаментозного лікування-призначити ванни: Сольові (для дітей малорухомих, пастозних), хвойні (переважно збудженим дітям), трав`яні (дітям з ексудативно-катаральним діатезом), загальний масаж, ЛФК

Критерії ефективності лікування:

- зменшення та усунення основних клінічних проявів хвороби;
- нормалізація рівня кальцію та фосфору, зниження активності лужної фосфатази у сироватці крові.

При відсутності ефекту лікування необхідно уточнення діагнозу і виключення рахітоподібних захворювань.

Примітка

Вміст кальцію в деяких продуктах харчування (в мг /100 г)

молоко цільне 3,3%- 116, йогурт – 120, сухофрукти – 100, тверді сири – 600-1000, сирок плавлений- 300, яйце куряче – 54, молочний шоколад –200.

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ З НЕДОСТАТНІСТЮ ХАРЧУВАННЯ

(Гіпотрофія : пренатальна, постнатальна)

1) Аліментарна

- a. низькорослість (карликовість)
- b. затримка росту

2) Затримка фізичного розвитку внаслідок недостатності харчування.

3) Білково-енергетична недостатність не уточнена

I. Визначення:

Білково-енергетична недостатність (гіпотрофія пренатальна, постнатальна) – недостатнє живлення дитини, яке характеризується зупинкою або сповільненням збільшення маси тіла, прогресуючим зниженням підшкіряної основи, порушенням пропорцій тіла, функції травлення, обміну речовин, послабленням специфічних, неспецифічних захисних сил і астенизації організму, схильності до розвитку інших захворювань, затримкою фізичного і нервово-психічного розвитку.

Класифікація :

Гіпотрофія I ступеня – дефіцит ваги 11 – 20 %

Гіпотрофія II ступеня – дефіцит ваги 21 – 30 %

Гіпотрофія III ступеня – дефіцит ваги більше 30 %

II. Критерії діагностики:

Основні клінічні критерії:

- 1) Оцінка фізичного статусу (відповідність до вікових стандартів ваги, росту, тощо)
 - 2) Оцінка соматичного та емоційного стану (жвавість, реакція на оточуюче, захворюваність, тощо)
 - 3) Оцінка шкіряних покривів (блідість, сухість, наявність висипки, тощо)
 - 4) Оцінка стану слизових оболонок (наявність афт, молочниці, тощо)
 - 5) Оцінка тургору тканин (знижений)
 - 6) Оцінка підшкірного жирового шару (зменшений або відсутній) :
 - при гіпотрофії I ступеня – зменшення на животі
 - при гіпотрофії II ступеня – зменшення на животі, тулубі та кінцівках
 - при гіпотрофії III ступеня - зменшення на обличчі, животі, тулубі та кінцівках
- Щотижневий або щодакдний контроль збільшення маси тіла
- Контроль і аналіз фактичного харчування один раз на 7-10 днів
- Розрахунок харчування проводиться:
- при гіпотрофії I ступеня – на належну вагу
 - при гіпотрофії II ступеня - білків та вуглеводів на належну вагу, а жиру тільки на фактичну вагу
 - при гіпотрофії III ступеня - білків та вуглеводів на приблизно належну вагу (фактична вага + 20 % від неї), а жиру тільки на фактичну вагу

Лабораторні дослідження:

а) обов'язкові:

- клінічний аналіз крові (рівень еритроцитів, гемоглобіну, ШОЕ)
- клінічний аналіз сечі (питома вага, протеїнурія, лейкоцитурія)

- аналіз калу на копрограму (нейтральний жир, слиз, неперетравлена клітковина, тощо)
- аналіз калу на дисбактеріоз (1 раз на 6 міс., за показаннями – зменшення вмісту біфідо-, лактобактерій, поява умовно-патогенних бактерій у діагностичній кількості $> 10^4$)

б) при необхідності :

- імунограмма (у дітей, що часто хворіють)
- біохімічні (рівень електролітів, загального білку, альбуміну, тощо)
- генетичні (згідно призначенню генетика), тощо

Інструментальні дослідження

- ультразвукове обстеження черевної порожнини – для скринінг-діагностики
- фіброезофагогастродуоденоскопія проводиться з метою діагностики, особливо у дітей із зригуванням або блювотою

III. Основні принципи лікування :

Залежать від ступеня порушення живлення та наявності ускладнення чи супутніх станів

Мета лікування

- Виявлення та усунення причин розладів живлення
- Ліквідувати симптоми гіпотрофії і забезпечити процеси репарації
- Забезпечити раціональне, адекватне харчування
- Попередити розвиток ускладнень:
 - при гіпотрофії I ступеня лікування проводиться амбулаторно – раціональне харчування відповідно віку, вітаміни, ферментні препарати (курсом 1 міс.), пробіотики та пребіотики, масаж;
 - при гіпотрофії II та гіпотрофії III ступеня лікування проводиться в умовах стаціонару :
 - парентеральне харчування (за показаннями – розчини амінокислот, жирові емульсії)
 - дієтотерапія із застосуванням спеціалізованих лікувальних молочних та безмолочних сумішей, лікувальних продуктів на основі ізоляту соєвого білку, гідролізату білків, тощо
 - застосування харчових добавок: білки та амінокислоти (метіонін, аргініна аспартат), вітаміни та вітаміноподібні препарати, макро- та мікроелементи
 - корекція дисбіозу (пробіотики - Симбітер, біфідумбактерії, лактобактерії, тощо)
 - фізіотерапія (електрофорез, парафін на обл. живота)

- масаж загальний № 20
- 5. Патогенетичне лікування ускладнень (бронхіт, пневмонія, ентероколіт, тощо) згідно з відповідним протоколом. Тривалість стаціонарного лікування в середньому - 28 – 30 днів
 - Диспансерний нагляд*
 - З обліку знімають через 6-8 тижнів після досягнення фізичного та нервово-психічного розвитку згідно з віком дитини
 - Огляд спеціалістів:
 - Педіатром – 1-й міс. 5 разів (обов'язковий контроль ваги та інших антропометричних показників), далі 1 раз на місяць;
 - Огляд спеціалістів (невролог, хірург, ортопед) 1 раз на рік, та за показаннями

ЛІКУВАННЯ ЗАЛІЗОДЕФІЦИТНОЇ АНЕМІЇ У ДІТЕЙ

Визначення

Залізодефіцитна анемія (ЗДА) – патологічний стан, який характеризується зниженням вмісту гемоглобіна внаслідок дефіцита заліза в організмі при порушенні його надходження, засвоєння або патологічних втрат.

За даними ВОЗ (1973) – нижня межа рівня гемоглобіна капілярної крові у дітей віком до 6 років дорівнює 110 г/л, а після 6 років – 120 г/л.

Причини виникнення ЗДА у дітей :

- недостатній початковий рівень заліза в організмі (порушення маточно-плацентарного кровообігу, фетоматеринські та фетоплацентарні кровотечі, синдром фетальної трансфузії при багатоплідній вагітності, внутрішньоутробна мелена, недоношеність, багатопліддя, глибокий і довгостроковий дефіцит заліза в організмі вагітної, переддострокова або піздня перев'язка пуповини, інтранатальна кровотеча внаслідок травматичних акушерських втручань або аномалії розвитку плаценти і судин пуповини).
- підвищена потреба в залізі (недоношені, діти з великою масою тіла при народженні, з лімфатичним типом конституції, діти другого півріччя життя).
- недостатній вміст заліза в їжі (раннє штучне вигодовування коров'ячим чи козячим молоком, мучною, молочною або молочно-вегетаріанською їжею, незбалансована дієта, в якій нема достатнього вмісту м'ясних продуктів).
- збільшені втрати заліза внаслідок кровотечі різноманітної етіології, порушення кишкового всмоктування (хронічні захворювання кішківника, синдром мальабсорбції), а також значні і тривалі геморагічні маточні кровотечі у дівчат.
- порушення обміну заліза в організмі (пре- і пубертатний гормональний дисбаланс).
- порушення транспорту і утилізації заліза (гіпо- та атрансферинемія,

ензимопатії, аутоімунні процеси).

- недостатня резорбція заліза у травному тракті (пострезекційні та агастральні стани).

Стадії розвитку ЗДА (WHO, 1977)

1. прелатентна (виснаження тканинних запасів заліза, показники крові в норм, клінічних проявів немає)

2. латентна (дефіцит заліза в тканинах та зменшення його транспортного фонду, показники крові в нормі, клінічна картина зумовлена трофічними порушеннями, що розвиваються внаслідок зниження активності залізовмісних ферментів та проявляється сидеропенічним синдромом - епітеліальні зміни шкіри, нігтів, волосся, слизових оболонок, спотворення смаку, нюху, порушення процесів кишкового всмоктування та астено-вегетативних функцій, зниження локального, імунітету).

3. залізодефіцитна анемія (більш виражене виснаження тканинних резервів заліза та механізмів компенсації його дефіцита, відхилення від норми показників крові в залежності від ступеня тяжкості процесу, клінічні прояви у вигляді сидеропенічного синдрому та загальноанемічних симптомів, які зумовлені анемічною гіпоксією - тахікардія, приглушеність тонів серця, систолічний шум, задишка при фізичних навантаженнях, блідість шкіри та слизових оболонок, артеріальна гіпотонія, зростання астено-невротичних порушень).

4. Вираженість анемічної гіпоксії залежить не тільки від рівню гемоглобіну, але й швидкості розвитку анемії та від компенсаторних можливостей організму. У тяжких випадках розвивається синдром метаболічної інтоксикації у вигляді зниження пам'яті, субфебрилітету, головного болю, втомлюваності, гепатолієнального синдрому, тощо.

Дефіцит заліза сприяє зниженню імунітету, затримці психомоторного та фізичного розвитку дітей.

У відповідності до рівню гемоглобіну ЗДА поділяється на ступені тяжкості:

- легку - Нв 110-91 г/л
- середню - Нв 90-71 г/л
- тяжку - Нв 70-51 г/л
- надтяжку - Нв 50 г/л і менше

2. Лабораторні критерії діагностики ЗДА

аналіз крові з визначенням:

- рівня гемоглобіну, еритроцитів
- морфологічних змін еритроцитів
- кольорового показника
- середнього діаметру еритроцитів
- середньої концентрації гемоглобіну в еритроциті (МСНС)

- середнього об'єму еритроцитів (МС)
- рівня ретикулоцитів
 - аналіз сироватки крові з визначенням:
- концентрації заліза та феритину
- загальної залізовв'язуючої здатності крові
- латентної залізовв'язуючої здатності крові з розрахуванням коефіцієнта насичення залізом трансферину

3. Основні принципи лікування

- усунення етіологічних чинників
- раціональне лікувальне харчування (для немовлят – природне вигодовування, а при відсутності молока у матері – адаптовані молочні суміші, збагачені залізом, своєчасне введення прикорму, м'яса, особливо телятини, субпродуктів, гречаної та вівсяної круп, фруктових та овочевих пюре, твердих сортів сиру; зменшення прийому фітатів, фосфатів, таніну, кальцію, які погіршують всмоктування заліза).
- патогенетичне лікування препаратами заліза переважно у вигляді крапель, сиропів, пігулок.

Добові терапевтичні дози пероральних препаратів заліза при ЗДА середнього і тяжкого ступеню:

- до 3 років – 3 -5 мг/кг/добу елементарного заліза
- від 3 до 7 років – 50-70 мг/добу елементарного заліза
- старше 7 років – до 100 мг/ добу елементарного заліза

Контроль ефективності призначеної дози здійснюється шляхом визначення підйому рівня ретикулоцитів на 10-14 день лікування. Терапія залізом здійснюється до нормалізації рівня гемоглобіну з подальшим зменшенням дози на S . Тривалість лікування - 6 місяців, а для дітей недоношених – протягом 2 років для поповнення запасів заліза в організмі.

У дітей старшого віку підтримуюча доза курсом 3 – 6 місяців, у дівчат пубертатного віку – протягом року преривчасто – кожний тиждень після менструацій.

Доцільно призначати препарати трьохвалентного заліза завдяки їх оптимальному всмоктуванню та відсутності побічних ефектів.

У дітей молодшого віку ЗДА переважно аліментарного генезу і найчастіше є сукупністю дефіциту не тільки заліза, але й білка та вітамінів, що обумовлює призначення вітамінів С, В1, В6, фолієвої кислоти, корекції вмісту у дієті протеїнів.

Оскільки у 50 -100% недоношених дітей розвивається пізня анемія, з 20-25 дня життя при гестаційному віці 27-32 тижні, масі тіла 800-1600 г., (під час зниження концентрації гемоглобіну крові нижче 110 г/л, кількості еритроцитів

нижче $3,0 \times 10^{12}/л$, ретикулоцитів менше 10%), окрім препаратів заліза (3-5 мг/кг/доб) і достатнього забезпеченням білком (3-3,5 г/кг/доб), призначається еритропоетін п/ш, 250од/кг/доб тричі на тиждень протягом 2-4 тижнів, з вітаміном Е (10-20мг/кг/доб) та фолієвою кислотою (1мг/кг/доб). Більш тривале використання еритропоетину – 5 разів на тиждень, з поступовим його зниженням до 3 разів, призначають дітям з важкою внутрішньоутробною чи постнатальною інфекцією, а також дітям з низькою ретикулоцитарною відповіддю на терапію.

4. Профілактика

Антенатальна: жінкам з 2-ї половини вагітності призначають препарати заліза або полівітаміни, збагачені залізом.

При повторній або багатоплідній вагітності обов'язковий прийом препаратів заліза на протязі 2-го та 3-го триместра.

Постнатальна профілактика для дітей з групи високого ризику розвитку ЗДА. Цю групу формують:

- усі недоношені діти
- діти, народжені від багатоплідної вагітності і при ускладненому перебігу другої половини вагітності (гестози, фетоплацентарна недостатність, ускладнення хронічних захворювань)
- діти із дизбактеріозами кишківника, харчовою алергією
- діти, які знаходяться на штучному вигодовуванні
- діти, які ростуть із випередженням загальноприйнятих стандартів фізичного розвитку.

Передбачається регулярне проведення діагностики можливого розвитку ЗДА і, при її визначенні призначається профілактичні дози препаратів заліза (0,5-1 мг/кг/доб) протягом 3-6 місяців.

5. Диспансерний нагляд

Після нормалізації показників крові загальний аналіз крові проводиться 1 раз на місяць протягом першого року, потім – щоквартально протягом наступних 3 років.

Диспансерне спостереження за дітьми першого року життя в умовах поліклініки.

Напередодні виписування старша медична сестра передає усі зведення новонародженого до районної дитячої поліклініки за місцем проживання, де на підставі цих зведень фіксують патронаж новонародженого у книзі запису викликів лікаря додому (ф. № 03 І/о) і в зошиті обліку роботи вдома дільничної (патронажної) медичної сестри (ф. № 118/о). Для забезпечення наступності виписування новонародженого із пологового будинку бажано проводити у присутності дільничного педіатра.

Згідно з існуючим положенням лікар-педіатр, дільнична медична сестра

дитячої поліклініки відвідують новонародженого перші 3 дні після виписування з пологового будинку, а потім протягом усього першого року життя.

Значну допомогу дільничному педіатру під час першого відвідування дитини надає повна довідка з пологового будинку — паспорт новонародженого, в якому фіксують відомості щодо його первинного огляду, динаміку антропометричних показників, результати деяких допоміжних досліджень, що дає змогу оцінити фізичний і нервово-психічний розвиток новонародженого, установити наявність чи відсутність у нього ризику розвитку захворювань у найближчі 2—4 тижні й у наступні періоди життя для проведення необхідного диспансерного спостереження. Відомості з паспорта новонародженого обов'язково слід заносити до історії розвитку дитини (ф. № 112/о).

За даними звертань дітей у лікувально-профілактичні установи вивчають декілька видів захворюваності: загальну, інфекційну, важливу неепідемічну та госпіталізовану. Застосовують відповідні облікові документи, в яких міститься інформація, необхідна для проведення аналізу.

Загальну захворюваність вивчають за даними статистичного талону для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів або талона амбулаторного пацієнта. Інфекційну – на основі екстреного повідомлення про інфекційне захворювання, харчове (чи професійне) отруєння (ф. 058/у).

Для вивчення важливої неепідемічної захворюваності використовують повідомлення про активний туберкульоз, венеричні хвороби, грибкові хвороби шкіри (ф. 089/у) та повідомлення про злоякісні новоутворення (ф. 090/у), а госпіталізовану захворюваність вивчають за даними карт вибулих зі стаціонара (ф. 066/у).

ПАТРОНАЖ ДІТЕЙ 1-го РОКУ ЖИТТЯ:

Перший рік життя дитини має важливе значення в забезпеченні і збереженні здоров'я в наступні роки. У цьому віці відзначається недосконалість адаптації окремих органів та систем до умов зовнішнього середовища, внаслідок чого частіше виникають різні захворювання. Діти в цьому віці потребують частішого спостереження з боку педіатра, щоб своєчасно виявити відхилення, котрі виникають у стані здоров'я. Завданням профілактичних оглядів дітей 1-го року життя є організація правильного догляду та раціонального вигодовування, профілактики рахіту, інфекційних захворювань, раннього виявлення та лікування природженої паталогії тощо.

Протягом першого року життя здорову дитину обов'язково оглядає педіатр не менше 14 разів, у тому числі в умовах поліклініки 12 разів, а також ортопед з метою виявлення можливої дисплазії кульшових суглобів, офтальмолог, невропатолог та ін. Дільнична медична сестра відвідує дитину вдома не менше 1

разу на місяць.

Питання для контролю початкового рівня знань:

- Оцінити стан дитини першого року життя .
- Перелічити захворювання, що супроводжуються у дітей першого року життя.
- Скласти план догляду і вигодовування дитини першого року життя
- Визначити фактори ризику розвитку анемії та рахіту у дитини.
- Намітити наступний етап медичного обслуговування дітей першого року життя.
- Оглянути дитину, виявити характерні ознаки для анемії, рахіту та наслідків гіпоксичного ураження центральної нервової системи у дітей, якщо вони мають місце.
- Призначити план реабілітаційних заходів дітям, що перенесли анемії, рахіт та наслідки гіпоксичного ураження центральної нервової системи у дітей, якщо вони мають місце.
- Вміти сформулювати діагноз, призначити комплексне лікування.
- Розробити методи реабілітації та скласти план диспансерного спостереження дитини, що травмувалась під час пологів.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Дитині 8 місяців. Доставлена до приймального відділення дитячої лікарні з приступом генералізованих тонічних судом. При огляді виявлена гіперплазія лобних бугрів, симптом “реберних чіток, борозна Гаррісона, рахітичні браслети. Який препарат необхідно ввести для нормалізації іонного складу сироватки крові?

- Кальцію глюконат.
- Натрію хлорид.
- Натрію бікарбонат.
- Калію хлорид.
- Амонію хлорид.

2. У хлопчика 11 місяців на фоні легкого перебігу ГРВІ з’явилися повторні клонічні судоми. При огляді виявлено прояви рахіту середнього ступеня важкості. Рівень загального кальцію в сироватці крові – 1,7 ммоль/л, інтервал Q-T на ЕКГ подовжений – 0,33 сек. Даних про перинатальне ураження ЦНС немає. Спінно-мозкова рідина без змін, витікала під тиском. Вигодовування штучне, без

овочевих страв. Яке захворювання проявилось на фоні ГРВІ?

- Менінгіт
- Спазмофілія
- Нейротоксикоз
- Енцефаліт
- Енцефалітична реакція

3. Дитині 8 місяців. Зі слів матері під час вдягання дитина розплакалася, з'явилося шумне дихання, посиніла, вкрилася холодним потом, наступила короткочасна зупинка дихання. Мати збризнула дитині обличчя водою і дитина з шумом видихнула, а через кілька хвилин стала активною, гралася. При огляді лікар виявив у дитини ознаки рахіту. Поставте попередній діагноз.

- Доброякісні дитячі парціальні судоми
- Ювенільна міоклонічна епілепсія
- Фебрильні судоми
- Стороннє тіло гортані
- Спазмофілія, ларінгоспазм

4. Дільничний педіатр оглядає здорову доношену дитину місячного віку, що знаходиться на грудному вигодовуванні. Профілактику якого захворювання порекомендує лікар в першу чергу?

- A. Паратрофія
- B. Анемія
- C. Гіпотрофія
- D. Спазмофілія
- E. Рахіт

5. У дитини 5 місяців на фоні лікування рахіту (перорально вітамін D₃ в дозі 5 тис. МО і загальне УФО) виник приступ тоніко-клонічних судом. Яке обстеження призначить лікар в першу чергу?

- A. Визначення рівня кальцію і фосфору в крові
- B. Визначення рівня кальцію і фосфору в сечі
- C. Спинномозкова пункція
- D. Нейросонографія
- E. Комп'ютерна томографія головного мозку

6. У хлопчика 9 місяців під час крику з'явилося шумне дихання, ціаноз шкіри, холодний піт, настала короткочасна зупинка дихання, тонічні судоми в руках і ногах. Через декілька хвилин стан дитини нормалізувався. При огляді виявлені лише ознаки рахіту, температура тіла - 36,6°C. Вигодовується материнським

молоком. Який препарат необхідно призначити в першу чергу після нападу?

- A. Вітамін С
- B. Вітамін В
- C. Глюконат кальцію
- D. Оксидутират натрію
- E. Фінлепсин

7. На прийомі у педіатра дівчинка 1,5 місяців, що народилася недоношеною. Знаходиться на природному вигодовуванні. Яку добову дозу вітаміну D повинен призначити лікар для профілактики рахіту?

- A. 800 МО
- B. 200 МО
- C. 300 МО
- D. 600МО
- E. 400 МО

8. Хлопчик 8 міс. з кістковими проявами рахіту отримав вітамін D у дозі 1 млн. ОД. У нього поступово погіршувався апетит, сон, з'явилась протеїнурія. Проба Сулковича (++++). Що є препаратом вибору для патогенетичної терапії даного стану?

- A. Тироксин
- B. Преднізолон
- C. Рибофлавін
- D. Фенобарбітал
- E. Піридоксаль-фосфат

9. Дитина 2-х місяців, народилася восени з масою тіла 1900 г. Вигодовується материнським молоком. Профілактику рахіту треба проводити ергокальциферолом у щоденній дозі:

- A. 2000-3000 МО
- B. 100-200 МО
- C. 400-500 МО
- D. 300-400 МО
- E. 1000-1200 МО

10. Хлопчику 3 місяці, вигодовується коров'ячим молоком. Добре набирає масу, профілактика рахіту вітаміном D не проводилась. Дитина потіє, потилиця сплюснена, краніютабес, волосся на потилиці викатане, погано спить. У крові - високий рівень лужної фосфатази. Ваш діагноз?

- A. Гіпервітаміноз D
- B. Рахіт легкий, початковий період, гострий перебіг

- C. Рахіт легкий, період розпалу, підгострий перебіг
 D. Рахіт легкий, період розпалу, гострий перебіг
 E. Рахіт середньотяжкий, період розпалу, гострий перебіг

Коди правильних відповідей

1 – А, 2 – В, 3 – Е, 4 – Е, 5 – А, 6 – С, 7 – А, 8 – В, 9 – С, 10 – В.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Хлопчика 1 року госпіталізовано з приводу зменшення маси тіла, нестійких випорожнень, анорексії. Вище зазначені прояви з'явилися після введення в раціон манної каші (з 5 місяців). Дитина адинамічна, млява, шкіра бліда, суха, підшкірно-жирова клітковина відсутній. Живіт здутий, напружений, під час перкусії у верхній частині живота тимпаніт, шум плеску, випорожнення пінисті, світлого кольору, смердючі. В копроцитограмі: нейтральний жир - багато.

- Сформулюйте клінічний діагноз.
- Які зміни в біохімічних показниках крові можна очікувати у даної дитини?
- Призначте лікування.

Еталони відповідей.

- Глютеніт ентеропатія (целиакія), типова форма.
- Диспротеїнемія, низький рівень холестерину, загальних ліпідів, фосфоліпідів та в-ліпопротеїдів; підвищення вмісту вільних жирних кислот. Можливо транзиторна гіперферментемія з підвищенням рівня АлАТ, АсАТ, лужної фосфатази.
- Аглютеніт дієта з повним виключенням продуктів з пшениці, жита, ячменя, вівса, з підвищеним вмістом білка та солей кальцію. Виключаються продукти та блюда, які збільшують бродильні процеси в шлунково-кишковому тракті. Обмежуються речовини, які стимулюють секрецію шлунка, підшлункової залози; продукти, які негативно впливають на функціональний стан печінки.
- парентеральне введення вітамінів
- при неефективності аглютеніт дієти - преднізолон

Задача 2:

У дівчинки 3 місяців діагностовано природжену ваду серця: тетраду Фалло. Стан дівчинки важкий, часті задухо-ціанотичні напади, виражені ознаки серцево-судинної недостатності.

1. В якому віці дитину треба направити на консультацію до кардіохірурга з приводу проведення паліативного хірургічного втручання:

- А. З 3-х місяців
- Б. З 6 місяців
- В. З 1 року
- Г. З 3-х років
- Д. З 4-5 років

2. Вкажіть кратність оглядів кардіохірурга для цієї дитини:

- А. 1 раз на тиждень
- Б. 1 раз на місяць
- В. 1 раз на 3 місяці
- Г. 1 раз у півроку
- Д. 1 раз на рік

Еталони відповідей.

- 1. А. З 3-х місяців
- 2. Б. 1 раз на місяць

Задача 3:

Дівчинка 45 діб народилася від 2 вагітності на 41 тижні гестації з масою 4600 г. Знаходиться на грудному вигодовуванні. При обстеженні дільничим педіатром маса дитини 5700 г., природженні рефлекси знижені. Великий язик не вміщається у ротовій порожнині. Хриплий крик, метіоризм, закрепи.

- 4. Який попередній діагноз?
- 5. Яке додаткове обстеження необхідно провести в першу чергу?
- 6. Консультацію яких спеціалістів необхідно провести?

Еталони відповідей.

- Вроджений гіпотеріоз
- ТТГ, Т3, Т4
- Консультація ендокринолога та невролога

**Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації та формування практичних
навичок та вмінь.**

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю

1	Провести об'єктивне обстеження хворого першого року життя	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір, вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	Звернути особливу увагу на огляд тазостегнових суглобів, наявність гриж, ячок в мошонці.
		5. Дослідити м'язову систему	Стан кістково-м'язової системи, внутрішніх органів, наявність природжених захворювань, аномалій розвитку.
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, межі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистоля), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових ІІІ, ІV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок з патологією суглобів.
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожен його складову.
3	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1.Оцінити дані загального аналізу крові. 2.Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ.
4	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Ro-графії органів грудної клітки та суглобів, УЗД, ленситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки захворювання дітей першого року життя
5.	Провести	1.Послідовно знайти спільні	Особливу увагу треба приділити

	диференційну діагностику.	<p>риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів.</p> <p>4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину з пацієнтом.5</p>	проведенню диференційної діагностики
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Сформулювати остаточний клінічний діагноз. • На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу. 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
7.	Призначити лікування пацієнту	<p>1.Призначити немедикаментозне лікування.</p> <p>2.Призначити медикаментозне лікування</p>	Організація раціонального вигодовування і режиму дня дитини, перебування на свіжому повітрі, масаж, гімнастика, процедури, що гартують, специфічна профілактика рахіту Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне медикаментозне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання

V. Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Проводити оцінку фізичного розвитку дітей перших трьох років життя.	Провести оцінку фізичного розвитку дитини перших трьох років життя.
Особливості оцінки розвитку і здоров'я дітей перших трьох років життя.	Виділити ланки фізичного розвитку дитини перших трьох років життя.
Проводити оцінку психо-емоційного розвитку дитини перших трьох років життя.	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, "груп ризику",
Методи дослідження, які проводяться дітям перших трьох років життя.	Складати план спостереження за здоровою дитиною перших трьох років життя та дитиною, яка перенесла захворювання.
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) дитини перших трьох років життя.	Скласти план обстеження та перерахувати додаткові методи дослідження
Поняття про здоров'я дітей, критерії його оцінки,	Організація роботи кабінету здорової дитини в дитячій поліклініці.
Основні показники якості диспансерного спостереження дітей перших трьох років життя..	Критерії ефективності диспансеризації дітей перших трьох років життя..

VI. ЛІТЕРАТУРА

1. Госпітальна педіатрія / за ред. І.С.Сміяна, В.Г.Майданика- Тернопіль-Київ, 1997. –С. 4-75.

а. Дитячі хвороби / За ред. В.М. Сідельникова, В.В. Бережного. – Київ:

“Здоров’я“, 1999.-С.30-41.

- Медицина дитинства Т.І. / За ред.П.С. Мощича. - К.: Здоров'я,1995. - С.187-188, 399-413.
- Неонатологія: навч. посібник/ за ред. П.С.Мощича, О.Г.Сулими,- К.:Вища школа, 2004.-С.110-130.
- Сміяв І.С. Лекції з педіатрії.-Тернопіль, „ Підручники і посібники”, 2006- С.121-151.
- Сміян І.С. Педіатрія (цикл лекцій).- Тернопіль: Укрмедкнига, 1999.- С.129-147.
- Шабалов Н.П. “Неонатологія”. Т.1.-Санкт-Петербур.: Спец л-ра, 1997.- С.6-121.
- Л.О.Бадалян, Л.Т.Журба, Н.М.Всеволожская. Руководство по неврологии раннего детского возраста. Киев, ”Здоровье” .1989.
- Л.Т.Журба, Е.М.Мастюкова. Нарушение психомоторного развития детей первого года жизни. М.”Медицина, 1981.
- В.Ю.Мартинюк, С.М.Зінченко. Основи медико-соціальної реабілітації дітей з органічним ураженням нервової системи. Київ, 2005.
- Медицинская карта ребенка по Рурку.2006.
- Нормы роста детей, разработанные ВОЗ. 2006.
- А.Б.Пальчик. Эволюционная неврология. Санкт-Петербург. 2002.
- А.С.Петрухин. Неврология детского возраста. Москва, 2004.
- Совещание экспертов ФАО/ВОЗ по Е.Sakazakii и другим микроорганизмам в сухой детской смеси. No.6, 2004.
- Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков», 2005.
- Питание детей грудного и раннего возраста, 58 сессия Всемирной Ассамблеи здравоохранения, 2005.
- Стандартные показатели ВОЗ в области развития ребенка. Департамент по питанию для здоровья и развития, 2006.

Тема 48. Інтегроване ведення хвороб дитячого віку.

Стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку та її мета. Загальні ознаки небезпеки стану дитини. Оцінка, класифікація, лікування, консультація та наступне спостереження при кашлі, ускладненому диханні, діареї, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманці, порушеннях живлення та анемії, при наявності ВІЛ-інфекції у дітей від 2-х місяців до 5 років. Оцінка, класифікація, лікування, консультація та наступне спостереження у дітей у віці до 2-х місяців з жовтяницею, діареєю, проблемами годування та низькою масою тіла, вкрай тяжким захворюванням та місцевою бактеріальною інфекцією.

I. Актуальність теми.

Стратегію інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) розроблено ВООЗ/ЮНІСЕФ для покращення якості надання допомоги хворим дітям у віці до 5 років на первинному рівні. За даними ВООЗ 90 % смертей у віці до 18 років відбувається у перші 4 роки життя. Щорічно у світі помирає 11 мільйонів дітей у віці до 5 років, або 1200 дітей кожну годину. Стратегія ІВХДВ сприяє точній діагностиці дитячих хвороб в поліклініках, забезпечує належне комбіноване лікування всіх основних хвороб, покращує консультування осіб, які здійснюють догляд за дітьми, і прискорює госпіталізацію важко хворих дітей до вузьких спеціалістів і в стаціонар. У домашніх умовах вона стимулює звернення за належною допомогою, сприяє покращеному харчуванню та профілактиці, а також правильному виконанню лікарських призначень. ІВХДВ є комплексним підходом до охорони здоров'я дітей, у центрі якого знаходиться здоров'я дитини в цілому.

Цілями ІВХДВ є скорочення числа випадків смерті, хвороб та інвалідності та сприяння покращеному росту і розвитку дітей у віці до п'яти років. ІВХДВ включає як профілактичні, так і лікувальні елементи, які здійснюються медичними установами, а також сім'ями і громадами.

Конкретні цілі:

- Визначати загальні ознаки небезпеки стану дитини.
- Оцінювати стан, класифікувати тип кашлю, призначати лікування та визначати частоту наступного спостереження при кашлі у дітей від 2-х місяців до 5 років.
- Визначати тяжкість стану дитини та тактику ведення при ускладненому диханні, основні причини та план спостереження.
- Ставити діагноз і надавати екстрену допомогу при ускладненому диханні у дітей віком від 2-х місяців до 5 років.
- Оцінювати стан, класифікувати тип діареї, призначати лікування та визначати частоту наступного спостереження при діареї у дітей від 2-х

місяців до 5 років.

- Демонструвати володіння принципами лікування, реабілітації і профілактики порушень травлення, жовтяниці та діареї у дітей віком до 2-х місяців.
- Визначати тяжкість стану дитини та тактику ведення при болі в горлі, проблемах з вухом, причини та план спостереження при вище зазначених станах.
- Ставити діагноз і надавати екстрену допомогу при лихоманці у дітей віком від 2-х місяців до 5 років.
- Проводити диференціальну діагностику при кашлі ускладненому диханні діареї, проблемах з вухом болі в горлі, лихоманці, порушеннях травлення анемії та ставити попередній діагноз.
- Проводити диференціальну діагностику між вкрай тяжкою та місцевою бактеріальною інфекцією.
- Оцінювати невідкладні, пріоритетні симптоми та визначати тактику ведення дітей віком від 2місяців до 5 років при основних гострих захворюваннях дихальної системи, травного шляху, інфекційних захворюваннях.
- Демонструвати володіння морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації в поліклініці.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

- Студент повинен мати уявлення: б1
- Про невідкладні, пріоритетні симптоми та визначати тактику ведення дітей віком від 2місяців до 5 років при основних гострих захворюваннях дихальної системи, травного шляху, інфекційних захворюваннях.
- Про статистичні дані щодо захворюваності, частоти виникнення ускладнень, летальності, найближчого та віддаленого прогнозу хворих на основні гострі захворювання дітей віком від 2місяців до 5 років;
- Про історію наукового вивчення та внесок відчизняних вчених;
 - Студент повинен знати (засвоїти): б2
- етнологію кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблем з вухом, болю у горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії;
- ключові ланки патогенезу кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблем з вухом, болю у горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії;
- типові клінічні прояви кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблем з вухом, болю у горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії у дітей віком від 2місяців до 5 років; лабораторну та інструментальну діагностику кашлю,

ускладненого дихання, діареї, проблем з вухом, болю у горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії; у дітей віком від 2місяців до 5 років;

- ускладнення кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблем з вухом, болю у горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії у дітей віком від 2місяців до 5 років ;
- принципи лікування кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблем з вухом, болю у горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії у дітей віком від 2місяців до 5 років.

– Студент повинен оволодіти: б3

Навичками:

- збирання скарг та анамнезу захворювання;
- обстеження хворого із кашлем, при ускладненому диханні діареї, , проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії та виявлення основних симптомів і синдромів;
- сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
- визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);

Вміннями:

- інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень;
- провести диференційну діагностику при ускладненому диханні, кашлі, діареї, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманці, порушеннях травлення, анемії;
- провести диференційну діагностику з новоутвореннями щитоподібної залози;
- надати рекомендації стосовно режиму та дієти хворого із захворюваннями щитоподібної залози, враховуючи стадію захворювання, важкість стану та супутню патологію;
- Скласти план лікування хворого із захворюваннями щитоподібної залози (згідно стандартам лікування) з урахуванням стадії захворювання, наявності ускладнень та супутньої патології;
- Надати невідкладну допомогу в екстримальних ситуаціях та невідкладних станах.

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології на поліклінічному консультативному прийомі;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;

— Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги.

▪ **Зміст теми заняття :**

Цілями ІВБДВ є скорочення числа випадків смерті, хвороб та інвалідності та сприяння покращеному росту і розвитку дітей у віці до п'яти років. ІВБДВ включає як профілактичні, так і лікувальні елементи, які здійснюються медичними установами, а також сім'ями і громадами.

Стратегія включає три основних компоненти:

- Покращення навичок працівників охорони здоров'я в області ведення пацієнтів

покращення загальних систем охорони здоров'я

- Покращення практики охорони здоров'я на рівні родин і громад.

ІВБДВ забезпечує комбіноване лікування основних дитячих хвороб і надає особливого значення профілактиці хвороб шляхом імунізації і поліпшеного харчування. Її пріоритетний напрямок – первинна медико-санітарна допомога.

Основними кроками є:

- Прийняття комплексного підходу до питань здоров'я та розвитку дітей в рамках національної політики охорони здоров'я, що затверджено наказом МОЗ № 581 від 15.07.2010 «Про впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку».
- Адаптація стандартних клінічних керівних принципів ІВБДВ до потреб країн щодо ліків, зовнішньої політики, а також до місцевих харчових продуктів і мови, якою говорить населення.

- Покращення якості допомоги, що надається в місцевих клініках, шляхом підготовки працівників охорони здоров'я в області нових методів діагностики та лікування дітей, а також ефективного консультування батьків. Створення можливостей для надання якісної допомоги шляхом забезпечення достатньої кількості належних недорогих лікарських засобів і простого обладнання.

- Посилення медичної допомоги в лікарнях для тяжкохворих дітей, адаптація для лікування в клініках для амбулаторних хворих.

- Розробка механізмів підтримки в рамках громад для профілактики хвороб, надання допомоги сім'ям у догляді за хворими дітьми та для відправки дітей в клініки і лікарні в міру необхідності.

Принципи ІВБДВ наступні:

1. Хворі діти мають бути обстежені на наявність «загальних ознак небезпеки», які вказують на необхідність термінового направлення або прийому на стаціонарне лікування. Ступінь чутливості і специфічності визначає діагностичну

цінність клінічної ознаки порівняно з так званим золотим стандартом, який за визначенням має 100% чутливість та специфічність 100%.

2. Слід оцінювати усіх хворих дітей по основних симптомах (для дітей віком від 2 місяців до 5 років: кашель або утруднене дихання, діарея, лихоманка, проблеми з вухом, для немовлят у віці від 1 тижня до 2 місяців: бактеріальна інфекція і діарея) . Також необхідно проводити оцінку статусу харчування, прищепного статусу, проблем годування, а також інших можливих проблем у дітей.

3. Необхідно брати до уваги тільки обмежену кількість ретельно обраних клінічних ознак, ґрунтуючись на фактах їх чутливості і специфічності для виявлення захворювання.

4. Поєднання окремих ознак призводить до класифікування захворювання дитини, а не відразу до діагнозу. При цьому звертають особливу увагу на ступінь тяжкості захворювання. На підставі вищевикладеного приймають рішення про необхідність виконання певних дій, ґрунтуючись на тому, чи повинна дитина бути терміново направлена для надання їй медичної допомоги на іншому рівні системи охорони здоров'я, чи потребує дитина проведення спеціального лікування або ж дитину можна безпечно вести на дому.

5. Керівництва ІВБДВ охоплюють майже всі (за рідкісним винятком), основні причини, з яких хвора дитина поступає у медичний заклад. Дитина, яка звертається до медичної установи з хронічною проблемою - менш поширеним захворюванням, може потребувати спеціального лікування. В інструкціях не описуються ведення травм або інші найбільш термінові види невідкладного лікування, необхідні при нещасних випадках і ушкодженнях. Процедури ведення хворих ІВБДВ передбачають використання обмеженого числа основних лікарських препаратів і роблять акцент на догляді за дітьми в процесі лікування.

6. Одним з основних компонентів посібників ІВБДВ є консультування людей, які доглядають за дітьми, з питань ведення хворих на дому, включаючи питання годування, прийому рідини, а також те, коли слід повернутися до медичної установи.

Процедура проведення оцінки для дитини віком від 2 місяців до 5 років включає:

- 1) збір анамнезу і скарг у процесі спілкування з батьками або людиною, яка доглядає за дитиною,
- 2) перевірка на наявність загальних ознак небезпеки,
- 3) перевірка на наявність основних симптомів,
- 4) перевірка статусу харчування,
- 5) оцінка годування дитини;
- 6) перевірка прищепного статусу,

7) оцінка з інших проблем.

До невідкладних ознак належать:

1) асфіксія

2) важка дихальна недостатність

3) центральний ціаноз

4) симптоми шоку (холодні руки, капілярний наповнення більше 3 с, слабкий частий пульс

5) кома

6) судоми

7) ознаки важкого обезводнення у дитини з діареєю (загальмованість, запалі очі, дуже повільне розгладження шкірної складки після стискання - будь-які дві ознаки із зазначених вище).

Діти з невідкладними ознаками потребують негайного лікування для запобігання смертельного результату.

Процес швидкої оцінки стану дітей при їх вступі до лікарню для виявлення:

1. тих з них, у кого є невідкладні ознаки і кому в зв'язку з цим необхідні термінові втручання за життєвими показаннями;

2. тих, у кого є пріоритетні ознаки, що свідчать про необхідність приділити пріоритетну увагу, серед тих, хто очікує своєї черги, і провести без затримки необхідні лікувально-діагностичні заходи;

3. нетермінові випадки, де немає ні екстрених, ні пріоритетних ознак. Діти з невідкладними ознаками потребують негайного лікування для запобігання смертельного результату.

4. Пріоритетні ознаки свідчать про те, що у пацієнта є ризик летального результату. Таких дітей необхідно більш детально обстежити без зайвого зволікання.

Загальні ознаки небезпеки необхідно перевіряти у всіх дітей.

У дитини були судоми під час даного захворювання. Судоми, обумовлені лихоманкою, як правило, не небезпечні для здоров'я дитини. Однак слід пом'ятати, що судоми можуть бути обумовлені менінгітом або іншими небезпечними для життя захворюваннями. На рівні первинної допомоги всі діти, у яких були судоми під час даного захворювання, розцінюються як важко хворі.

Дитина в несвідомому або летаргічному стані. Відсутність свідомості вказує на те, що дитина важко хвора. Летаргічна дитина - це дитина, яка не спить, проте не реагує адекватно на звуки і дотики. Такий стан може бути обумовлений різноманітними, як правило, важкими захворюваннями.

Дитина не може пити чи смоктати груди. Причини цього стану можуть бути різними. Можливо, дитина дуже слабка, або вона не може ковтати. Не слід

повністю покладатися на відомості, отримані від матері. Необхідно поспостерігати, як мати намагається годувати дитину грудьми або поїти його.

У дитини блювота після прийому будь-якої їжі або пиття. Блювота може бути ознакою цілого ряду важких захворювань. Крім того, наявність блювоти такого характеру призводить до того, що дитина не може приймати ліки або розчини для регідратації.

Якщо у дитини є один або кілька загальних ознак небезпеки, його необхідно класифікувати як тяжкохворого («рожевий»). Така дитина, як правило, потребує термінового напрямку в стаціонар. («Сучасна педіатрія» № 4 (32) / 2010, стр. 19).

Необхідно швидко оцінити стан дитини з найбільш важливих причин важкого захворювання і смертельного результату - гостра респіраторна інфекція, пневмонія, діарея і лихоманка, а також оцінити статус харчування. Перед відправкою до стаціонару дитині потрібно дати першу дозу необхідних ліків (наприклад, антибіотик), а матері - рекомендації по її діям під час транспортування (наприклад, давати дитині дрібно і часто сольовий розчин для оральної регідратації або годувати дитину груддю).

Оцінка і класифікація основних симптомів і визначення тактики лікування при первинному огляді.

Після перевірки на наявність загальних ознак небезпеки медичний працівник повинен оцінити дитину на наявність основних симптомів. У базових клінічних посібниках ІВБДВ наведені чотири наступних симптоми:

- 1) кашель або утруднене дихання,
- 2) діарея;
- 3) лихоманка,
- 4) проблеми з вухом.

Перші три симптоми включені, оскільки вони часто призводять до смертельного результату. Проблеми з вухом включені, оскільки вони вважаються однією з основних причин дитячої інвалідності в країнах з низьким і середнім рівнем достатку.

Кашель або утруднене дихання може бути проявом пневмонії або важкої респіраторної інфекції. Після перевірки на наявність ознак небезпеки необхідно запитати матір, чи є у дитини кашель або утруднення дихання; якщо є, то як довго у дитини спостерігається цей симптом.

Для оцінки хворої дитини з кашлем або утрудненим диханням використовуються наступні клінічні ознаки:

- частота дихання;
- втягнення нижнього краю грудної клітини,
- стридор;

— астматичне дихання.

Всі ці ознаки треба оцінювати, коли дитина перебуває в стані спокою.

Прискорене дихання (від 2 до 12 міс - 50. І більше в 1 хв, від 12 міс. до 5 років - 40 і більше) – найбільш чутлива і специфічна ознака для виявлення пневмонії. Втягіння нижнього краю грудної клітини є важливою ознакою важкої пневмонії. Однак слід пам'ятати, що збуджений стан, закладений ніс або смоктання грудей можуть викликати тимчасове втягнення грудної клітини.

Стридор - це хриплячий звук при вдиху дитини. Діти зі стридором у стані спокою схильні до підвищеного ризику обструкції і повинні бути направлені до стаціонару. Поява стридору тільки при плачі або підчас крику - не є причиною направлення дитини в стаціонар.

Астматичний звук виникає на видиху, частіше обумовлений бронхіальною астмою. Якщо у дитини є астматичні звуки на видиху, про наявність або відсутності прискореного дихання судять після проведення тесту за допомогою швидкодіючого бронхолітика (вентолін, беродуал – якщо можливо).

Кашель.

Кашель є захисною реакцією організму, яка спрямована на звільнення повітроносних шляхів від слизу, мокротиння, різних хімічних речовин і механічних часточок (С.П. Кривоустов, К.М. Щербинська, 2009).

Хоча основна фізіологічна функція кашлю – захисна (відновлення прохідності дихальних шляхів і мукоциліарного кліренсу), проте тривалі напади кашлю можуть набути патологічного значення, викликаючи в організмі дитини цілу низку ускладнень. До останніх належать розлад сну, нудота, блювання, розтягування міжреберних м'язів, мимовільне сечовипускання, крововилив судин склер, підвищення тиску у венах великого кола кровообігу, емфізема легень, легенева гіпертензія, непритомність тощо.

Класифікація кашлю у дітей (О.М. Охотнікова, 2010)

За тривалістю кашлю:

- гострий кашель тривалістю до 3 тижнів;
- підгострий (затяжний) – від 3 до 8 тижнів;
- хронічний – понад 8 тижнів.

За клінічною характеристикою:

- сухий, непродуктивний;
- вологий, продуктивний;
- поверхневий,
- глибокий та ін.
- інтермітуючий, продуктивний (хронічний бронхіт, бронхоектази);
- сухий, нав'язливий, приступоподібний (БА, кашлюк, паракашлюк);
- жорсткий, грубий (трахеїт, психогенний кашель);

- «гавкаючий» (ларингіт);
- пароксизмальний (муковісцидоз, стороннє тіло);
- кашель-стаккато (хламідійна інфекція).

Найчастіші причини гострого кашлю у дітей:

- інфекції (пневмонія, гострий бронхіт, бронхіоліт, удаваний круп, гострі респіраторні вірусні інфекції – ГРВІ, кашлюк, плеврит);
- токсичні та механічні (стороннє тіло бронхів) дії.

Варіантами кашлю за клінічною характеристикою є також:

- спочатку сухий, непродуктивний, потім вологий – при гострому фарингіті, ларингіті, крупі, трахеїті, бронхітах, пневмоніях;
- кашель-стаккато – при хламідійній пневмонії у дітей перших місяців життя – сухий, відривчастий, голосний, приступами, але без реприз, з тахіпноє, але без підвищення температури тіла;
- затяжний (понад 2 тижні) – часто після гострого бронхіту, зумовлений вже не запаленням, а гіперпродукцією мокротиння і гіперреактивністю рецепторів;
- кашель у зв'язку з дисфагією і звичною аспірацією – закалювання і поперхування під час прийому їжи; при цьому вислуховуються хрипи у грудях, які швидко зникають і змінюють свою локалізацію. На рентгенограмі органів грудної клітки в цьому випадку відзначається затемнення або посилення легеневого рисунка в ділянці верхньої долі;
- кашель зі значною кількістю пінистого мокротиння – при бронхостравохідній килі;
- приступи кашлю під час сну з симптомом «вологої подушки» вранці – при гастроєзофагеальному рефлюксі та дисфагії;
- поверхневий кашель без хрипів – при синдромі затікання слизу у гортань (*dripsyndrome*)
 - при аденоїдиті і назофарингіті, гіпертрофії аденоїдних вегетацій;
- болісний, приступоподібний, з відходженням грудочки щільного слизу – при трахеїті і трахеобронхіті (RSV, риновірус, парагрип, стерті форми кашлюку – 25% дітей шкільного віку і підлітків, раніше щеплених проти кашлюку, при цьому відзначаються високі титри антитіл);
- сухий, приступоподібний спастичний рецидивний кашель – при БА;
- вологий, затяжний (понад 2 тижні) – при рецидивному бронхіті;
- вологий або спастичний, але без приступів, на фоні ГРВІ – при рецидивах обструктивного бронхіту. Надалі кашель виникає після дії алергену, фізичного

навантаження, вдихання холодного повітря або без чіткої причини, що свідчить про трансформацію в БА.

Етіологічні фактори хронічного кашлю у дітей:

- бронхолегеневі – хронічний бронхіт, бронхіальна астма (БА), пухлини бронхів, інтерстиціальні хвороби легенів;
- позалегеневі – пухлини середостіння, кардіальні причини, аневризма аорти, синусит, гастроєзофагеальний рефлюкс, медикаментозний, невротичний.

Хронічний кашель при:

- хронічних хворобах органів дихання (гнійних захворюваннях легенів) – вологий постійний, особливо вранці внаслідок скупчення мокротиння;
- бронхоектазах, гіпоплазії хрящів бронхів – дуже глибокий, вологий, нерідко спастичний;
- муковісцидозі – нав'язливий, виснажливий, з ознаками обструкції;
- папіломатозі гортані – постійний сухий зі зміною голоса;
- фіброзуючому альвеоліті – сухий кашель із задишкою у сукупності з деформацією грудної клітки.

Психогенний кашель є сухим, з металічним компонентом, спостерігається тільки у денні часи, зникає під час сну. Його важливою відмінною особливістю є регулярність і висока частота (до 4–8 разів на хвилину), а також зникнення під час прийому їжі та при розмові. Як правило, психогенний кашель є реакцією на стресові ситуації у сім'ї та школі, потім стає звичним. Часто причиною стресу стає відсутність належної уваги до дитини або навпаки, підвищена тривожність батьків. Початок психогенного - на фоні гострого респіраторного захворювання, після одужання від якого він швидко стає звичним. Психогенний кашель має характер тиків або проявів обсесивно-компульсивного розладу (синдром Жіля де ля Туретта).

Бітональний кашель проявляється спочатку низьким, а потім високим тоном. Патогномонічний для туберкульозних грануляцій з лімфобронхіальної киля, іноді спостерігається при сторонніх тілах у крупних бронхах. ітональний кашель є показанням до бронхоскопії.

Кашель при глибокому вдиху, який супроводжується болем при диханні – при крупозній пневмонії, плевриті; зникає після прийому наркотичних анальгетиків (кодеїну, промедолу тощо), може спостерігатися при рестриктивних процесах внаслідок підвищеної ригідності легенів (алергічному альвеоліті) і гіперреактивності бронхів (БА).

Нічний кашель - при бронхіальній астмі, виникає ближче до ранку у зв'язку з появою чи посиленням бронхоспазму, часто внаслідок тривалого контакту з алергенами домашніх кліщів у постільних речах і пера подушки. Нічний кашель

також часто розвивається при гастроєзофагеальному рефлюксі, нерідко при цьому старші діти скаржаться на печію, нудоту, блювоту. Нерідко він спостерігається при синуситах і аденоїдитах, за яких часто розвивається синдром затікання слизу і висихання слизової оболонки ротової порожнини внаслідок дихання ротом.

Окремо слід зазначити, що тривалий сухий кашель і навіть прояви бронхоспазму, перш за все, за рахунок гіперреактивності зони кашльового рефлексу і бронхів, можуть викликати деякі медикаменти, зокрема інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (ІАПФ) («капотеновий» кашель), нестероїдні протизапальні засоби (ацетилсаліцилова кислота та її аналоги), блокатори б-адренорецепторів (анаприлін та його аналоги).

Кашель при фізичному зусиллі є проявом гіперреактивності бронхів, спостерігається при БА.

Кашель із синкопе (короткочасною втратою свідомості) виникає внаслідок зниження венозного притоку при підвищенні внутрішньогрудного тиску і внаслідок цього – зменшення серцевого викиду. Незважаючи на короткочасну втрату свідомості, цей стан є доброякісним, для лікування якого необхідне застосування тільки протикашльових засобів.

Постуральний кашель (кашель виникає при зміні положення тіла хворого в ліжку) характерний для хронічних синуситів.

За часом і умовами появи кашлю:

- ранковий (хронічний бронхіт, синдром затікання);
- постуральний (хронічні синусити);
- кашель після засинання (психогенний – звичний, БА, ГЕР);
- кашель після фізичного зусилля (БА фізичного навантаження).

Таблиця 1.

Характер і час виникнення синдрому кашлю у дітей (О.М. Охотнікова, 2010).

Вік	Вроджені вади бронхолегеневої системи	Інфекційні хвороби	Неінфекційні хвороби
0-12міс	Інфекції дихальних шляхів, гастроєзофагеальна фістула, судинна аномалія, муковісцидоз	Респіраторно-синцитіальна вірусна інфекція, цитомегаловірусна інфекція, кашлюк, паракашлюк, респіраторний хламідіоз	

1-3 роки		Респіраторний хламідіоз, респіраторний мікоплазмо, хронічний бронхіт, пневмонія	Стороннє тіло у бронхах, бронхіальна астма, drip-syndrome, муковісцидоз, пасивне тютюнопаління
4-12 років		Респіраторний мікоплазмоз, кашлюк, паракашлюк, хронічний бронхіт, бронхоектатична хвороба, туберкульоз	Кашльовий варіант бронхіальної астми, drip-syndrome, гастроєзофагеальний рефлюкс, психогенний (звичний) кашель
13-18 років		Респіраторний мікоплазмоз, хронічний бронхіт, бронхоектатична хвороба, туберкульоз	Гастроєзофагеальний рефлюкс, бронхіальна астма, активне тютюнопаління, психогенний кашель

Обсяг обстеження: огляд педіатром або сімейним лікарем, за необхідності дитина - консультація фтизіатра, оториноларинголога, інших спеціалістів педіатричного профілю, загально-клінічні лабораторні аналізи, при кашлі більш 1 місяця – обзорна рентгенографія органів грудної порожнини.

Грунтуючись на поєднанні перерахованих вище ознак, захворювання дітей з кашлем або утрудненим диханням можна класифікувати за трьома категоріями:

1. **ВАЖКА ПНЕВМОНІЯ АБО ДУЖЕ важке захворювання («рожевий»)** - у дитини має бути будь-яка загальна ознака небезпеки або втягнення нижньої стінки грудної клітини, або стридор у спокої; найбільш вірогідно дитина має бактеріальну інфекцію, небезпечну для життя, необхідно ввести першу дозу антибактеріального препарату і терміново направити до стаціонару.

2. **ПНЕВМОНІЯ («жовтий»)** - у дитини спостерігається прискорене дихання, вона потребує призначення амбулаторного лікування антибактеріальним

препаратом з-за високої ймовірності бактеріальної пневмонії, при астматичному диханні застосовують аерозольний бронхолітик протягом 5 днів, призначають препарати, що пом'якшують кашель; наступний огляд - через 2 дні, якщо у дитини кашель не припиняється більше 3 тижнів необхідно виключити туберкульоз, бронхіальну астму або іншу проблему (При необхідності, в умовах стаціонару).

3. КАШЕЛЬ чи застуда («зелений») - дитина, у якої немає дуже важкого захворювання або пневмонії, вона не потребує лікування антибактеріальним препаратом, потрібно призначити безпечний засіб для полегшення кашлю, одужання - через 1 чи 2 тижні; подальший огляд - через 5 днів, якщо у дитини кашель не припиняється більше 3 тижнів, необхідно виключити туберкульоз, бронхіальну астму або іншу проблему (при необхідності, в умовах стаціонару).

Діарея.

Діарея є наступним симптомом, який необхідно перевіряти у кожної дитини, яка звернулася по допомогу. Лікар повинен відокремлювати 3 потенційно смертельно небезпечних захворювання:

- гострої водянистої діареї (включаючи холеру);
- дизентерії (кривавої діареї),
- затяжної діареї (Триваючої більше 14 днів).

Всіх дітей з діареєю необхідно оцінити за:

- а) ознаками зневоднення;
- б) тривалості діареї,
- в) наявності крові в калі.

Для визначення ступеня зневоднення використовуються наступні клінічні ознаки:

1) загальний стан дитини - залежно від ступеня зневоднення дитина з діареєю може бути летаргічною / без свідомості або неспокійною/дратівливою (діти, яких ніяк не можна заспокоїти),

2) запалі очі - менш надійний ознака зневоднення, так як у дитини з важким порушенням харчування і видимим виснаженням очі можуть постійно виглядати запалими,

3) реакція дитини, коли їй пропонують пити, - не може пити (не може набирати рідину в рот і ковтати її), п'є погано (Потребує сторонньої допомоги), може ковтати рідину тільки, якщо її вводять до рота, п'є з жадібністю (явно хоче пити),

4) еластичність шкіри (тест шкірної складки) - після відпускання, шкірна складка розправляється дуже повільно (більше 2 секунд), повільно (складка не розправляється протягом короткої миті) або негайно, у дитини з токсикозом (тяжке порушення живлення) шкірна складка може розправлятися повільно, навіть якщо у дитини немає зневоднення, у дитини із зайвою вагою або з

набряком шкірна складка може розправлятися негайно, навіть якщо дитина зневоднена.

Після оцінки дитини за ступенем зневоднення потрібно з'ясувати, як довго триває діарея і чи є кров у фекальних масах. Це дозволить виявити дітей з затяжною діареєю і дизентерією.

Грунтуючись на поєднанні наведених вище клінічних ознаках, захворювання з діареєю можна класифікувати за наступними категоріями:

1. **ТЯЖКЕ ЗНЕВОДНЕННЯ («рожевий»)** - у дитини є 2 з перерахованих ознак: летаргічна / без свідомості, запалі очі, не може пити, шкірна складка розправляється дуже повільно, дефіцит рідини більше 10%, потрібно негайно розпочати введення рідини внутрішньовенно, через зонд або в рот малими порціями (оральна регідратація) і терміново направити в стаціонар.

2. **ПОМІРНЕ ЗНЕВОДНЕННЯ («жовтий»)** - у дитини є 2 з перерахованих ознак: неспокійний / дратівливий, запалі очі, жадібно п'є, шкірна складка розправляється повільно, дефіцит рідини більше 5-10%; дитина потребує оральної регідратації та амбулаторного лікування; наступний огляд - через 5 днів при відсутності поліпшення. («ОРГАНІЗАЦІЯ ДИТЯЧОГО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я», Сучасна педіатрія 4 (32) / 2010)

3. **НЕМАЄ ЗНЕВОДНЕННЯ («зелений»)** - у дитини недостатньо ознак, щоб класифікувати важке або помірне зневоднення, дефіцит рідини не перевищує 5%, дитині необхідно давати більше рідини, ніж зазвичай, наступний огляд – через 5 днів при відсутності поліпшення.

4. **ВАЖКА** затяжна діарея («рожевий») – у дитини є будь-яка ступінь зневоднення, йому необхідно почати лікування зневоднення і направити в стаціонар.

5. **Затяжна** діарея («жовтий») - у дитини немає ознак зневоднення, ведуть амбулаторно, дають рекомендації з харчування, призначають полівітаміни та цинк на 14 днів, наступний огляд - через 5 днів.

6. **ДИЗЕНТЕРІЯ («жовтий»)** - у дитини діарея з кров'ю, що є ознакою інвазивної кишкової інфекції, що становить близько 10% всіх епізодів діареї у дітей у віці до 5 років, викликає до 15% всіх смертельних випадків при діареї, особливо важкий перебіг при порушенні харчування, дитині негайно призначають антибактеріальний препарат, ефективний проти *Shigella*, наступний огляд - через 2 дні.

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ІНВАЗИВНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ

Інвазивні інфекційні діареї – це група інфекційних захворювань переважно бактеріальної чи паразитарної етіології, які характеризуються фекально-оральним шляхом передачі та переважним ураженням шлунково-кишкового тракту.

Шифр МКХ –10 –

A00-A09 Кишкові інфекційні хвороби

A01 Тиф та паратиф

A02 Інші сальмонельозні інфекції

A03 Шигельоз

A04 Інші бактеріальні кишкові інфекції

Найчастіші збудники інвазивних інфекційних діарей у дітей:

Бактерії: *Shigella*; *Salmonella*; *Echerichia coli* (ентероінвазивні та ентерогеморагічні штами); *Yersinia enterocolitica*; *Campylobacter*; *Clostridium*;

Протисти: *Balantidium*; *Etmoeba histolytica*.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ: КЛІНІЧНІ:

- гострий початок;
- підвищення температури тіла до 38-40 С;
 - симптоми інфекційного токсикозу, можливий розвиток токсичної енцефалопатії (порушення свідомості, судоми);
- блювота;
- переймоподібні болі в животі;
- тенезми чи еквіваленти тенезмів;
- спазмована сигмоподібна, ободова кишка;
- рідкий малокаловий стілець, часто зеленого кольору;
- в випорожненнях домішки слизу, крові, рідко гною.

Критерії тяжкості:

- вираженість симптомів інтоксикації;
- характер, частота випорожнень, наявність гемоколіту;
- інтенсивність болю в животі;
- наявність та характер ускладнень.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

- Копрограма (слиз, лейкоцити, еритроцити, клітини циліндричного епітелію);
- Посів калу (при сальмонельозі – додатково сечі, крові);
- Реакція аглютинації, реакція пасивної гемаглютинації (наростання титру антитіл у динаміці). Доцільно проводити у дітей старше 1 року при відсутності позитивних результатів бактеріологічних досліджень.

ЛІКУВАННЯ

1. Антибактеріальна терапія.

Показання до антибактеріальної терапії:

- Всі тяжкі форми захворювання незалежно від етіології та віку дитини;
- Гемоколіт незалежно від віку дитини та тяжкості захворювання;
- При середньо-тяжких формах захворювання:
- діти до 1 року;

Діти старше 1 року життя з:

- імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфіковані діти;
- діти, які знаходяться на імуносупресивній терапії;
- діти з гемолітичними анеміями ;
- шигельози, амебіаз;
- при наявності вторинних бактеріальних ускладнень;
- при наявності позакишкових вогнищ інфекції.

При легких формах захворювання:

Діти 1 року життя з:

- імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфіковані;
- діти з гемолітичними анеміями;
- шигельози, амебіаз;
- при наявності вторинних бактеріальних ускладнень.

Антибактеріальна терапія не показана:

- Хворим з легкими формами інфекцій, крім тих, що перелічені попередньо;
- Хворим із стертими формами;
- При бактерійному носійстві любої етіології (транзиторне, постінфекційне);
- Хворим із дисфункцією шлунково-кишкового тракту, які пов'язані з наслідками ГКІ (дисбіоз кишечника, лактазна недостатність, синдром целиакії, вторинні ферментопатії тощо).

Антибактеріальні препарати 1 ряду призначаються: препарати нітрофуранового ряду дітям не призначаються, тільки ніфуроксазид.

Антибактеріальні препарати 2 ряду призначаються: при неефективності препаратів 1 ряду, при середньотяжких і тяжких формах, при пізній госпіталізації в якості стартових препаратів, переважно в стаціонарі.

До них відносяться:

- препарати налідіксової кислоти;
- аміноглікозиди 2 покоління (амікацин, нетилмецин), крім сальмонельоза;

Антибактеріальні препарати 3 ряду в амбулаторних умовах не призначаються.

До них відносяться:

- амінопеніциліни, захищені від бета-лактамазної активності збудників (при наявності чутливої флори до них);
- цефалоспорини 3 покоління (цефотаксим, цефтриаксон);

- карбопенеми (іміпенем, меропенем);
- фторхінолони (тільки по життєвим показанням).

Курс антибактеріальної терапії – 5-7 днів.

Показанням до заміни препарату є - його неефективність протягом 3 днів.

2. Регідратаційна терапія - при інвазивних ГКІ дегідратація організму дитини зустрічається відносно рідко. При її наявності перевагу віддають оральним методам регідrataції з використанням глюкозо- сольових розчинів.

3. Дезінтоксикаційна терапія - проводиться при наявності симптомів інфекційного токсикозу. При легких та середньотяжких формах для цієї мети використовують розчини для оральної регідrataції. При тяжких формах – госпіталізація.

4. Допоміжна терапія:

а) Ентеросорбція: перевага надається сілакатним сорбентам, які призначаються з перших днів захворювання. Курс ентеросорбції при ГКІ – 5-7 днів.

Критерієм ранньої відміни препарату є нормалізація випорожнень чи затримка випорожнень протягом 2 діб.

б) Пробіотикотерапія: в якості етіотропних засобів при відсутності антибактеріальних препаратів у призначеннях.

Курс пробіотикотерапії в гострому періоді ГКІ триває 5 - 10 днів. Пробіотикотерапія також показана в періоді реконвалісценції ГКІ фізіологічними пробіотиками (в своєму складі містять нормальну мікрофлору) з метою відновлення мікрофлори кишечника протягом 3 - 4 тижнів.

в) Ферментотерапія: призначається в стадії реконвалісценції при наявності ознак дисферментемії у дітей, які перехворіли на ГКІ. Використовують препарати з ферментів підшлункової залози (панкреатин тощо).

Курс ферментотерапії 2 - 3 тижні.

5. Дієтотерапія.

В гострому періоді ГКІ рекомендується зменшення добового об'єму їжі на $\frac{1}{3}$ - $\frac{1}{4}$. Можливе збільшення кратності годувань до 8-10 на добу у дітей грудного віку та при позивах на блювоту. На сьогодні найбільш фізіологічним вважається раннє, поступове відновлення харчування. Відновлення якісного та кількісного складу їжі здійснюється в максимально можливі короткі строки.

У дітей старшого віку рекомендується дотримуватися щадної дієти, з раціону виключається цільне молоко, їжа багата на вуглеводи, жирна, смажена, копчена, груба їжа.

У дітей 1 року життя вигодовування грудним молоком повинно зберігатися. Дітям на штучному вигодовуванні в гострому періоді ГКІ залишають звичайні адаптовані молочні суміші. При можливості проведення годування

низьколактозними сумішами. Можна призначати печені яблука, кисломолочні продукти, картопляне, моркв'яне пюре на воді. Введення в раціон харчування продуктів багатих на пектинові речовини (печені яблука, банани, яблучне пюре).

УСКЛАДНЕННЯ (лікування проводиться згідно відповідних протоколів):

1. Випадіння слизової оболонки прямої кишки;
2. Кишкові кровотечі;
3. Перфорація кишкових виразок;
4. Перитоніт;
5. Інвагінація кишечника;
6. Тріщини заднього проходу;
7. Ерозії заднього проходу;
8. Парез кишечника;
9. Синдром токсико-ексикозу;
10. Синдром нейротоксикозу;
11. Гострий набряк-набухання головного мозку;
12. Судомний синдром;
13. Приєднання вторинної бактеріальної інфекції та розвиток отиту, пневмонії, інфекції сечовивідних шляхів, стоматиту тощо;
14. Інфекційно-токсичний шок;
15. Гостра ниркова недостатність;
16. ДВЗ – синдром.
17. Дисбіоз кишечника.

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СЕКРЕТОРНИХ ІНФЕКЦІЙНИХ ДІАРЕЙ У ДІТЕЙ

Секреторні інфекційні діареї – це група інфекційних захворювань переважно вірусної, рідше бактеріальної етіології, які характеризуються фекально-оральним шляхом передачі і переважним ураженням тонкого кишечника.

Шифр МКХ –10 –

A00 Холера

A04.0 Ентеропатогенна інфекція, спричинена *Escherichia coli*

A04.1 Ентеротоксигенна інфекція, спричинена *Escherichia coli*

A08 Вірусні та інші уточнені кишкові інфекції

A08.0 Ротавірусний ентерит

A08.2 Аденовірусний ентерит

A08.3 Інший вірусний ентерит

A08.4 Вірусна кишкова інфекція, неуточнена

A08.5 Інші уточнені кишкові інфекції

Найчастіші збудники секреторних інфекційних діарей у дітей:

Віруси: Rotavirus; Adenovirus; Astrovirus; Coronavirus; Calicivirus; Reovirus;

Бактерії: *Vibrio cholerae*; *Salmonella*; *Echerichia coli* (ентеропатогенні, ентеротоксигенні, ентероадгезивні).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ:

КЛІНІЧНІ:

- гострий початок;
- підвищення температури тіла до 38-38,5 С чи вище;
- можлива блювота;
- постійні, ниючі болі в животі;
- рідкий, рясний стул з домішками води і рештків непережареної їжі;
- можливий катар верхніх дихальних шляхів при ГКІ вірусної етіології;
- у великому відсотку випадків розвивається токсикоз з ексикозом.

Критерії тяжкості:

- ступінь дегідратації
- вираженість симптомів інтоксикації;
- характер, частота випорожнень;
- наявність та характер ускладнень.

ПАРАКЛІНІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ:

А. Копрограма – лімфоцити, ознаки порушення ферментативної функції кишечника;

В. Посів калу – виділення збудника та уточнення його виду; При необхідності проводять посів крові, блювотних мас, промивних вод шлунку, залишків їжі.

С. Вірусологічне дослідження калу – виділення вірусу;

Д. Визначення антитіл до збудників методом ІФА (по можливості);

Е. Визначення антитіл пасивної гемаглютинації – наростання титру антитіл (по можливості).

ЛІКУВАННЯ

А. Регідратаційна терапія.

Перевагу віддають оральній регідратації. Вона є основним методом регідратації при ексикозах I-II ступенів, а при токсико-ексикозах III ступеню вона застосовується в поєднанні з парентеральною регідратацією. Для цього використовують глюкозо-сольові розчини.

Оральну регідратацію проводять в 2 етапи:

1-й етап: перші 4-6 годин зметою усунення водно-сольового дефіциту. При ексікозі 1 ступеня необхідний об'єм рідини складає 30-50 мл/кг маси тіла, при ексікозі II ступеня – 100 мл/кг маси тіла дитини.

Критерії ефективності 1 етапу оральної регідратації:

- зменшення втрат рідини з стулом та блювотою;
- зникнення спраги;
- підвищення тургору тканин;
- зволоження слизових оболонок;
- збільшення діурезу;
- зникнення ознак порушення мікроциркуляції.

При ефективності 1 етапу регідратації через 4-6 годин починають 2 етап, який є підтриманням поточних втрат рідини.

Приблизний об'єм розчину на цьому етапі 50-100 мл/кг маси тіла чи 10 мл/кг після кожного випорожнення.

Парентеральну регідратацію проводять при ексікозах III ступеня, при сполученні ексікозу з гіповолемічним шоком, при оліго- чи анурії.

У дітей парентеральну регідратацію в основному проводять ізотонічними розчинами глюкози, розчином Рингера лактат чи ізотонічним розчином натрію хлориду. Розчин Рингера лактат непридатний для тривалого використання, оскільки є загроза виникнення гіпернатріємії.

Співвідношення розчинів глюкози та сольових розчинів залежить від типу обезводнення (ізотонічний, гіпотонічний, гіпертонічний). Ізотонічний тип обезводнення – 2:1, гіпертонічний – 2:1, гіпотонічний – 1:1.

Колоїдні розчини (5% розчин альбуміну, реополіглюкін) використовують тільки при наявності виражених ознак порушення мікроциркуляції чи гіповолемічному шоці.

При проведенні парентеральної регідратації необхідно враховувати:

- A. Добову потребу в рідині та електролітах.
- B. Тип і ступень дегідратації.
- C. Рівень дефіциту рідини та електролітів.
- D. Рівень поточних втрат рідини та електролітів.
- B. Антибактеріальна терапія.

Показання до антибактеріальної терапії:

A) При всіх формах дітям до 1 року:

- дітям з імунодефіцитними станами;
- ВІЛ-інфікованим дітям у стадії СНІДу;
- дітям, які знаходяться на імуносупресивній терапії;
- дітям з гемолітичними анеміями.

B) Холера незалежно від віку;

У разі потреби призначаються антибактеріальні препарати:

- триметоприм/сульфаметаксазол;
- препарати налідіксової кислоти;
- цефалоспорини 3 покоління.

Курс антибактеріальної терапії при ГКІ – 5-7 днів. Показанням до заміни препарату є його неефективність протягом 3 днів.

При холері препаратами вибору є еритроміцин, налідіксова кислота, нітрофуранові препарати, триметоприм/сульфаметаксазол, дітям старше 8 років - тетрацикліни.

При холері антибактеріальні препарати призначають після першого етапу регідратації, через 3-6 годин після госпіталізації.

3. Допоміжна терапія:

А) Ентеросорбція– перевага віддається алюмосілакатним сорбентам, які призначаються з перших днів захворювання.

Курс ентеросорбції при ГКІ – 5-7 днів.

Критерієм ранньої відміни препарату є нормалізація стула чи його затримка протягом 2 діб.

Б) Пробіотикотерапія: при відсутності антибактеріальних препаратів у призначеннях.

Курс пробіотикотерапії в гострому періоді ГКІ триває 5-10 днів.

Пробіотикотерапія також показана в періоді реконвалісценції ГКІ фізіологічними пробіотиками (у своєму складі містять нормальну мікрофлору) з метою відновлення нормальної мікрофлори кишечника протягом 3-4 тижнів.

В) Ферментотерапія: призначається в стадії реконвалісценції при наявності ознак дисферментатемії у дітей, які переохворіли на ГКІ. З цією метою показані препарати ферментів підшлункової залози (панкреатин тощо).

Курс ферментотерапії 2-3 тижні.

4. Дієтотерапія:

В гострому періоді ГКІ рекомендується зменшувати добовий об'єм їжі на 1/2 - 1/3. Можливе збільшення кратності годувань до 8-10 на добу у дітей грудного віку та при позивах на блювоту. На сьогодні найбільш фізіологічним вважається раннє, поступове відновлення харчування. Відновлення якісного та кількісного складу їжі здійснюється в максимально можливих коротких строках.

У дітей старшого віку рекомендується дотримуватися щадної дієти, з раціону виключається жирна, смажена, копчена, груба їжа.

У дітей 1 року життя вигодовування грудним молоком повинно зберігатися.

Дітям на штучному вигодовуванні в гострому періоді ГКІ звичайні адаптовані молочні суміші рекомендується замінити на низьколактозні.

Тривалість низьколактозної дієти індивідуальна. В раціон рекомендується вводити каші на воді, більш раннє призначення м'ясного пюре.

УСКЛАДНЕННЯ (лікування по відповідним протоколам):

1. - Синдром токсико-ексикозу;
 - Синдром нейротоксикозу;
 - Судомний синдром;
 - Гострий набряк-набухання головного мозку;
 - Гіпертермічний синдром;
 - Інфекційно-токсичний шок;
 - Гостра ниркова недостатність;
 - Гостра серцево-судинна недостатність;
 - Парез кишечника ;
 - Приєднання вторинної бактеріальної інфекції тощо.

Не слід рутинно призначати антибактеріальні препарати для лікування діареї, так як в більшості випадків збудники до них нечутливі. Протидіарейні засоби, включаючи проти моторні препарати (наприклад, лоперамід тощо), сорбенти (наприклад, каолін та ін.), живі бактеріальні культури (наприклад, *Lactobacillus* тощо) і вугілля ніколи не слід давати дітям віком до 5 років.

Затяжна діарея - це епізод діареї, з кров'ю в калі або без неї, який почався як гостре захворювання і триває протягом 14 днів і більше, часто супроводжується втратою ваги та іншими інфекціями, становить 15% всіх епізодів діареї, зумовлює 30-50% смертельних випадків від діареї, майже ніколи не зустрічається на винятковому грудному вигодовуванні. Захворювання усіх дітей, у яких діарея триває протягом 14 днів або більше, необхідно класифікувати, спираючись на наявність чи відсутність зневоднення.

Лихоманка.

Лихоманка - температура в пахвовій западині вище 37,5 ° С (ректальна - вище 38,0 ° С) - може бути викликана як неважкими інфекціями, так і інфекціями, загрозливими життя дитини, зокрема, малярією, менінгітом, черевним тифом, кір та інші.

Дитину з лихоманкою необхідно оцінити за наступними ознаками:

- 1) ригідність потиличних м'язів - може бути ознакою менінгіту або іншого дуже важкого фебрильного захворювання,
- 2) ризик зараження малярією та іншими ендемічними інфекціями (Окремі рекомендації для країн і районів з різним ступенем ризику зараження),
- 3) нежить - лихоманка, найімовірніше, викликана застудою,
- 4) тривалість лихоманки - при вірусних інфекціях лихоманка проходить через кілька днів, лихоманка протягом більше 5 днів вказує на наявність більш важкого захворювання (наприклад, черевного тифу),

5) кір (лихоманка, генералізований висип, почервоніння очей, нежить або кашель), так і недавня інфекція (в останні 3 місяці), дає високий ризик виникнення ускладнень зі смертельним результатом (Пневмонія - 67%, діарея - 25%, коровий енцефаліт), інвалідності (сліпота, тяжке порушення харчування, бронхоектази, неврологічна дисфункція).

Перед тим, як класифікувати захворювання дітей з лихоманкою, потрібно перевірити наявність очевидних причин лихоманки (біль у вусі, опік, абсцес та ін.)

1. **ДУЖЕ ВАЖКІ ФЕБРІЛЬНІ ЗАХВОРЮВАННЯ («рожевий»)** - у дитини є будь-яка загальна ознака небезпеки і ригідність потиличних м'язів; необхідно ввести першу дозу антибактеріального препарату, провести профілактику гіпоглікемії, при температурі тіла 38,5°C і вище дати одну дозу парацетамолу і терміново направити в стаціонар.

2. **МОЖЛИВА БАКТЕРІАЛЬНА ІНФЕКЦІЯ («жовтий»)** - у дитини немає загальних ознак небезпеки ригідності потиличних м'язів, в місцевості проживання немає ризику малярії, немає очевидних причин лихоманки (наприклад, немає пневмонії, інфекції вуха або запалення горла), але передбачається її бактеріальний характер, необхідно призначити антибактеріальний препарат і при температурі тіла 38,5 ° C і вище дати одну дозу парацетамолу, якщо лихоманка щодня триває більше 5 днів, дитину необхідно направити в стаціонар для додаткової оцінки.

3. **ЛИХОМАНКА («зелений»)** - у дитини немає загальних ознак небезпеки і ригідності потиличних м'язів, а в місцевості проживання немає ризику малярії, необхідно при температурі тіла 38,5°C і вище дати одну дозу парацетамолу, проінформувати мати про стани, що вимагають негайного повторного звернення; повторний огляд - через 2 дні; якщо лихоманка триває понад 7 днів, дитину необхідно направити в стаціонар для додаткової оцінки. При виявленні ознак поточної або нещодавнього кору (протягом останніх 3 місяців) захворювання дітей можна класифікувати:

1. **ВАЖКА КІР З УСКЛАДНЕННЯМИ («розовий »)** - у дитини є будь-яка загальна ознака небезпеки або важкий стоматит з глибокими і великими виразками у роті або важке помутніння рогівки, необхідно дати лікувальну дозу вітаміну А, першу дозу антибактеріального препарату, при ураженні очей місцево тетрациклінову мазь і терміново направити в стаціонар.

2. **КІР З УСКЛАДНЕННЯМИ У ВИГЛЯДІ УРАЖЕННЯ ОЧЕЙ АБО ПОРОЖНИНИ РОТА («жовтий»)** – у дитини є гнійний кон'юнктивіт або виразки в ротовій порожнині, необхідно дати лікувальну дозу вітаміну А, при ураженні очей лікувати амбулаторно місцево тетрациклінову мазь, обробити виразку в ротовій порожнині генціанвіолетом, повторний огляд - через 2 дні.

3. КІР («зелений») - у дитини немає ознак ускладнень, необхідно дати лікувальну дозу вітаміну А.

Проблеми з вухом

Проблеми з вухом необхідно перевірити у всіх дітей, звернулися за допомогою. У дитини може бути інфекція вуха. Якщо неможливо провести отоскопію, оцінюють такі клінічні ознаки:

1. хвороблива припухлість за вухом - ознака інфекції мамілярного відростка, мастоїдит, частіше однобічний процес;
2. біль у вусі - рання ознака гострого отиту, симптоми - дратівливість, потирання вуха,
3. гнійні виділення з вуха, потрібно уточнити їх тривалість.

Грунтуючись на наведених вище клінічних симптомах, захворювання дитини можна класифікувати:

1. Мастоїдит («рожевий») - у дитини припухлість соскоподібного відростка, необхідно дати першу дозу антибактеріального препарату, одну дозу парацетамолу і терміново направити в стаціонар.

2. Гостра інфекція вуха («жовтий») - у дитини є біль у вусі або гнійні виділеннями з вуха протягом менше 14 днів, необхідно призначити антибактеріальний препарат на 5 днів, при болю дати парацетамол, сушити вухо турундой, повторний огляд - через 5 днів.

3. Хронічна інфекція вуха («жовтий») - у дитини є гнійні виділення з вуха протягом 14 днів і більше, необхідно сушити вухо турундой, місцеве лікування вушними краплями протягом 2 тижнів; повторний огляд - через 5 днів.

4. Ні інфекції вуха («зелений») - у дитини немає ознак інфекції вуха, не потребує ніякого спеціального лікуванні.

Порушення харчування.

Перевірка статусу харчування у хворих дітей проводиться для того, щоб виявити:

- 1) тяжке порушення харчування,
- 2) дітей з недостатнім зростанням внаслідок незбалансованого раціону харчування і повторюваних епізодів інфекції (зупинка росту),
- 3) анемію.

Крім ваги для даного віку у дитини оцінюють наступні клінічні ознаки:

1) видиме важке виснаження (маразм) - важке схуднення плечей (в віці 6 місяців і старше окружність плеча менше 110 мм), сідниць і ніг, з явно виступаючими ребрами,

2) набряк обох стоп може бути як в результаті квашиоркор, так та інших захворювань;

3) блідість долонь – дозволяє виявити важку анемію, але специфічність лабораторного тесту для діагностики анемії вище. Грунтуючись на наведених вище клінічних ознаках, захворювання дитини можна класифікувати:

1. **ВАЖКЕ ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ** або **ВАЖКА АНЕМІЯ** («рожевий») - у дитини є видиме важке виснаження, або набряки обох стоп, або важка блідість долонь, у зв'язку з високим ризиком смерті необхідно терміново направити в стаціонар.

2. **ДУЖЕ НИЗЬКА ВАГА** (для віку) або **АНЕМІЯ** («жовтий») - у дитини виявлені зміни ваги (оцінка за стандартними таблицями або шкалами), або рівня гемоглобіну, або є помірна блідість ладоній, при дуже низькій вазі необхідно оцінити годування дитини та проконсультувати мати з цих питань, повторні огляд - через 30 днів, при анемії необхідно дати оральний препарат заліза, повторний огляд – через 14 днів, кожні 4-6 місяців рекомендується проводити дитині дегельмінтизацію за допомогою мебендазолу.

3. Немає дуже низької ваги чи немає АНЕМІЇ.

V. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття

Питання для самоконтролю:

- a. Які питання вирішує стратегія інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ), яка розроблена ВООЗ/ЮНІСЕФ
2. Визначати загальні ознаки небезпеки стану дитини.
- C. Класифікувати типи кашлю, визначити етіологію, провести диференційний діагноз та призначити лікування при кашлі у дітей від 2-х місяців до 5 років.
- D. Визначати тяжкість стану дитини та тактику ведення при ускладненому диханні, основні причини та план спостереження.
- E. Екстрена допомога при ускладненому диханні у дітей віком від 2-х місяців до 5 років.
- F. Класифікувати тип діареї, визначити етіологію, провести диференційний діагноз, призначити лікування та визначити частоту наступного спостереження при діареї у дітей від 2-х місяців до 5 років.
- G. Принципи лікування, реабілітації і профілактики порушень травлення, жовтяниці та діареї у дітей віком до 2-х місяців.
- H. Тактика ведення при болі в горлі, проблемах з вухом, причини та план спостереження при вище зазначених станах.
- I. Діагностика і екстрена допомога при лихоманці у дітей віком від 2-х місяців до 5 років.
- J. Невідкладні та пріоритетні симптоми та тактика ведення дітей віком від 2місяців до 5 років при основних гострих захворюваннях дихальної системи, травного шляху, інфекційних захворюваннях.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач

Тестові завдання:

1. Співвідношення частоти дихання до частоти пульсу в нормі у новонародженої дитини:
 1. 1:1,5
 2. 1:2
 3. 1:2,5
 4. 1:3
 5. 1:4

2. Частота дихання здорового новонародженого за 1 хв:
 - 1.28
 - 2.35
 - 3.40
 - 4.62
 - 5.65

3. Оцінка дитини за шкалою Апгар – 4-5 балів. Яка ступінь асфіксії?:
 - A. Легка ;
 - B. Середня ;
 - C. Важка ;
 - D. Дуже важка ;
 - E. Асфіксії не відмічається .

4. Калові маси у вигляді «малинового желе» зустрічається при:
 - A. амебіазі
 - B. Тріщинах заднього проходу.
 - C. Сальмонельозу.
 - D. Апендициту.
 - E. Інвагінації кишковника.

5. Мелена (калові маси у вигляді дьогтю) характерна для:
 - A. Інвагінації кишечника.
 - B. Кровотечі з шлунка та 12-палої кишки.

- С. Дизентерії.
D. Неспецифічного виразкового коліту.
E. Поліпа прямої кишки.
6. При ексикозі у дитини можуть бути виявлені наступні симптоми, крім:
A. западання великого джерельця
B. сухої шкіри і слизових оболонок
C. втрати маси тіла
D. спраги
E. підвищення маси тіла
7. При колітному проносі:
A. дуже часті випорожнення
B. дуже малій об'єм
C. тенезми
D. все вище перераховане
E. нічого з перерахованого
8. При ентеритній проносі:
A. випорожнення прискорене
B. кал рясний, стеаторея
C. біль в області пупка
D. відсутність тенезми
E. все вище перераховане
9. До синдромів захворювань кишковника належить:
A. гнильна диспепсія
B. діскінетическій
C. мальдігестія
D. подразнення товстої кишки
E. всі вище перераховані
10. Недоношеною вважається дитина, яка народжена при терміні гестації:
A. До 28 тижнів ;
B. До 37 тижнів ;
C. До 38 тижнів ;
D. До 40 тижнів ;
E. До 42 тижнів.

Відповіді 1-Е, 2-С, 3-В,4-Е, 5-В, 6-Е, 7-Д, 8-Е, 9-Е, 10-В.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Доношена дитина від II вагітності, II пологів. Народилася в терміні гестації 39 тижнів, масою тіла 3500г, довжиною – 53см. Оцінка за шкалою Апгар на першій хвилині – 7 балів. Наприкінці I-ої доби у дитини з'явився жовтяничний відтінок шкіри, пригнічення, збільшення печінки на 2 см. Група крові матері – 0 (I) Rh+; група крові дитини – B (III) Rh+.

Назвіть імовірну причину жовтяниці у новонародженого.

Назвіть діагноз.

Тактика лікаря

Лікування дитини.

План обстеження пацієнта.

Відповідь: Внутрішньо-судинний гемоліз еритроцитів, несумісність за групою крові. Гемолітична хвороба новонароджених. Визначити рівень білірубіну загального, прямого, непрямого, АлАТ, АсАТ, в залежності від отриманих результатів – госпіталізація до відділення патології новонароджених. Раціональне вигодовування, оптимальний об'єм рідини. Фототерапія при рівні білірубіну вище – 150-ммоль/л. IgG IgM до ВГВ, ВГС, ВГД, TORCH-інфекцій.

Задача 2.

Дитина 5 міс поступила у лікарню зі скаргами на підвищення температури до 39,7°C, клоніко-тонічні судоми. При огляді стан дитини важкий, млява, бліда, ригідність м'язів потилиці, блювота.

Яке захворювання слід виключити першочергово?

Тактика лікаря.

План обстеження

Лікування

Відповідь: Менінгіт, менінго-енцефаліт. Госпіталізація до спеціалізованого інфекційного відділення стаціонару. Загально-клінічні аналізи, електроліти крові, рівень глюкози, печінкові проби. Люмбальна пункція. Нейросонографія, рентгенографія черепу, при необхідності - МРТ. Парентерально: антибиотик широкого спектру дії, який проникає через гемато-енцефалічний бар'єр, протисудомні препарати (літична суміш); еубіотики, патогенетична терапія.

Задача 3.

Дитина 6 місяців захворіла 4 дні тому, з появами фебрильної температури тіла, гіперемії зіву, нежитю. Вночі стан раптово погіршився: з'явився грубий кашель, охриплість голосу. При огляді дитина збуджена, блідість і підвищена

вологість шкіри, задишка інспіраторна, ціаноз носогубного трикутника, в акті дихання приймає участь допоміжна мускулатура. ЧСС - 128 уд. за хв, серцеві тони гучні. Над легенями перкуторно - коробковий звук, аускультативно – жорстке дихання, ЧД – 38 за хв.

Сформулюйте діагноз.

Тактика лікаря.

План обстеження

Лікування

Відповідь: Гострий стенозуючий ларинго-трахеїт. Госпіталізація до спеціалізованого інфекційного відділення стаціонару. Загально-клінічні аналізи, мазок з ротової порожнини на діфтерію, рентгенографія ОГП, ЛОР-огляд, далі в залежності від ситуації. Парентерально глюкокортикостероїди, інгаляційно бронхолітики, етіотропна терапія противірусними або антибактеріальними препаратами, муколітики, зволожене повітря, режим.

Задача 4.

Дитина 5-річного віку поступив до стаціонару для обстеження зі скаргами на різку блідність шкіри, слабкість, зніжений апетит. Патології з боку внутрішніх органів не виявлено. У аналізі крові: еритроцити – 2,9 Т/л, Нв – 74 г/л, КП – 0,6, лейкоцити – 4,8 г/л (е – 1%, п – 1%, с – 54%, л – 38%, м – 6%), ШОЕ – 18 мм/годину. Залізо сироватці крові – 4,8 мкмоль/л. Ретикулоцити – 0,5%.

Який діагноз найбільш імовірний?

Ступінь тяжкості.

Тактика лікаря.

План обстеження

Лікування

Відповідь. Залізодефіцитна анемія, середньої тяжкості. Раціональне харчування. Препарати заліза протягом 2-місяців перорально у терапевтичних дозах, далі підтримуюча доза ще 1 міс, полівітаміни, еубіотики, далі ситуаційно.

Задача 5.

Дівчинка 1,5 міс., яка знаходиться на штучному вигодуванні, проходить обстеження в стаціонарі з приводу синдрому зригування. Рентгенологічним дослідженням виключено пілоростеноз.

Які ймовірні причини зригування?

Тактика лікаря.

Які ускладнення при цьому стані?

Які суміші необхідно призначити дитині?

Відповідь. Пілороспазм на фоні порушення режиму харчування матері при грудному вигодовуванні, порушення технології приготування суміші, ковтання повітря при годуванні, дисбіоз кишечника, ензимопатії, функціональні розлади моторики при патології нервової системи. Дати рекомендації та перевірити їх виконання щодо режиму харчування, дослідження біоти кишечника, копрограми, протеолітичної активності калу, виключення патології нервової системи та іншого соматичного захворювання. Антирефлюксні суміші.

Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманки, порушення травлення та анемії у дітей від 2-х місяців до 5 років	Перерахувати основні етіологічні фактори кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманки, порушення травлення та анемії у дітей від 2-х місяців до 5 років
Вивчити патогенез кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманки, порушення травлення та анемії у дітей від 2-х місяців до 5 років	Виділити ключові ланки патогенезу даних захворювань
Вивчити клініку кашлю, ускладненого дихання, діареї, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманки, порушення травлення та анемії у дітей від 2-х місяців до 5 років	Скласти структурну схему захворювань, при яких розвивається кашель, ускладнене дихання, діарея, проблеми з вухом, болі в горлі, лихоманка, порушення травлення та анемії у дітей від 2-х місяців до 5 років
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) вище зазначених станів	Скласти план обстеження хворого із ускладненим диханням, діареєю, проблемах з вухом, болі в горлі, лихоманкою, порушеннях травлення та анемії у дітей від 2-х місяців до 5 років
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференціальний діагноз жовтяниці та перинатального ураження нервової системи у дітей та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого. Визначити схему диспансерного спостереження за хворими	Визначити лікувальну тактику Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого

Використана література.

Основна.

- а. «Карманное пособие по стационарному лечению детей. Рекомендации по лечению часто встречающихся заболеваний в условиях ограниченных ресурсов»/ ВООЗ/ЮНІСЕФ, Европа, 2005.

- b. Волосовец А.П. Интегрированное ведение болезней детского возраста как современная стратегия первичной медико-санитарной помощи детям /А.П. Волосовец, С.П. Кривоустов //Педиатрія.-2008.-№1
- с. Организация детского здравоохранения. Объединенная группа. //Современная педиатрия.-2010.-№ 4(32).-С19.

Допоміжна.

1. Детские болезни /Под ред.А.Ф.Тура.-2-е изд.перераб. и доп.-Медицина,1985.- С.81-86,101.
2. Медицина дитинства / за ред.акад.АН вищої школи України проф.П.С.Мощича.-Київ: Здоров'я,1994.-Ч.1.-С.523-535.
3. Н.П.Шабалов. Неонатология. Т.11.-Санкт-Петербург,1996.-С.43-77.

Тема 49. Особливості медичного спостереження за дітьми підліткового віку.

Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дітей підліткового віку. Раціональне харчування: профілактика ожиріння, цукрового діабету. Оцінка статевого дозрівання. Медичне та психологічне консультування.

I. Актуальність теми.

Підлітковий вік – це перехідний період від дитинства до дорослого стану, що характеризується психоемоційною та соціальною незрілістю дівчини і юнака. Здоров'я підлітків є однією з важливих проблем сучасної медицини в зв'язку із значним зростанням захворюваності серед них. Під диспансерним наглядом перебувають більше 58% школярів-підлітків. У зв'язку з цим зростає значення первинної профілактики захворювань серед підлітків і вона є першочерговим завданням для органів охорони здоров'я. Студенти-випускники як майбутні працівники охорони здоров'я повинні мати необхідні навички для поводження з дітьми підліткового віку, раннього виявлення проблем їх фізичного і психічного здоров'я та надання лікування, включаючи консультування з питань ризикованої поведінки підлітків.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

- Студент повинен мати уявлення: б1

1. З основними наказами МОЗ України, що регламентують надання медичної та соціально-психологічної допомоги підліткам.

2. Студент повинен знати (засвоїти): б

2. функціональні обов'язки лікаря підліткового кабінету, основні розділи його роботи;

3. положення про роботу підліткового кабінету;

4. медичну документацію лікаря підліткового кабінету;

5. порядок проведення регламентованих профілактичних оглядів дітей у школі комісією спеціалістів;

6. гігієнічні аспекти раціонального харчування підлітків, профілактику ожиріння, цукрового діабету;

7. закономірності статевого дозрівання;

8. принципи збереження репродуктивного здоров'я;

9. принципи надання медичної, психологічної та соціальної допомоги підліткам в центрах «Клініка, дружня до молоді»

3. Студент повинен оволодіти: б3

Навичками:

10. проводити опитування та об'єктивне обстеження дітей підліткового віку;
11. оцінювати статевий розвиток;
12. оцінювати наявність необхідного переліку обов'язкової медичної документації та якість її ведення;
13. скласти план раціонального харчування дітям підліткового віку, враховуючи їх пластичні та енергетичні потреби;
14. зробити висновки про ступінь ризикованої поведінки підлітків щодо інфікування ВІЛ.
15. морально-деонтологічними принципами медичного фахівця та принципами фахової субординації в педіатрії.

Вміннями:

- методики медичного та психологічного консультування підлітків;
 - навичками консультування підлітків щодо розповсюдження та профілактики ВІЛ-інфекції;
 - інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень;
 - оцінити статеве дозрівання підлітка;
1. надати рекомендації стосовно раціонального харчування, профілактиці ожиріння, цукрового діабету.

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

2. студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при проведенні профілактичних медичних оглядів дітей підліткового віку;
3. оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
4. засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги та при проведенні медичного, психологічного консультування.

V. Зміст теми заняття:

Порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дітей підліткового віку.

Керуючись законом України «Про охорону дитинства» щодо «Визнання дитиною особи віком до 18 років» з метою забезпечення реалізації права дитини на охорону здоров'я та удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку (15-17 років включно), організовано надання медичної допомоги дітям до досягнення 18 років (17 років 11 місяців 29 днів) в амбулаторно - поліклінічних закладах дільничними лікарями-педіатрами.

Початковий період юнацтва – це критичний період біологічної і психологічної перебудови. Для багатьох він пов'язаний і з різкою зміною соціального оточення. Саме у ці роки формуються навички поведінки і звичок, пов'язаних зі здоров'ям. Долучаючись до життя дорослих, підлітки мають потребу у попередній інформації з таких життєво важливих питань, як психофізіологія організму людини, проблеми збереження і зміцнення здоров'я, а також поведінкова адаптація. Спеціалісти, які знають особливості підліткового віку, повинні спрямовувати свої зусилля і знання на попередження захворювань. Йдеться, насамперед, про інфекції, що передаються статевим шляхом, включаючи ВІЛ, високий ризик вагітності у юнацькі роки, зловживання алкоголем і лікарськими препаратами, нещасні випадки, травми та отруєння.

Сучасне покоління молоді зростає у часи, коли соціально небезпечною проблемою для країни стала ВІЛ-інфекція. Як свідчить статистика, ситуація в Україні щодо епідемії ВІЛ/СНІДу є найбільш загрозливою в Європі, її поширеність серед дорослого населення (15-49 років) складає за оціночними даними понад 1.63%. Більшість ВІЛінфікованих – це молодь до 30 років, і з кожним роком реєструється все більше випадків ВІЛ-інфікування серед підлітків.

Основними причинами смертності серед дітей підліткового віку є нещасні випадки, отруєння, травми, а також вживання наркотичних речовин, включаючи вживання тютюну та алкоголю. Однією з достатньо серйозних проблем є ранній початок та безладність статевих відносин. Різко збільшилася кількість інфекцій, які передаються статевим шляхом. На підлітків припадає значна кількість нових випадків ВІЛ. Дуже серйозною залишається також проблема непланованої вагітності.

Більшість проблем можуть бути вирішені, а ризики зменшені шляхом проведення комплексної політики різних секторів, в першу чергу шляхом тісної взаємодії служб охорони здоров'я із соціальними службами. Діяльність їх повинна бути спрямована на створення такої форми роботи з підлітками, яка дозволить їм отримати консультації, медичну й психологічну допомогу, інформацію щодо збереження здоров'я.

Для молодих людей потрібні послуги, які за формою відрізняються від послуг, що надаються дорослим. Підлітки й молоді люди часто не вважають себе хворими, і в більшості випадків медична допомога їм необхідна не тільки через захворювання. Тому спеціалісти, які працюють з підлітками повинні орієнтуватися як на лікування найтипівіших захворювань, так і займатися іншими аспектами здоров'я, пов'язаними з: адиктивною поведінкою – вживання алкоголю, наркотиків, тютюнопаління; статевою поведінкою – ранні сексуальні відносини, непланована вагітність, раннє материнство, інфекції, що передаються

статевим шляхом, ВІЛ; поганим харчуванням; депресіями, схильністю до суїцидальних вчинків; нещасними випадками, травматизмом.

Підліткова медицина стосується не тільки виключно медичних аспектів, але й сфер життя, які щоденно впливають на підлітка. Робітники педіатричних медичних служб повинні виконувати наступні завдання:

5. Вирішувати невідкладні проблеми охорони здоров'я підлітка.
6. Забезпечувати медичну допомогу: загальну медичну допомогу; допомогу в ситуаціях підвищеного ризику (сексуальна активність, наркоманія, депресія, самогубства, нещасні випадки); поради з загальних питань (взаємовідносини з ровесниками, успіхи у навчанні, взаємовідносини з батьвами).
7. Виховувати у підлітків свідоме відношення до збереження власного здоров'я.
8. Консультувати і підтримувати батьків з питань виховання підлітків.
9. Проводити просвітню роботу та надавати допомогу дорослим з питань їх спілкування з підлітками.

Згідно до наказу МОЗ України № 465 від 12.12.2002 р.

«Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку»:

- Організовано підліткові кабінети в дитячих амбулаторно-поліклінічних закладах та укомплектовано їх посадами лікарів (лікарями – педіатрами або лікарями – терапевтами підлітковими) з розрахунку 1 посада лікаря підліткового кабінету на 1500 дітей віком від 15 років до 17 років 11 місяців 29 днів.

- Забезпечено проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей підліткового віку з залученням діагностичної бази та кадрів загальної мережі лікувально-профілактичних закладів.

Забезпечено організацію і проведення обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів навчальних закладів профтехосвіти та студентів вищих навчальних закладів I - IV рівнів акредитації віком до 17 років включно студентськими поліклініками та дитячими амбулаторно-поліклінічними закладами.

Організовано надання стаціонарної допомоги дітям підліткового віку у дитячих стаціонарах і стаціонарах загальної мережі, з урахуванням відповідності матеріально-технічної бази, оснащення медичним обладнанням, можливостей дотримання санітарно-гігієнічних вимог.

Забезпечено стаціонарну допомогу юнакам допризовного та призовного віку за направленням військкоматів у стаціонарах загальної мережі та дитячих стаціонарах, визначених територіальним органом охорони здоров'я.

Забезпечено оформлення та подання до МСЕКів медичної документації дитини старше 16 років, яка має показання, що дають право на визнання її

інвалідом в установленому порядку дитячими амбулаторно-поліклінічними закладами.

Забезпечено спостереження за вагітними віком до 17 років включно у жіночих консультаціях за місцем проживання.

Організовано відділення для дітей підліткового віку у дитячих санаторіях місцевого підпорядкування та забезпечити санаторно-курортне лікування вказаної категорії дітей згідно з показаннями.

Основними медичними документами для дитини віком до 14 років 11 місяців 29 днів вважаються історія розвитку дитини (форма №112/о), а для дитини підліткового періоду – медична карта амбулаторного хворого (форма №025/о).

Примірне положення про підлітковий кабінет

1. Підлітковий кабінет створюється у дитячих амбулаторно-поліклінічних закладах.

2. Роботу у підлітковому кабінеті забезпечує лікар-педіатр або лікар-терапевт підлітковий та медична сестра.

3. Кабінет повинен мати обладнання: телефон, персональний комп'ютер, стіл медичний, шафа медична, стільці, стелажі для медичної документації, ваги медичні, рістомір, динамометр ручний, стетофонендоскоп, тонометр, спірометр, секундомір, термометри медичні, шпатель, стрічка сантиметрова.

4. Основна облікова і звітна документація кабінету:

№ п/п	Назва форми	№ форми
1.	Вкладний листок на підлітка до медичної карти амбулаторного хворого	025-1/0
2.	Іменний список призовників	054/0
3.	Лікувальна карта призовника і відрізний талон лікувальної карти призовника	053/0
4.	Талон на прийом до лікаря	025-4/0
5.	Статистичний талон для реєстрації заключних (уточнених) діагнозів	025-2/0
6.	Консультативний висновок спеціаліста	028/0
7.	Екстрене повідомлення про інфекційне захворювання, гостре професійне отруєння, незвичайну реакцію на щеплення	058/0
8.	Журнал обліку роботи з гігієнічного виховання населення	038/0
9.	Рецепт (дорослий, дитячий)	Ф-1
10.	Відомість обліку відвідувань в поліклініці (амбулаторії), диспансері, консультації, вдома	039/0
11.	Талон амбулаторного пацієнта	025-6/0

12.	Список осіб, які підлягають періодичному медичному огляду	122/0
-----	---	-------

Основними завданнями кабінету є координація та контроль за проведенням заходів щодо медичного забезпечення дітей підліткового віку та підготовки юнаків до первинної постановки на військовий облік і призову на військову службу.

Критеріями оцінки роботи медичного персоналу підліткового кабінету є показники стану здоров'я дітей підліткового віку та призовників.

На посаду лікаря підліткового кабінету призначається лікар-педіатр або лікар-терапевт підлітковий, який володіє питаннями організації медичного забезпечення дітей підліткового віку, в тому числі підготовки юнаків до призову на військову службу, знаннями щодо особливостей фізіології, патології та профорієнтації дітей зазначеної вікової категорії.

(Наказ МОЗ України 12.12.2002 № 465)

Положення про лікаря підліткового кабінету

1. На посаду лікаря підліткового кабінету призначається лікар-педіатр або лікар-терапевт підлітковий, який володіє питаннями організації медичного забезпечення дітей підліткового віку, в тому числі підготовки юнаків до призову на військову службу, знаннями щодо особливостей фізіології, патології та профорієнтації дітей зазначеної вікової категорії.

2. Післядипломна підготовка та атестація лікаря підліткового кабінету проводиться згідно з порядком, встановленим МОЗ України.

3. Лікар підліткового кабінету безпосередньо підпорядковується головному лікарю міської дитячої поліклініки (завідувачу поліклінічного відділення), заступнику головного лікаря з поліклінічної роботи дитячої міської лікарні, завідувачу педіатричного відділення з організації медичної допомоги дітям у навчальних закладах (при наявності), заступнику головного лікаря з дитинства та родопомочі або районному педіатру центральної районної лікарні.

4. Лікар у своїй роботі керується діючим законодавством, наказами МОЗ України, керівника територіального органу охорони здоров'я, наказами та розпорядженнями головного лікаря лікувально-профілактичного закладу, посадовою інструкцією.

5. Основними завданнями лікаря підліткового кабінету є:

- здійснення обліку юнаків та дівчат підліткового віку, які обслуговуються поліклінікою за місцем проживання, на основі даних перепису, що подаються до кабінету дільничними медичними сестрами з зазначенням: прізвища, ім'я та по батькові, дати та року народження, домашньої адреси, місця навчання чи роботи;

- координація та контроль за проведенням заходів щодо організації медичної допомоги дітям підліткового віку;

- надання консультативної та методичної допомоги лікарям-педіатрам та спеціалістам інших профілів в організації лікувально-профілактичних заходів дітям підліткового віку та їх профорієнтації;
- участь у підготовці та проведенні обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей підліткового віку у навчальних закладах;
- участь у розробці плану лікувально-профілактичних заходів за результатами обов'язкових медичних профілактичних оглядів дітей підліткового віку у навчальних закладах, контроль за їх виконанням;
- забезпечення взаємозв'язку між лікувально-профілактичними закладами щодо інформування лікувально-профілактичних закладів за місцем проживання дитини про результати проведених профілактичних оглядів та щеплень дітям підліткового віку у навчальних закладах;
- проведення санітарно-просвітницької роботи стосовно пропаганди здорового способу життя;
- проведення спільно з дільничними педіатрами та іншими фахівцями аналізу ефективності диспансерного нагляду дітей підліткового віку;
- контроль за дотриманням санітарно-гігієнічних норм при організації та здійсненні навчального процесу, санітарно-епідеміологічного стану, організацією харчування та фізичного виховання дітей підліткового віку у навчальних закладах;
- участь у організації та проведенні протиепідемічних заходів у навчальних закладах району обслуговування;
- участь у розробленні комплексного плану медичного забезпечення підготовки юнаків до постановки на первинний військовий облік та призову на військову службу;
- підготовка медичної документації на юнаків для військових комісаріатів згідно з діючими нормативними документами;
- спільно з військовими комісаріатами проведення аналізу стану медичного забезпечення підготовки юнаків до військової служби;
- забезпечення наступності у роботі між дитячими лікувально-профілактичними закладами та військовими комісаріатами щодо медичного забезпечення підготовки юнаків до призову на військову службу;
- здійснення контролю за виконанням плану лікувально-оздоровчих заходів з підготовки юнаків району обслуговування до призову на військову службу;
- інформування керівника лікувально-профілактичного закладу та лікарської комісії військкомату про випадки відмови юнаків підліткового віку від обстеження та лікування;

- облік та аналіз причин повернень призовників зі збірних пунктів військкоматів за станом здоров'я та молодих солдатів зі Збройних Сил України і розробка заходів щодо запобігання цим випадкам.

6. Лікар підліткового кабінету має право:

- координувати та контролювати роботу лікарів-педіатрів дільничних, сімейних лікарів та лікарів-спеціалістів щодо медичного забезпечення дітей підліткового віку та підготовки юнаків до призову на військову службу;

- подавати пропозиції керівнику лікувально-профілактичного закладу стосовно покращання надання медичної допомоги дітям підліткового віку та призовникам;

- підвищувати кваліфікацію у порядку, встановленому МОЗ України

ПРИМІРНА СХЕМА

кратності обов'язкових медичних профілактичних оглядів дитячого населення (Наказ МОЗ України №434 від 29.11.2002 р.)

Вік дитини	Лікар-педіатр	Медична сестра, фельдшер	Лікарі-спеціалісти	Лабораторні та інструментальні методи досліджень
5-6 років (перед поступленням до загально-освітнього навчального закладу)	1 раз на рік (в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу)	2 рази на рік (вдома) для дітей, які не відвідують дошкільний навчальний заклад	хірург-ортопед; офтальмолог; отоларинголог; стоматолог; логопед; психіатр; психолог; ендокринолог; інші спеціалісти за показаннями.	- загальний аналіз крові; - загальний аналіз сечі; - аналіз калу на яйця глистів; - аналіз крові на цукор.
7-9 років	1 раз на рік	1 раз на рік	стоматолог 1 раз на рік	- аналіз калу на яйця глистів
10-11 років	1 раз на рік	1 раз на рік	Офтальмолог; Отоларинголог; Хірург (андрологічний огляд); Ортопед-травматолог;	- загальний аналіз крові; - загальний аналіз сечі; - аналіз калу на

			Стоматолог; Гінеколог; Ендокринолог; Психолог.	яйця глистів; - аналіз крові на цукор.
12-14 років	1 раз на рік	1 раз на рік	Стоматолог щорічно	
Юнаки: 15, 16, 17 років; дівчата: 15 і 17 років	1 раз на рік	1 раз на рік	Офтальмолог; Отоларинголог; Хірург (андрологічний огляд); Ортопед- травматолог; Стоматолог; Гінеколог; Ендокринолог; Психолог (у 15 років); Невролог.	флюорографія; загальний аналіз крові; загальний аналіз сечі; аналіз калу на яйця глистів; аналіз крові на групу та резусфактор (у віці 15 років).
дівчата у 16 років	1 раз на рік	1 раз на рік	Стоматолог; Гінеколог.	флюорографія

Згідно з Інструкцією про періодичність рентгенівських обстежень органів грудної порожнини певних категорій населення України, наказ МОЗ України №254 від 17.05.2008 р.:

Рентгенівським профілактичним обстеженням підлягають особи у віці від 15 років. Повторне обстеження діти підліткового віку проходять у 17 років (школярі - перед закінченням школи).

Обстеження осіб призовного віку проводиться на обласному (міському) збірному пункті, якщо з часу попереднього обстеження минуло більше шести місяців.

З метою зменшення променевого навантаження слід проводити профілактичні рентгенівські обстеження дітей підліткового віку, максимально використовуючи наявні в області (місті) рентгенівські апарати з цифровою обробкою зображення.

До планів профілактичних рентгенівських обстежень не включаються діти до 15 років та вагітні жінки. Профілактичні рентгенівські обстеження, починаючи з 18 років, здійснюються з періодичністю один раз на два роки.

Згідно з чинним законодавством України діти віком до 14 років (у тому числі від 10 до 14 років) *не можуть* проходити медичний огляд самотійно, а лише на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

Особливості суб'єктивного та об'єктивного обстеження підлітків

Анамнез.

I. Під час збору анамнезу ставлять наступні цілі: 1) опитування підлітків та їх батьків щодо скарг, пов'язаних з соматичним захворюванням або психологічними тривогами; 2) збір інформації щодо сфер підвищеного ризику у житті підлітка, 3) з'ясування специфічних проблем підлітків.

II. Методи отримання інформації від підлітка:

1) Інформація може бути отримана шляхом інтерв'ю, дискусії або анкетування. Анкети ні в якому разі не можуть замінити усне спілкування, але здатні підготувати підґрунтя для успішної усної бесіди, допомагають сором'язливим підліткам, дозволяють ефективно використати час для очікування прийому спеціаліста;

2) Вміння задавати запитання, використовуючи різні підходи. Наводимо три способи постановки питань з конкретними прикладами:

Прямий підхід – Ти колись лишався у лікарні на ніч?

Посередній підхід – У тебе є знайомі, які переживають депресію, або думки про самогубство? Чи поділяв ти колись подібні думки?

Незавершені питання – Як ти розважаєшся? Які три речі тобі потрібні, щоб змінити життя на краще? Оціни стан свого здоров'я за 5-бальною шкалою, тощо. Подібні питання допомагають визначити, які зміни необхідні для покращання ситуації.

III. Обговорення ключових тем.

Сексуальна активність – Чи є в тебе постійний хлопець (дівчина)? Як ти запобігаєш небажаній вагітності?

Вживання наркотиків – Чи буває в тебе інколи припіднятий настрій? Чи є в тебе друзі, які вживають наркотики чи алкоголь?

Риси характеру – Коли тяжко на душі, кому ти віддаєш перевагу у спілкуванні?

Ситуація вдома – Які у тебе домашні обов'язки? Щоб ти хотів змінити в своїх батьках?

Самовідчуття – Що ти відчуваєш, коли вранці дивишся на себе у дзеркало? Щоб ти хотів у собі змінити?

При спілкуванні з підлітками треба пам'ятати основні психологічні зміни особистості. У ранньому підлітковому віці (від початку статевого дозрівання до

14 років) виникає відчуття незалежності від дорослих, властиві різкі перепади настрою, зростання незалежності у спілкуванні.

У середині підліткового періоду основним психологічним моментом виступають підтримка ровесників (підтримуючий фактор під час переходу від дитинства до дорослого життя), схильність до усамітненості, розвиток абстрактного мислення.

Пізній підлітковий період (приблизно з 17 років) характеризується поступовим віддаленням від дому та фактичною незалежністю людини.

Об'єктивне обстеження

Об'єктивне обстеження дає можливість лікарю оцінити фізичний розвиток дитини, тип конституції. Заслужують особливої уваги стан зору, шкіри, кістково-м'язової системи, рівні артеріального тиску, оцінка статевого розвитку.

Закономірності статевого дозрівання

Психологи, лікарі та педагоги стверджують, що період з 12 до 18 років є найбільш складним і найбільш відповідальним у життя людини. У цей період людина розвивається як фізично, так і фізіологічно, а також здійснюється активне самопізнання. Самоутвердження і формування особистості. Цей період характеризується як період статевого дозрівання.

Період статевого розвитку (пубертатний) тісно пов'язаний з діяльністю ендокринної системи й особливо з діяльністю нижнього мозкового придатка – гіпофіза. Ця залоза виробляє гормони, що потрапляють у кров і розносяться по всьому організмі, стимулюючи ріст і фізичний розвиток. У цей період рівень гормонів у крові підлітка збільшується в десятки разів. З цим пов'язано багато різких змін, що відбуваються з кожним підлітком. Ці зміни легко побачити: у хлопчиків – “ламається” голос, потім стає низьким, з'являється волосяний покрив на обличчі, інтенсивно росте кістяк і м'язова маса; у дівчаток – розвиваються молочні залози, розширюються кістки тазу.

Оцінка статевого розвитку у дівчаток (рисунок 9)

Ах - ріст волосся у пахвинних ділянках

Ах 1 - відсутність росту волосся

Ах 2 - поодинокі пряме волосся в центрі пахвової западини

Ах 3 - волосся, що в'ється, більш густе, довге - в центрі пахвової западини

Ах 4 - густе волосся, що в'ється, по всій пахвовій западині

Р - ріст волосся на лобку

Р 1 - відсутність росту волосся

Р 2 - поодинокі пряме волосся в центрі лобка та на великих статевих губах

Р 3 - волосся, що в'ється на лобку та на великих статевих губах

Р 4 - густе волосся, що в'ється по всій площі лобка, на соромних губах

P 5 – волосся у вигляді трикутника верхівкою донизу, займає всю ділянку лобка до пахових складок, поодинокі волосся на внутрішній поверхні стегон

Ma – розвиток молочної залози

Ma 1 - молочна залоза не збільшена

Ma 2 - набухання навколососкового кружка молочної залози та збільшення його діаметра

Ma 3 - молочна залоза конічної форми

Ma 4 - юнацькі груди округлої форми, ареола пігментована, сосок здійснюється

Ma 5 - зрілі груди округлої форми, як у дорослої жінки

Me – менструальна функція

Me 1 - менструації відсутні

Me 2 - поодинокі менструації на період обстеження

Me 3 - менструації нерегулярні

Me 4 - регулярні менструації

Статева формула: (описується, наприклад, P1 Ax1 Ma2 Me1)

Стадія статевого розвитку (за Танером)	Ma	P	Ax	Me	Вік
I	1	1	1	1	
II	2 - 3	2	1 - 2	1 - 2	8 - 13
III	2 - 4	3 - 4	2	2 - 3	9 - 15
IV	4	3 - 4	3	3 - 4	11 - 16
V	5	4 - 5	4	4	12 - 17

Оцінка статевого розвитку у хлопчиків (рисунок 10)

1) Оцінка стадії статевого розвитку за Таннером:

F - ріст волосся на обличчі:

F₁ - відсутність росту волосся

F₂ - поява стержньового волосся над верхньою губою

F₃ – волосся над верхньою губою, поодинокі волосся на підборідді

F₄ – початок росту волосся на щоках та на шиї

F₅ – ріст волосся на обличчі, як у дорослого чоловіка

A - ріст волосся у пахвинних ділянках

A 1 - відсутність росту волосся у паховій западині

A 2 - поодинокі пряме волосся

A 3 - волосся, що в'ється по всій паховій западині

P - ріст волосся на лобку

P1 - відсутність росту волосся

P2 - волосся поодиноким прямим або слабо в'ється, слабо пігментоване навкруг кореня статевих органів

P3 – волосся більш товсте, в'ється, поширюється за лонне зчленування

P4 – оволосіння, як у дорослого, не поширюється на медіальну поверхню стегон

P5 - волосся поширюється на живіт і внутрішню поверхню стегон

G – стан зовнішніх геніталій

G1 – статевий член та калитка дитячі

G2 – збільшення та гіперемія калитки. Помітного росту статевих органів немає

G3 – ріст статевих органів у довжину та збільшення його діаметра

G4 – подальше збільшення діаметра та довжини статевих органів, розмірів калитки, пігментація статевих органів

G5 – розміри та форма геніталій, як у дорослого.

Стадії статевого розвитку за Таннером (1966)

Стадії	Ознаки
I	F1, P1, Ax1, G1
II	F1, P2, Ax1, G2
III	F2, P3, Ax2, G3
IV	F3, P4, Ax3, G4
V	F4-5, P5, Ax3, G5

Розрахунок індексу маскулізації:

$$\text{Індекс маскулізації (ІМ)} = \frac{F + Ax + P + OЯ + ДП}{5}$$

F - ріст волосся на обличчі:

F₁ - відсутність росту волосся

F₂ - поява пушкового волосся над верхньою губою

F₃ - ріст волосся на щоках та під нижньою губою

F₄ - ріст волосся на обличчі, як у дорослого чоловіка

Ax - ріст волосся у пахвинних ділянках

Ax 1 - відсутність росту волосся у пахвовій западині

Ax 2 - поодиноким прямим волоссям

Ax 3 - волосся, що в'ється в центрі пахвової западини

Ax 4 - густе волосся, що в'ється по всій пахвовій западині

P - ріст волосся на лобку

P1 - відсутність росту волосся

P2 - поодинокі пряме волосся

P3 - волосся, що в'ється навкруг кореня статевого члена

P4 - густе волосся, що в'ється по всій площі лобка за жіночим типом

P5 - ріст волосся на лобку за чоловічим типом

ОЯ - окружність яєчок (тестоміром)

ДП - довжина пеніса по дорсальній поверхні - від кореня до голівки без урахування крайньої плоти (в см)

Приклад: Хлопчик 14 років: F1, Ах1, P2, ОЯ9, ДП5, тоді $IM = (1+1+2+9+5) : 5 = 3,6$, що за таблицею відповідає віку 13 років.

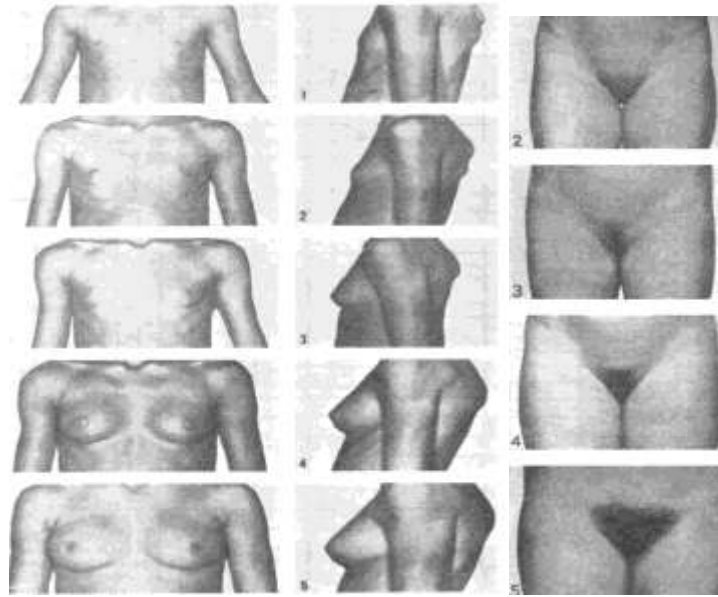


Рисунок 9. Ілюстрації до оцінки окремих параметрів статевого дозрівання дівчат (розвиток молочних залоз та оволося лобка).

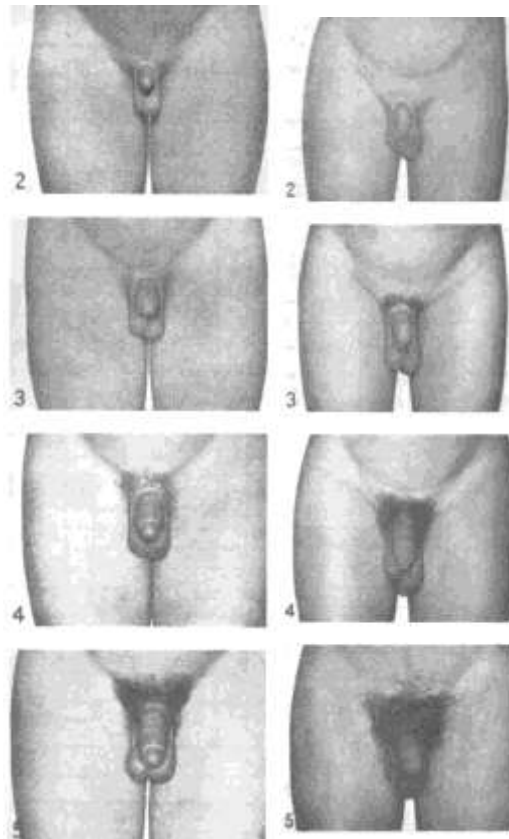


Рисунок. 10 Ілюстрації до оцінки окремих параметрів статевого дозрівання хлопців за Tanner (хлопці розвиток геніталій та овоłosіння лобка).

У період статевого дозрівання для багатьох підлітків надзвичайно актуальними стають проблеми статеких стосунків. У цьому немає нічого дивного чи неприродного, тому, що саме в цей період організм готується до виконання основної біологічної функції будь-якої особи – продовження свого виду і роду.

Статеве дозрівання у хлопчиків відбувається з 11 до 18 років. Збільшення яєчок звичайно є першою ознакою статевого дозрівання, у яких починають дозрівати сперматозоїди і вироблятися чоловічий статевий гормон. Під дією гормонів формуються вторинні статеві ознаки: ріст і зміна статеких органів, поява волосяного покриву на лобку і під пахвами, а також на обличчя. Починають функціонувати потові залози, шкіра на обличчі й на тілі стає маслянистою, з'являються вугрі. У фізичному відношенні – формується чоловіча фігура, змінюється голос. Цей період називають мутацією. Підліток у цей час говорить то басом, то фальцетом, голос постійно зривається, але поступово стає низьким, глибоким, виразним.

З 14 років починає посилено вироблятися і виділятися сперма. Її мимовільне виділення називають полюцією. Це явище найчастіше відбувається вночі 2-3 рази на місяць і це нормально, хлопчик стає юнаком. Порушенням є надмірне виділення сперми не тільки вночі, але і вдень. Цьому може сприяти дуже м'яка

постіль, тісний одяг, гостра їжа, вживання алкоголю, читання на ніч збудливої літератури. Утворення сперматозоїдів і статевих гормонів у дорослого чоловіка відбувається до 55-65 років, потім поступово скорочується і припиняється зовсім.

Статеве дозрівання дівчаток відбувається від 9 до 18 років. У цей період посилено виділяються статеві гормони під впливом гормону гіпофіза. Під їх впливом посилено розвиваються жіночі вторинні ознаки: розвиваються молочні залози, волосяний покрив на лобку і під пахвами, інтенсивно росте кістяк м'язи, набуваючи жіночих форм. Приблизно в 12-14 років у дівчаток починається менструація – ознака дозрівання яйцеклітин у фалопієвих трубах. Менструація триває від 3 до 6 днів і відбувається приблизно через 28 днів. Спочатку менструація може бути нерегулярною, але через 2-3 роки цикл стає регулярним. Крововтрата при менструації становить в середньому 50-100 мл. Між 45 і 50 роками настає менопауза – менструація стає нерегулярною, короткою чи тривалою, а потім зовсім припиняється.

Однак, незважаючи на те, що біологічна здатність до відтворення формується в дівчаток з появою менструації, а в хлопчиків – полоюцій, справжня статева зрілість настає пізніше: у дівчат у 18-20 років, у хлопчиків – 20-24 роки. До цього часу біологічна здатність до продовження роду доповнюється психічною і соціальною зрілістю.

Репродуктивне здоров'я підлітків

Програми, направлені на навчання підлітків у області сексуального і репродуктивного здоров'я, необхідно комбінувати з програмами, націленими на стимулювання застосування в житті одержаних ними знань. Ці програми необхідно також поєднувати із зусиллями, направленими на полегшення для підлітків шляхів отримання яких-небудь профілактичних або лікувальних послуг, в яких вони можуть мати потребу, від компетентних і співчуваючих працівників охорони здоров'я. Необхідно боротися на різних рівнях з примушенням до сексу серед підлітків. Повинні бути прийняті і значно посилені закони, що вимагають серйозного покарання за такі злочини. Крім того, необхідно мобілізувати громадську думку, абсолютно не терпиму до них. Жінки і дівчата повинні бути захищені від сексуального домагання і примушення в учбових закладах, на робочих місцях і в інших умовах. Для запобігання дуже ранній вагітності необхідне ухвалення законів, які регулюють мінімальний вік для вступу в шлюб, і забезпечення їх дотримання.

Крім того, необхідно стимулювати сім'ї до надання додаткового часу своїм дочкам, необхідного їм для того, щоб вирости і перетворитися з дівчаток в жінок, готових стати дружинами і матерями. Разом з цим, служби охорони здоров'я повинні бути готові до забезпечення необхідного допологового спостереження за вагітними підліткового віку або проведенню безпечного абортів там, де це

дозволено згідно із законом. Ефективна допомога під час дітородіння важлива для забезпечення виживання вагітних і їх новонароджених дітей, а також запобігання таким проблемам, як фістула, ВІЛ-інфекція

Раціональне харчування підлітків

Невід’ємним компонентом здоров’я є раціональне харчування. Наше харчування – це не тільки біологічна, а й соціальна, навіть політична проблема, яку намагаються вирішити на кожному засіданні сесії ВООЗ. На формування характеру харчування кожної людини впливає багато факторів, серед яких основними є:

- фізіологічні – ріст і розвиток організму, ступінь рухової активності тощо;
- психологічні – особистий смак, родинні традиції, вплив друзів;
- соціально-економічні – рівень розвитку країни, бюджет країни, регуляція поставок продуктів харчування на державний ринок, технологія перетинання продуктів;
- культурно-історичні – харчування і релігія, національна кухня;
- географічно-економічні – клімат, традиційні сільськогосподарські культури, методи їх вирощування.

Як бачимо, фактори, що визначають характер харчування людини, досить різноманітні. Тому надзвичайно важливо з дитинства виробити звичку до продуктів, необхідних для нормального розвитку організму. Незважаючи на соціально-економічні і національні особливості харчування, у різних країнах існують єдині критерії раціонального харчування, які передбачають його повноцінність, збалансованість, різноманітність.

Організм підлітка особливо відчутно реагує на зміни у характері харчування, оскільки потребує матеріалу для розвитку. Тому у підлітковому віці неприпустимі модні дієти, що виключають ті чи інші продукти, вегетаріанство, втілення інших людей щодо харчування. Самостійний вибір дієт або додержання рекомендацій, далеких від медицини і безпосередньо дієтології людей, можуть спричинити незворотне порушення обміну речовин, травної, ендокринної, статевої систем, відставання у розвитку. Слід пам’ятати, що кваліфіковано підібрати дієту може тільки лікар, до якого треба звертатися як у випадку захворювання, так і за порадами щодо збереження здоров’я.

Раціональне харчування – це дотримання трьох основних принципів харчування:

- дотримання балансу енергії;
- задоволення потреби організму певною кількістю та співвідношенням харчових речовин;

- виконання режиму харчування.

Говорячи про баланс енергії підлітків, необхідно відзначити, що добова потреба енергії підлітка на 1 кг маси тіла складає в препубертатному періоді 65 ккал (272 кДж), в пубертатному періоді – 50 ккал (209 кДж). У дорослої людини добова потреба енергії вже менша – 45 ккал (188 кДж) на 1 кг ваги. Кількість енергії визначається з урахуванням того, що при згоранні 1 г жирів утворюється 9,3 ккал, 1 г білків – 4 ккал, 1 г вуглеводів – 3,75 ккал.

Отже, для фізіологічного перебігу процесів росту потреба в калоріях у різні вікові періоди неоднакова. Дітям молодшого шкільного віку (7—11 років) на добу потрібно 2400 ккал, підліткам 11—13 років — не більше 2800 ккал, і тільки в юнацькому віці (14—17 років) потреба в калоріях підвищується для юнаків до 3150-3200 ккал, що відповідає потребам чоловіків-робітників віком 18—40 років, зайнятих фізичною працею, а для дівчат – 2750-2800 ккал.

Треба пом'ятати, при складанні фізіологічних норм харчування величини показників калорійності повинні бути вищими на 10-15%, ніж витрати на енергії, оскільки калорії втрачаються у процесі приготування їжі. Якщо підлітки займаються хореографією або спортом, їх калораж повинен складати 3500-3700 ккал на добу. Під час змагань та зборів їх калораж складає до 4000 ккал.

Енергетичні витрати забезпечуються правильним співвідношенням основних харчових інгредієнтів – білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінералів, води.

Згідно з нормативами, розробленими фахівцями інститутів харчування, потреба підлітків у фізіологічних нормах на добу представлена в таблиці.

Фізіологічні добові норми потреби підлітків у білках, жирах, вуглеводах та енергії

Показник	Юнаки	Дівчата
Білки (г)	106	93
в т.ч. тваринні (г)	64	56
Жири (г)	106	93
в т.ч. рослинні (г)	20	20
Вуглеводи (г)	422	367
Енергія (ккал)	3150	2750

Потреба у білку, за даними ВООЗ, складає у середньому від 0,75 до 1 г/кг на добу, це так званий безпечний рівень білка. В підлітковому віці потреба у білку підвищена – від 2 до 2,5 к/кг на добу. Дуже важливим компонентом у харчуванні дітей і підлітків є жири. Їхній вплив на життєдіяльність організму дуже різноманітний: від участі у відновних процесах нервової системи до розчинення, транспортування й засвоєння вітамінів (речовин, які забезпечують нормальну життєдіяльність усіх живих організмів). Вуглеводи є основним джерелом енергії

для м'язової діяльності. Кількість їх у харчуванні школярів має бути в 4 рази більшою, ніж білків або жирів, тобто 320—420 г на добу, з яких не більше 20 % — легкозасвоювані вуглеводи: цукор, мед, варення, кондитерські вироби тощо.

Таким чином, нормальне співвідношення білків, жирів, вуглеводів для організму підлітка дорівнює 1:1:4.

Потреба у воді в підлітковому віці близько 2-2,5 л на добу. До 1 л містить тверда частка раціону, 1-1,5 л – у рідкій частці раціону.

Можна віддавати перевагу тим чи іншим продуктам, але не варто забувати, що щодня слід вживати необхідні кількості жирів, вуглеводів, білків. Рекомендується 25% добової калорійності їжі забезпечувати під час сніданку, 35% - обіду, 15% - між обідом і вечерею, 25% - за вечерю. У першу половину дня краще вживати більше білкових продуктів, у другу віддавати перевагу овочам. Обідати чи вечеряти, потрібно не пізніше, ніж за 2 год. до сну. Інтервали між прийманням їжі мають становити 3-4,5 год. Отже, для нормального фізичного розвитку учні повинні харчуватися це менш як 4 рази на день. Перерви між прийманням їжі не повинні перевищувати 4—5 год.

Для організації раціонального харчування дітей і підлітків тепер є всі можливості. У шкільних їдальнях вони можуть снідати та обідати. Харчування учнів у школі зобов'язує лікарів старанно стежити за його калорійністю, повноцінністю і смаковими якостями страв. Обмежують або й зовсім вилучають споживання дітьми й підлітками деяких продуктів, зокрема чорної кави, міцного чаю, прянощів і всяких гострих приправ (перцю, гірчиці, хріну), бо вони негативно діють на організм, який росте, впливаючи на підвищення збудливості нервової системи.

Об'єм їжі на один прийом залежить від віку. У підлітковому віці об'єм їжі наведений у таблиці.

Об'єм їжі на одне приймання у підлітковому віці

Сніданок	Овочева або круп'яна страва М'ясо або риба Кава, чай Хліб пшеничний	300 – 400 г 70 г 200 г 50-75 г
Обід	Суп Котлета або м'ясо Гарнір Компот, кисіль Хліб житній	400-500 г 100-150 г 250-300 г 200-300 г 100-130 г
Полуденок	Молоко, кефір Пиріг, булка	200 г 100 г

Вечеря	Овочева або круп'яна страва Молоко, чай Хліб пшеничний	300-400 г 200 г 50-75 г
--------	--	-------------------------------

Що забезпечити раціональне харчування підліткам, запропоновано приблизний набір продуктів на день

**Приблизний добовий набір продуктів для підлітків
(Канівська Л.Я., 1989)**

Продукти (г)	Дівчата	Юнаки
Молоко	500	500
Сир та вироби з сиру	50	50
Сметана	15	20
Сир твердий	15	15
М'ясо	200	220
Риба	60	70
Яйця (шт.)	1	1
Хліб житній	150	150
Хліб пшеничний	200	250
Крупа, макаронні вироби	50	60
Цукор, кондитерські вироби	50	60
Масло вершкове	30	40
Олія рослинна	15	20
Картопля	250	300
Інші овочі	320	350
Фрукти, ягоди	150-500	150-500

Лікар, що обслуговує підліткову установу, бере участь у складанні меню, використовуючи ці таблиці.

Дбаючи про режим харчування, слід стежити за масою тіла, яка повинна відповідати загальноприйнятим для певного віку нормам. Як відомо, останнім часом дедалі збільшується кількість дітей і підлітків з ожирінням різного ступеня. Звичайне переїдання може призвести до значних розладів обміну речовин, функцій залоз внутрішньої секреції, у тому числі й статевих, а нерідко спричиняється і до зниження їхньої діяльності.

Нормалізації маси тіла залежно від зросту та віку учнів досягають дотриманням раціонального режиму харчування, що його призначає і контролює лікар. При цьому ні в якому разі не можна вдаватись і до інших крайнощів—

голодування з метою зменшення маси тіла. А це іноді роблять учні старших класів, коли в них з'являється підвищений інтерес до своєї зовнішності, а повнота стає предметом насмішок ровесників. Тривале голодування, хоча й призводить до різкої, швидкої втрати маси тіла, дуже несприятливо позначається на стані здоров'я організму, який росте, часом викликаючи необоротні розлади обміну речовин.

Проблемою світового масштабу є також зниження вживання натуральної вітамінної сировини. Головною причиною авітамінозів є недостатнє вживання овочів і фруктів, але ця причина не є єдиною. Останнім часом збільшилося вживання рафінованих продуктів, широко застосовуються нові технології обробки продуктів, що також спричиняє різке падіння вмісту вітамінів у них.

Нестача вітамінів у організмі приводить до зниження фізичної і розумової активності, зменшує протидію організму простудним захворюванням, утруднює лікування інших захворювань, веде до розвитку серцево-судинних і ракових захворювань, затримує процес статевого дозрівання.

Актуальною проблемою, яка може призвести до виникнення цукрового діабету, гіпертонії, серцево-судинної недостатності, патології печінки та підшлункової залози, порушення менструального циклу у дівчат та затримки статевого розвитку у хлопчиків, – є **ожиріння в дитячому віці**.

Ожиріння діагностують при перевищенні індексу маси тіла 95 перцентилі для даного зросту, віку і статі.

Визначення ожиріння за індексом маси тіла (ІМТ, кг/м²)

	ІМТ для відповідного віку і статі
Дефіцит маси тіла	< 5-ї перцентилі
Нормальна маса тіла	Від 5-ї до 90-ї перцентилі
Ризик ожиріння	> 90-ї перцентилі до < 95-ї
Ожиріння	≥ 95-ї перцентилі

Відхилення від нормальної маси за індексом маси тіла (ВООЗ, 1997)

Варіант відхилення	ІМТ (кг/м ²)
Дефіцит маси тіла	ІМТ < 18,5
Нормальна маса тіла	ІМТ в межах 18,5 – 24,5
Надлишкова маса тіла (преожиріння)	ІМТ в межах 25,0 – 29,9

Абдомінальний (андроїдний) тип ожиріння діагностують, якщо індекс ОТ/ОС (окружність талії до окружності стегон) для хлопчиків > 0,9, для дівчаток > 0,8.

Проблема ожиріння (особливо його профілактики) повинна вирішуватися навіть не скільки за рахунок лікарняної допомоги, скільки за рахунок соціальних

організаційних заходів: необхідно сприяти підвищенню фізичної активності дітей та підлітків, підтримувати дитячі спортивні школи та секції, впроваджувати правильне та раціональне харчування дітей у школах, дитячих садках тощо, проводити освітню роботу серед населення. При аліментарному та дієнцезальному ожирінні III ступеню в підлітковому віці доцільно використання анорексигенних препаратів.

Запобігти розвиткові ожиріння можливо шляхом проведення роз'яснювальної роботи в області раціонального і різноманітного харчування. Найдоцільніші – диспансерні методи спостереження. У школах, садах-яслах необхідно організувати постійний контроль маси тіла дітей та брати на особливий облік тих дітей, у яких цей показник перевищує норму. Під лікарським спостереженням повинні знаходитися діти, чії батьки або родичі страждають на ожиріння. При ранніх формах ожиріння лікар повинен рекомендувати батькам дитини режим харчування і рухової активності, щоб ці форми не стали прогресуючими й ускладненими. Таким чином, профілактика ожиріння в дитячому віці полягає у нормалізації харчування (збалансований вміст основних харчових речовин) і у використанні дозованої лікувальної фізкультури, гімнастики, спорту. Для профілактики ожиріння важливо підвищувати енергетичні витрати організму, стимулювати діяльність ЦНС (різні спортивні навантаження).

Розвиток в Україні ініціативи «Клініка, дружня до молоді». Організація та принципи надання допомоги в «Клініках, дружніх до молоді»

Здоров'я населення є показником цивілізованості суспільства та відображає рівень соціально-економічного розвитку держави. У суспільній свідомості здоровий спосіб життя повинен бути важливим елементом культури та асоціюватися з комплексом норм поведінки: раціональним харчуванням, рухливістю, відмовою від тютюнопаління, алкоголю та наркотиків, знанням основних принципів збереження здоров'я, статевого виховання тощо. Загально визнано, що здоров'я й розвиток дітей визначаються безліччю факторів. Багато в чому залежить воно від спадковості, від середовища перебування, в якому зростає та розвивається дитина, від морального й матеріального стану родини, мікроклімату в навчальному закладі та від контакту з однолітками. У формуванні здорового підростаючого покоління визначальна роль належить загальній соціально-економічній ситуації в країні та рівню життя населення взагалі і сімей зокрема.

У всьому світі протягом останніх 10-15 років постійно зростає розуміння і визнання важливості створення особливих служб здоров'я для підлітків, які відповідають їх потребам, а також вдосконалюється і визнається поняття “підліткової медицини”. Хоча підлітки, можливо, є менш уразливими до хвороб,

ніж малі діти чи старі люди, але вони мають цілу низку проблем, пов'язаних із дорослішанням, їхньою поведінкою та ризиками, на які вони наражаються.

Багато факторів ризику пов'язані із бідністю та поганим харчуванням, статевою поведінкою, вживанням алкоголю та наркотиків, тютюнопалінням, депресіями, травмуваннями тощо. Моделі поведінки, які наслідують підлітки, будуть впливати на все їхнє життя та здоров'я наступних поколінь. Чому діти підліткового віку потребують послуг, які відрізняються від тих, що надаються дорослим? Соціальна значущість здоров'я дітей, зокрема підліткового віку, зумовлена тим, що вони представляють найближчий репродуктивний, інтелектуальний, економічний, соціальний, політичний та культурний потенціал суспільства. Сьогоднішні підлітки – це діти, які народилися у складний час початку 90-х років і живуть у добу стрімкого поширення ВІЛ/СНІДу. Зміни соціально-економічних умов у суспільстві наклали свій відбиток на здоров'я та соціалізацію дітей, зросла сімейна дезадаптація та збільшилась кількість сімей, які перебувають у критичному стані. Умови погіршення стану соматичного, психічного та репродуктивного здоров'я, а також поглиблення характерної для дітей та молоді психосоціальної дезадаптації призвели до розуміння важливості ролі соціальних факторів. У радянські часи функції щодо медичного обслуговування дітей підліткового віку, профвідбору та профорієнтації було передано в лікувально-профілактичні заклади для дорослих і відкрито мережу підліткових кабінетів, які працювали за територіальним принципом. Допомогу підліткам надавали підліткові терапевти.

У зв'язку з визнанням віку дітей Законом України “Про охорону дитинства” до 18 років з 2002 року було розпочато передачу дітей підліткового віку в обслуговування педіатричної служби. Проте це суттєво не змінило ситуації з охороною здоров'я дітей підліткового віку. Лікарі відзначали проблеми у спілкуванні з підлітками в оцінці їхнього розвитку. Через це виникла потреба у змінах в системі охорони здоров'я, спрямованих на підвищення доступності та забезпечення конфіденційності медичної допомоги підліткам. Крім того, її основним напрямком повинна була бути профілактична спрямованість. Медична допомога підліткам повинна вирішувати широкий спектр медико-соціальних проблем, особливо тих, що пов'язані з ризиковою поведінкою, і надаватися спільно педіатром, психологом, гінекологом, соціальним працівником.

Дослідження виявили, що в системі первинної медико-санітарної допомоги педіатри, сімейні лікарі не можуть забезпечити та задовольнити всі медико-соціальні потреби підлітків. Досвід вказує на необхідність зміни відношення до охорони здоров'я підлітків та відповідно створення служб, що здатні вирішити проблеми ризикової поведінки сучасних підлітків. Такими службами покликані стати “Клініки, дружні до молоді”¹ (далі КДМ), які мають надавати допомогу

підліткам та молоді через розуміння їх проблем і спільний пошук шляхів їх вирішення задля зміни ризикової поведінки, збереження здоров'я та через підготовку персоналу, який вмiє та має бажання працювати з дітьми підліткового віку та молоддю. КДМ мають відігравати значну роль у **профілактиці ВІЛ/СНІДу** і формуванні **відповідальної поведінки** серед підлітків та молоді до власного здоров'я.

Не менш важливий і психологічний аспект підліткового періоду. Розвиток психіки підлітка характеризується підвищеною емоційністю. Відчуваючи фізичні зміни, підліток намагається поводитись, як доросла людина, виявляє надмірну активність і невиправдану самовпевненість. Об'єктивно він потребує підтримки дорослих, але не визнає цього, що часто спричиняє конфлікти у сім'ї. У підлітковому віці загострюється потреба у дружбі, орієнтація на погляди колективу, компанії, зберігається віра в ідеал. Враховуючи те, що оточення підлітка у більшості випадків не сприяє створенню психічного комфорту, він опиняється у стані підвищеної нервової напруги, що може бути не тільки причиною виникнення конфліктів, а й фактором розвитку багатьох захворювань серцево-судинної, травної, ендокринної систем, а також соціальної дезадаптації та проблем, пов'язаних з нею.

Центр/відділення медичної допомоги підліткам та молоді „Клініка, дружна до молоді ” (далі – Центр/відділення) надає медичну допомогу підліткам та молоді на засадах Дружного підходу до молоді і функціонує як підліткове відділення, рекомендованого Всесвітньою організацією охорони здоров'я, Дитячим Фондом ООН (ЮНІСЕФ), основними принципами якого є добровільність, доброзичливість, доступність, конфіденційність, анонімність та неосудливий підхід до відвідувача.

Центр/відділення створюється у складі закладів охорони здоров'я державної та комунальної власності або як медичний центр – окремий заклад відповідно до чинного законодавства України. В центрі КДМ працюють наступні спеціалісти: підлітковий лікар; дерматовенеролог; гінеколог; психолог; психотерапевт; психіатр; соціальний працівник

Центр/відділення створюється з метою надання медичної допомоги підліткам віком 14-18 років та молоді віком до 24 років (далі-цільова група) за їх особистим зверненням або за направленням центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, інших лікувально-профілактичних закладів установ, тощо.

У своїй діяльності персонал Центру/відділення керується чинним законодавством України, галузевими нормативно-правовими актами, статутом (положенням) закладу охорони здоров'я, цим Положенням та посадовими інструкціями.

Керівництво Центром/відділення здійснюється завідувачем, який призначається на посаду та звільняється наказом головного лікаря закладу охорони здоров'я. У своїй роботі завідувач підпорядковується головному лікарю. У разі створення Центру як окремого закладу, керівництво ним здійснюється головним лікарем, який призначається на посаду наказом органу охорони здоров'я.

Центр/відділення взаємодіє з центрами соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді (далі - ЦСССДМ) на підставі укладених закладом охорони здоров'я угод відповідно до Порядку взаємодії центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді із закладами охорони здоров'я щодо надання медичної допомоги та соціальних послуг дітям і молоді, визначеного спільним наказом Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту та Міністерства охорони здоров'я.

Отже, «Клініка, дружня до молоді» (КДМ) є структурним підрозділом закладу охорони здоров'я і надає медико-соціальну допомогу дітям та молоді з проблем збереження здоров'я на основі “дружнього підходу”, який рекомендовано Всесвітньою організацією охорони здоров'я і Дитячим фондом ООН – ЮНІСЕФ. Основним в реалізації ідеології КДМ є надання допомоги підліткам і молоді через розуміння їхніх проблем, спільний пошук шляхів зміни поведінки, спрямованих на збереження здоров'я. Тобто для підлітків та молоді користь від роботи КДМ полягає в тому, що вони здобувають реальну можливість самостійно одержати медичну й психологічну допомогу, інформацію про збереження здоров'я, а отже, легше пройти період дорослішання.

Хоча КДМ і є структурним підрозділом медичного закладу, в його роботі існує ряд специфічних особливостей. Суттєва відмінність КДМ від інших медичних закладів полягає в тому, що ця клініка надає не лише медичний, а й психологічний та соціальний комплекс послуг; у діяльності КДМ переважає профілактична спрямованість; КДМ, як структура, реалізує принципи дружнього підходу – добровільності, доброзичливості, доступності, конфіденційності, анонімності та неосудливого ставлення до відвідувача.

Поняття “дружній підхід” передбачає не лише доброзичливе і шанобливе ставлення до підлітка, а й реалізацію певних принципів роботи й інформаційно-технічного забезпечення клінік. У зв'язку з цим проводиться навчання медичних, соціальних працівників по спеціально розробленій програмі. Мета навчання – сприяння усвідомленню принципів роботи КДМ та формуванню навичок консультування підлітків з питань профілактики ВІЛ.

Загальною метою роботи КДМ є збереження репродуктивного здоров'я, профілактика ВІЛ/СНІДу та формування відповідальної поведінки серед підлітків та молоді щодо власного здоров'я.

Саме у підлітковому віці істотно зростає ризик інфікування ПСШ та виникнення незапланованої вагітності. Для того, щоб бути ефективною, діяльність КДМ повинна бути спрямована на профілактику та лікування захворювань, поява яких пов'язана з ризиковою поведінкою, інформаційний та консультаційний супровід клієнта, створення психологічних комфортних умов, які полегшать проходження лікування, вирішення соціальних і психологічних проблем для кожного клієнта. КДМ мають відігравати істотну роль у популяризації дотестового консультування та тестування на ВІЛ серед молоді.

Слід виділити наступні завдання у діяльності КДМ:

- профілактика ризикової поведінки, особливо щодо інфекцій, які передаються статевим забезпечення комплексної соціально-медичної та психологічної допомоги підліткам та молоді;
- надання інформаційно-консультативних послуг підліткам і молоді з питань
- збереження здоров'я, особливо репродуктивного здоров'я та профілактики ВІЛ;
- шляхом, включаючи ВІЛ-інфекцію, та непланованої вагітності;
- діагностика та лікування захворювань репродуктивної системи;
- соціальний супровід відвідувачів КДМ, які, крім медичних, отримують психологічні, соціально-педагогічні та юридичні послуги на всіх етапах роботи з ними (за потребою).

Також, завданнями Центру/відділення КДМ є:

1. формування здорового способу життя;
 1. збереження репродуктивного здоров'я та підготовка до усвідомленого батьківства;
 2. формування відповідальної поведінки в статевих та міжособистісних відносинах;
 3. попередження виникнення ризикової поведінки та зменшення впливу її наслідків;
 4. проведення добровільного до тестового консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію згідно з протоколом;
 5. збереження психічного здоров'я, в т.ч. у складних життєвих обставинах;
 6. формування навичок, які сприяють збереженню здоров'я, підвищенню рівня інформованості з питань здорового способу життя;
 7. консультування дітей, молоді та членів їх сімей;
 8. направлення у разі необхідності на обстеження та лікування до інших закладів охорони здоров'я;

9. діагностика та лікування захворювань відповідно до протоколів, затверджених МОЗ України;

10. здійснення організаційно-методичної допомоги закладам охорони здоров'я щодо впровадження соціально-медичних послуг в їх діяльність;

11. проведення круглих столів, семінарів, тренінгів, лекцій тощо із спеціалістами інших служб та відомств;

12. залучення молоді до співпраці здійснюється шляхом участі у розробці та поширенні інформаційно-просвітницьких матеріалів, проведенні навчально-тематичних семінарів, тренінгів, наданні консультативно-інформаційних послуг різним категоріям дітей та молоді (за методом "рівний-рівному").

Медична допомога в Центрі/відділенні надається відвідувачам за умов усвідомленої згоди з урахуванням культурологічних, етнічних та релігійних особливостей на засадах Дружнього підходу до молоді.

Медична допомога в Центрі/відділенні надається мультидисциплінарною командою (далі - МДК). Центр/відділення повинен мати окремий вхід. На прийом одного відвідувача виділяється 30 хвилин, незалежно від первинного чи повторного прийому. На інформаційно-просвітницьку роботу виділяється 10 годин на тиждень в межах робочого часу.

Інформаційно-ресурсний навчальний центр/відділ (далі – ІРНЦ) створюється як структурний підрозділ Центру/відділення медичної допомоги підліткам та молоді «Клініка, дружня до молоді» (КДМ) або на базі того структурного підрозділу, напрямки діяльності якого збігаються з напрямками діяльності ІРНЦ (Центр здоров'я, Центр СНІДу, Центр планування сім'ї тощо).

На посаду лікаря-спеціаліста відповідно до штатного розкладу Центру/відділення/ кабінету медичної допомоги підліткам та молоді „Клініка, дружня до молоді” (далі - лікар-спеціаліст КДМ) призначається спеціаліст з повною вищою освітою (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина», спеціальностями "Лікувальна справа" або "Педіатрія", який пройшов спеціалізацію за відповідним фахом (інтернатура, курси спеціалізації), має сертифікат лікаря-спеціаліста, без вимог до стажу роботи і володіє знаннями та навичками щодо застосування Дружнього підходу до молоді. У його обов'язки входить проведення інформаційно-просвітницької роботи з питань формування здорового способу життя; збереження репродуктивного здоров'я та підготовку до усвідомленого батьківства; формування відповідальної поведінки в статевих та міжособистісних відносинах; попередження виникнення ризикової поведінки та зменшення впливу її наслідків; профілактику інфекцій, що передаються статевим шляхом, в тому числі ВІЛ/СНІДу, наркоманії, надання лікувально-діагностичної допомоги відповідно до стандартів та протоколів, затверджених МОЗ України.

Тимчасові стандарти надання медичної допомоги підліткам та молоді (далі - *Тимчасові стандарти*) базуються на характеристиках послуг, дружніх до молоді, рекомендованих Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) 2002 р., які:

Рівноправні – послуги надаються всім, хто їх потребує.

Доступні – забезпечено легкий доступ до послуг.

Прийнятні – послуги виправдовують очікування користувачів послуг.

Відповідні – надається необхідна допомога у найширшому потрібному обсязі.

Ефективні – надані послуги сприяють позитивним змінам у стані здоров'я та покращують якість життя користувача послуг.

Принципи «дружнього підходу» до молоді, рекомендовані Дитячим фондом ООН (ЮНІСЕФ) та ВООЗ 2002 р.:

Доступність – молодь має реальну можливість отримати послуги через спрощення процедури звернення, максимальне наближення до потреб молоді розкладу роботи, надання безоплатних, комплексних послуг тощо.

Добровільність – створені умови для самостійного свідомого звернення молоді за послугами через інформування, залучення та розбудову мотивації.

Доброзичливість – надання послуг молоді побудоване на розумінні й прийнятті вікових особливостей цільової групи, терпимості, повазі, конфіденційності, підтримці у висловленні власної думки та неосудливому ставленні до користувачів послуг.

Конфіденційність – етичний принцип, у відповідності до якого фахівець немає права розголошувати інформацію про клієнта без його згоди. Працівник КДМ забезпечуючи секретність, повинен ознайомити клієнта з обставинами, за яких професійна таємниця не зберігається.

Тимчасові стандарти КДМ:

1. Відповідність внутрішньої політики закладу принципам надання послуг на засадах «дружнього підходу».
2. Забезпечення кадрами та систематична підготовка персоналу на засадах «дружнього підходу».
3. Забезпечення «дружнього підходу».
4. Дотримання конфіденційності та анонімності.
5. Здійснення профілактичної роботи.
6. Надання лікувально-діагностичної допомоги.
7. Забезпечення соціального супроводу та соціальних послуг.
8. Забезпечення комплексності послуг.
9. Участь молоді.

Заклад забезпечує доступність послуг

- Усі категорії дітей та молоді, незважаючи на національні, релігійні та статеві відмінності, місце проживання, соціальний статус, мають рівний доступ до послуг;

- малолітнім відвідувачам до 14 років медичні послуги надаються з дозволу батьків, а неповнолітнім відвідувачам від 14 до 18 років – з особистої згоди та з дозволу батьків (опікунів, членів родини) згідно з чинним законодавством; Немедичні послуги (консультування, інформування) надаються з особистої згоди відвідувача;

- заклад має окремий вхід;

- заклад має яскраву зрозумілу вивіску;

- заклад має зручний для відвідувачів розклад роботи та графік прийому спеціалістів;

- заклад надає послуги за зверненням, шляхом самозапису (журнал самозапису) та за направленням;

- відвідувачу забезпечується право вибору фахівця (графік прийому спеціалістів);

- послуги надаються безоплатно або за доступними цінами згідно з чинним законодавством;

- у закладі є в наявності інформаційний стенд з переліком медичної допомоги, які в ньому надаються, визначено вартість послуг, які надаються, за доступними цінами;

- відвідувачі володіють інформацією про медико-соціальні послуги, що надаються в закладі (не менше 80% опитаних);

- заклад активно поширює інформацію про свою діяльність (брошури, буклети, Веб-сторінка, інформаційні ролики тощо);

- працює телефонна служба для надання інформації щодо відповідних послуг в інших закладах міста.

Наказ МОЗ України № 415 від 19.08.2005 р. Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію

Особливості консультування підлітків

Права дитини у відношенні до положень тестування на ВІЛ можуть бути чітко окреслені посиланням на 2 комплексні головні принципи Конвенції прав дітей (КПД) від 20 листопада 1989 року, ратифікована 27 лютого 1991 року:

1) дотримання інтересів дитини;

2) право дитини брати участь у прийнятті рішень, що впливають на її життя.

Консультування підлітків проводиться відповідно до розділів 4.2 та 4.3 цього Порядку з урахуванням певних особливостей цієї групи.

При консультуванні необхідно обов'язково враховувати специфіку різних вікових груп підлітків, які не є гомогенною групою. Потреби підлітка при консультуванні можуть різнитися в залежності як від віку, рівня його психофізичного розвитку, так і від соціального статусу. Особи цієї вікової групи можуть бути серед всіх груп та категорій, які звернулись за послугами ДКТ, тому при їх консультуванні необхідно враховувати вимоги відповідних розділів цього Порядку.

Специфікою консультування підлітків є те, що відповідно до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення":

1. Медичний огляд неповнолітніх віком до 18 років може проводитись на прохання чи за згодою їх батьків/ законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

2. У разі виявлення ВІЛ-інфекції у неповнолітнього віком до 18 років, працівник закладу охорони здоров'я, в якому проведено медичний огляд, повідомляє про це його батьків або інших законних представників.

3. Для успішного консультування підлітків необхідна атмосфера довіри, яка буде неможливою у разі авторитарної позиції консультанта, його надмірної повчальності. Консультація може проводитись віч-на-віч з підлітком, за винятком тих випадків, коли він висловлює бажання, щоб його батьки/інші законні представники були присутні під час консультації.

4. Головним при консультуванні дітей підліткового віку є ввічливість, конфіденційність, доброзичливість, неупереджене ставлення до можливих особливостей їх поведінки, тактовність та розуміння, що бесіда на тему сексуальної поведінки може бути складною для підлітка. Потрібно подати інформацію коректно, однак так, щоб вона задовольнила його потреби. Необхідно враховувати розрізнення між хлопцями та дівчатами та те, як вони можуть отримувати та сприймати інформацію.

Під час первинного передтестового консультування необхідно:

1. з'ясувати, що саме непокоїть підлітка, надати йому основні знання про ВІЛ-інфекцію/СНІД та заходи їх профілактики;

2. встановити ставлення підлітка до тестування на ВІЛ, а також визначити, чи проводилось подібне тестування раніше. Якщо так, то з яким результатом;

3. враховуючи, що при отриманні позитивного результату перед підлітком гостро встане проблема, кого повідомити про свій ВІЛ-статус і як це зробити, надати йому допомогу у вирішенні цих питань. Запропонувати йому прийти на післятестове консультування разом з матір'ю, батьком або його іншими законними представниками.

При проведенні первинного післятестового консультування:

- при негативному результаті тесту зробити наголос про необхідність дотримання заходів профілактики ВІЛ-інфекції;
- при позитивному результаті тесту консультант, який повідомляє підлітку результат, повинен підтримати в ньому надію, надати йому необхідну психологічну допомогу (враховуючи лабільність нервової системи у підлітків) для попередження негативних наслідків з'ясування позитивного ВІЛ-статусу, в тому числі суїциду, пояснити необхідність використання підлітком засобів профілактики для недопущення поширення ВІЛ, розповісти про його права та обов'язки відповідно до чинного законодавства.

Медичний огляд на ВІЛ-інфекцію неповнолітні особи віком від 14 до 18 років можуть проходити самостійно, але також такий медичний огляд може проводитися на прохання чи за згодою їх законних представників, які мають право бути присутніми при проведенні такого огляду.

Тим часом ВІЛ продовжує поширюватися в Україні рекордними темпами, що підтверджується річним приростом нових зареєстрованих випадків ВІЛ-інфекції на 10%, від 16 078 у 2006 році до 17 669 нових випадків ВІЛ-інфекції у 2007 році. Немає жодних доказів зупинення чи навіть уповільнення поширення ВІЛ. За прогнозами епідемія швидко зростатиме протягом наступних років. Отже, якщо ефективні заходи не будуть впроваджені негайно, епідемія може призвести до інфікування ВІЛ 820 000 людей (3.5% дорослого населення) до 2014 року. Це означатиме, що кількість випадків ВІЛ майже подвоїться. Також передбачається, що до 2014 року кількість смертей від СНІДу може досягти 300 000 людей. Якщо ці тенденції залишаться, існує значний ризик, що протягом наступних п'яти років в Україні розвинеться генералізована епідемія СНІДу з постійним зростанням нових випадків інфікування ВІЛ серед усього населення. Якщо це станеться, Україна буде першою країною індустріального світу, що не змогла стримати епідемію СНІДу, коли вона ще була сконцентрована серед груп високого ризику.

Розвиток “дружніх до молоді” послуг рекомендується **Європейською стратегією “Здоров’я та розвиток дітей та підлітків”**, яка прийнята 55 Сесією Регіонального Європейського Комітету ВООЗ 12-15 вересня 2005 року (EUR/RC55/6), а також Резолюцією Глобальних консультацій ВООЗ щодо “дружніх до молоді” послуг (березень 2001, Женева) та посібником ВООЗ “Розвиток “дружніх до підлітків” служб охорони здоров’я” (Adolescent Friendly Health Services, Making it Happen) (Женева, 2002).

У Європейській стратегії “Здоров’я та розвиток дітей і підлітків” визначені керівні принципи її впровадження для здорового росту та розвитку дітей і підлітків, а саме: підхід до діяльності з точки зору всього життєвого циклу; активізація міжсекторальної взаємодії та забезпечення рівного доступу до послуг,

які відповідають потребам дітей і підлітків. Одним із пріоритетних напрямків діяльності визначається збереження здоров'я підлітків через те, що у цьому віці формується стиль поведінки, який може впливати на стан здоров'я протягом всього життя. Для комплексного вирішення проблем здоров'я підлітків мають бути створені служби охорони здоров'я, орієнтовані на підліткову групу. Організаторами у сфері охорони здоров'я повинно бути здійснено ряд важливих заходів, спрямованих на ефективне вирішення проблем дотримання принципу справедливості в рамках стратегій охорони здоров'я дітей і підлітків. Україна є одним із пілотних регіонів для впровадження Європейської стратегії. “Медичні служби, доброзичливі до підлітків, дотримуються певних правил і мають характерні особливості, які привертають підлітків до медичних центрів, чи програм, які забезпечують їм відповідні комфортабельні умови, відповідають їхнім потребам і здатні зберегти свою клієнтуру з числа підлітків з метою надання їм подальших послуг та повторних прийомів” (Senderowitz, 1995). У цих методичних рекомендаціях ми будемо використовувати термін “підлітки”, маючи на увазі вікову групу від 14 до 18 років, як таку, що найкраще характеризує цільову групу КДМ. Нижня межа підліткового віку визначається біологічними факторами, тобто початком появи вторинних статевих ознак, верхня – соціальною зрілістю, коли йде вибір професії, визначення свого місця у суспільстві, набуттям правоздатності. Міжнародними критеріями та характеристиками щодо надання дружніх до молоді послуг визначено, що: вони доступні та орієнтовані на дітей підліткового віку та задовольняють їх; їх можна отримати в доступний час та в доступному місці; розраховані на відвідувачів незалежно від статі, соціального статусу, віросповідання та етнічної належності; вони надаються в доступній для дітей підліткового віку формі; розраховані на ті цільові групи, які найбільш уразливі, та на тих, хто потребує допомоги; є комплексними та ефективними; надаються безоплатно.

Співробітники “Клінік, дружніх до молоді” повинні бути висококваліфікованими спеціалістами, володіти професійними знаннями, а також навичками та вмінням спілкуватися з підлітками, не засуджуючи, та шанобливо.

За матеріалами ЮНІСЕФ перші моделі служб, які працюють у профілактичному напрямку з підлітками, з 1972 року вже функціонували в США, з 1993 року в – Англії, Швеції та інших країнах. На сьогодні служби, які будують свою роботу на принципах дружнього підходу до молоді, створюються і працюють в різних країнах СНД (Росії, Молдові, Білорусі, Вірменії, Казахстані тощо).

КДМ не є альтернативою і не мають замінити для підлітків існуючі служби, наприклад дитячі поліклініки. Ці служби будуть доповнювати одна одну для досягнення єдиної мети – збереження здоров'я молодого покоління. КДМ можуть

бути структурною частиною дитячих лікувально-профілактичних та соціальних закладів як відділення медико-соціальної допомоги підліткам

Міжнародне та вітчизняне законодавство

Цілий ряд положень **Конституції України (28 червня 1996 р.)**, основного Закону в державі, визначають норми, що стосуються охорони репродуктивного здоров'я населення. Статтею 3 Конституції України визначено, що здоров'я людини, як і її життя, особиста честь і гідність, недоторканість і безпека, є найвищою соціальною цінністю.

- *Відповідно до статті 23 кожна людина має право на вільний розвиток своєї особистості, а стаття 27 визначає право кожної людини на невід'ємне право на життя, і держава забезпечує захист життя людини та всебічний розвиток її особистості.*

- Другим після Конституції за юридичною вагомістю правовим актом щодо міжнародних підходів до розробки й впровадження політики сприяння здоров'ю, є закон **“Основи законодавства України про охорону здоров'я”** (від 19.11.92 №2801-ХІІ). Цей закон в загальному вигляді охоплює практично весь спектр необхідних стратегій, трактуючи здоров'я, охорону здоров'я та здоровий спосіб життя як багатогранні поняття, що потребують при їх розв'язанні міжсекторального комплексного підходу.

- У *статті 3* Закону загальне здоров'я визначається як стан повного фізичного, психологічного і соціального добробуту, а не тільки відсутність хвороб і фізичних дефектів. Таким чином, у національне законодавство України практично інтегроване визначення здоров'я, прийняте Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ).

- Основи законодавства України про охорону здоров'я не лише трактують основні поняття і визначають зміст права на охорону здоров'я та їхні принципи, а й водночас встановлюють певні обов'язки для суспільства, держави та особистості. У розділі IV, зокрема у *статті 25* – “Підтримання необхідного для здоров'я життєвого рівня населення ” встановлено, що держава забезпечує життєвий рівень населення, в тому числі їжу, одяг, житло, медичний догляд, соціальне обслуговування і забезпечення, необхідні для підтримання його здоров'я.

- *Стаття 28* “Створення сприятливих умов праці, навчання, побуту та відпочинку” проголошує, що з метою забезпечення сприятливих для здоров'я умов праці, навчання, побуту та відпочинку, високого рівня працездатності, профілактики травматизму і професійних захворювань, отруєнь та запобігання іншій можливій шкоді для здоров'я встановлюються єдині санітарно-гігієнічні вимоги до організації виробничих та інших процесів, пов'язаних з діяльністю

людей. Усі державні стандарти, технічні умови і промислові зразки обов'язково узгоджуються з органами охорони здоров'я.

- У статті 32 “Сприяння здоровому способу життя населення” зокрема визначено, що держава сприяє утвердженню здорового способу життя населення шляхом поширення наукових знань з питань охорони здоров'я, організації медичного, екологічного і фізичного виховання, вживає заходів щодо підвищення гігієнічної культури населення, створення необхідних умов, у тому числі медичного контролю для заняття фізкультурою, спортом і туризмом.

- У статті 59 “Піклування про зміцнення та охорону здоров'я дітей і підлітків” йдеться про те, що батьки зобов'язані піклуватися про здоров'я своїх дітей, їх фізичний та духовний розвиток, ведення ними здорового способу життя. У разі порушення цього обов'язку, якщо воно завдає істотної шкоди здоров'ю дитини, винні у встановленому порядку можуть бути позбавлені батьківських прав.

- Важливе значення для захисту прав дитини мають: **Цивільний кодекс України (ЦКУ)** від 16.01.03 №435-IV⁴ (далі – ЦКУ), яким закріплено права: на життя, охорону здоров'я (ст. 281), на інформацію про стан свого здоров'я (ст. 285) та на таємницю про стан здоров'я (ст. 286) тощо; **Сімейний кодекс України (СКУ)** від 10.01.02 №2947-III⁵, **Закон України “Про інформацію”** від 02.10.92 №2657-XII⁶ (ст.ст. 9 і 31) право на інформацію тощо.

- Органи охорони здоров'я спільно з органами управління освітою щорічно забезпечують організацію безоплатних медичних оглядів учнів (вихованців), моніторинг і корекцію стану здоров'я. Ці установи несуть відповідальність за додержання санітарно

- гігієнічних норм, проведення лікувально-профілактичних заходів у загальноосвітніх навчальних закладах незалежно від підпорядкування, типів і форм власності відповідно до вимог **наказів МОЗ України від 29.11.02 №434 “Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні”, МОН та МОЗ від 21.04.05 №242/178 “Про посилення роботи щодо профілактики захворюваності дітей у навчальних закладах та формування здорового способу життя учнівської та студентської молоді”**. Адже дитячий і підлітковий вік є тим періодом, в якому закладаються основи здоров'я в широкому розумінні цього поняття, однією із складових якого є репродуктивне здоров'я.

- Крім законів прямої дії, які спрямовані на охорону дитинства, є ряд законів, постанов, наказів, які несуть в собі норми, що впливають на сферу охорони дитинства.

- Вибору на користь здоров'я сприяє **Закон України “Про рекламу”**, ухвалений **Верховною Радою України 03.07.96 №270/96-ВР** з внесеними змінами. Цим Законом серед інших загальних обмежень рекламної діяльності забороняється надавати відомості або закликати до дій, які можуть спричинити порушення законодавства, завдають чи можуть завдати шкоди здоров'ю або життю людей і навколишньому природньому середовищу, або спонукають до нехтування засобами безпеки (*стаття 8*). Крім того, цей закон визначає поширення в Україні соціальної рекламної інформації про здоровий спосіб життя, профілактику ризикової поведінки, негативних явищ в дитячому та молодіжному середовищі, види соціальних послуг з метою формування навичок збереження та зміцнення репродуктивного здоров'я. Крім того, *стаття 11* Закону визначає поширення соціальної рекламної інформації державних органів з питань здорового способу життя, охорони здоров'я, профілактики ВІЛ-інфекції, охорони природи, збереження енергоресурсів, профілактики правопорушень, соціального захисту та безпеки населення, що не має комерційного характеру.

- Початок сучасному правовому регулюванню питань, що виникають у **сфері ВІЛ/СНІДу** та визначенню державної політики у цій сфері, поклав прийнятий у 1991 році **Закон України “Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення”**. *Стаття 4* Закону передбачає, що держава гарантує:

- доступність, якість, ефективність медичного огляду з метою виявлення ВІЛ інфекції, в тому числі анонімного, з наданням перед- та післятестової консультативної допомоги;

- регулярне та повне інформування населення, в тому числі через засоби масової інформації, про причини зараження, шляхи передачі ВІЛ-інфекції, заходи та засоби профілактики, необхідні для запобігання зараженню цією хворобою та її поширенню;

- включення до навчальних програм закладів освіти спеціальної тематики з питань профілактики ВІЛ/СНІДу;

- забезпечення доступності для населення засобів профілактики, що дають можливість запобігти зараженню і поширенню ВІЛ/СНІДу статевим шляхом;

- сприяння діяльності, спрямованій на формування в населення стереотипів безпечної сексуальної поведінки;

- сприяння благодійній діяльності, спрямованій на профілактику розповсюдження ВІЛ/СНІДу.

Стаття 12 зазначеного Закону визначає, що надання медичної допомоги ВІЛінфікованим і хворим на СНІД здійснюється на загальних підставах у порядку, встановленому законодавством та відповідними міжнародними договорами України, попереджуючи цим випадки дискримінації та стигматизації

по відношенню до таких пацієнтів. Питання попередження дискримінації ВІЛ-інфікованих людей відображені також у новій редакції Закону України від **03.03.1998 року №155/98 “Про внесення змін до Закону України “Про запобігання захворюванню на СНІД та соціальний захист населення”**, яка була приведена у відповідність до Конвенції про захист прав і основоположних свобод людини. Зокрема, Закон визначає державні гарантії щодо профілактики інфікування ВІЛ, доступність, якість, ефективність та можливість анонімного медичного огляду з метою виявлення ВІЛ-інфекції, права та обов’язки ВІЛ-інфікованих осіб тощо. Не в останню чергу, завдяки цьому Закону і набутому під час його розробки нормативному досвіду, прийнята у 1996 році Конституція та інші акти законодавства України забороняють дискримінацію за ознакою стану здоров’я, гарантують усім рівне право на охорону здоров’я та медичну допомогу, право на інформацію та інші права.

Створена і активно функціонує міжсекторальна Національна координаційна рада з питань запобігання поширенню ВІЛ-інфекції/СНІДу, положення про діяльність якої та склад затверджено **постановою КМУ від 11 липня 2007 р. №926 “Деякі питання протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу”**.

Медична допомога ВІЛ-інфікованим пацієнтам, добровільне тестування регулюються *наказами МОЗ України від 19.08.05 №415 “Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЛ-інфекцію”, від 17.05.06 №280 “Про затвердження Переліку національних показників моніторингу й оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та Інструкції щодо визначення цих показників” та наказом від 23.11.07 р. №740/1030/4154/312/614а “Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей”*. В цих наказах визначаються показники для здійснення моніторингу та оцінки ефективності заходів, що забезпечують контроль стану епідемії ВІЛ/СНІДу.

Розроблені додаткові заходи з питань попередження передачі ВІЛ від матері до дитини та медико-соціальної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, до Національної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, допомоги та лікування ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2004 – 2008 роки базуються на 4-компонентному стратегічному підході ВООЗ до профілактики ВІЛ-інфекції у дітей:

- 1) первинна профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок;
- 2) профілактика непланованих вагітностей серед ВІЛ-позитивних жінок;
- 3) профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини.

Контрольні запитання:

- Дайте визначення «підлітковий вік».
- Який порядок проведення обов'язкових профілактичних медичних оглядів дітей підліткового віку?
- Які Ви знаєте основні накази МОЗ України, що регламентують надання медичної та соціально-психологічної допомоги підліткам?
- Яка структура та зміст основних наказів МОЗ України, що регламентують роботу амбулаторно-поліклінічної ланки надання медичної допомоги дітям (накази МОЗ України № 465 від 12.12.2002 р., №№ 382 та 383 від 02.06.2009 р.) ?.
- Які особливості суб'єктивного та об'єктивного обстеження підлітків?
- Які закономірності статевого дозрівання?
- Як вірно оцінити статевий розвиток підлітка-хлопчика?
- Як вірно оцінити статевий розвиток підлітка дівчинки?
- Які особливості репродуктивного здоров'я підлітків?
- Які особливості раціонального харчування дітей підліткового віку?
- В чому полягає профілактика ожиріння, цукрового діабету?
- Які Ви знаєте особливості розвитку в Україні ініціативи «Клініка, дружня до молоді».
- Які особливості організації та принципи надання допомоги в «Клініках, дружніх до молоді»?
- Які особливості медико-психологічного консультування осіб підліткового віку?
- Які особливості консультування підлітків щодо розповсюдження та профілактики ВІЛ-інфекції?

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Яка головна функціональна одиниця підрозділу профілактичної роботи дитячої поліклініки:
 - A. Кабінет здорової дитини
 - B. Кабінет педіатра
 - C. Кабінет щеплень
 - D. Кабінети спеціалістів
 - E. Маніпуляційний кабінет
2. При оцінці підлітків звертають увагу на психічне здоров'я. Що не властиво для дітей раннього підліткового періоду?
 - A. Незалежність у спілкуванні

- В. Перепади настрою
- С. Конкретне мислення
- Д. Група підтримки однолітків
- Е. Потреба в усамітненні

3. У середині підліткового періоду основним психологічним моментом виступає:

- А. Підтримка ровесників
- В. Статеве дозрівання
- С. Приклад дорослих
- Д. Перепади настрою
- Е. Успіхи у школі

4. Підлітковий кабінет обслуговує контингент дітей у віці:

- А. 0-14 років включно
- В. 10-14 років включно
- С. 7-17 років включно
- Д. 15-17 років включно
- Е. 14-18 років включно

5. Основним медичним документом на амбулаторно-поліклінічному етапі для дитини віком до 14 років є:

- А. історія розвитку дитини (форма 112/0)
- В. консультативний висновок спеціаліста (форма 028/0)
- С. медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о)
- Д. талон амбулаторного пацієнта (форма 025-6/о)
- Е. рецепт (Ф-1)

6. Основним медичним документом на амбулаторно-поліклінічному етапі для дитини віком 15-17 років є:

- А. історія розвитку дитини (форма 112/0)
- В. консультативний висновок спеціаліста (форма 028/0)
- С. медична карта амбулаторного хворого (форма 025/о)
- Д. талон амбулаторного пацієнта (форма 025-6/о)
- Е. рецепт (Ф-1)

7. Відповідно до схеми обов'язкових медичних профілактичних оглядів дитячого населення діти у віці 12-14 років 1 раз на рік оглядаються:

- А. хірургом
- В. психологом
- С. стоматологом

- D. гінегологом
- E. психіатром

8. Рентгенівським профілактичним обстеженням підлягають особи у віці:

- A. від 10 років
- B. від 12 років
- C. від 14 років
- D. від 15 років
- E. від 17 років

9. Згідно з чинним законодавством України не можуть проходити медичний огляд самостійно діти віком до:

- A. 10 років
- B. 12 років
- C. 14 років
- D. 15 років
- E. 17 років

10. Під час збору анамнезу у підлітка лікар повинен окреслити наступні питання, пов'язані зі сферами підвищеного ризику, крім:

- A. сексуальна активність
- B. якість навчання в школі
- C. вживання наркотиків
- D. користування контрацептивами
- E. вживання алкоголю

Відповіді на тестові завдання для початкового контролю

1-А;2-Е;3-А;4-Д;5-А;6-С;7-С;8-Д;9-С;10-В.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Дівчина 16 років скаржиться на надмірну масу тіла, підвищену втомлюваність, періодичний біль в правому підребер'ї, що посилюється після прийому їжі. Апетит підвищений, любить вироби з борошна, солодощі. Маса тіла помітно збільшилась за останні два роки. Спадковість за материнською лінію обтяжена. Об'єктивно: зріст – 168 см, маса тіла – 70 кг, розподіл підшкірно-жирового шару рівномірний, шкірні покрови чисті, блідо-рожеві. Серцеві тони ритмічні, ослаблені. Дихання везикулярне. Живіт м'який, не болючий. Статевий розвиток в нормі. Щитоподібна залоза не збільшена. Індекс ОТ/ОБ=0,6.

Завдання:

- A. Дайте оцінку фізичного розвитку дівчини-підлітка.
- B. Розрахуйте індекс маси тіла.

- C. Оцініть тип ожиріння.
 D. Який основний метод корекції маси тіла?

Задача 2.

У хлопчика 12 років зріст 137 см, вага – 31,5 кг. Статевий розвиток: на лобку, в аксиллярній ділянці волосся відсутнє, статевий член, яєчка та калитка дитячі.

Завдання:

1. Оцініть фізичний розвиток дитини, використовуючи сигмальні таблиці оцінки фізичного розвитку.
2. Оцініть статевий розвиток хлопчика.

Задача 3.

Хвора Е., 15 років, хворіє цукровим діабетом 3 роки. Отримує 18 одиниць інсуліну протягом доби. Після перенесеної два тижні тому пневмонії стан погіршився. Посилилась спрага, з'явилися біль у животі, нудота, блювання, сонливість. Увечері втратила свідомість. Запах ацетону з рота. Пульс на 120 на хвилину, АТ 80/45 мм.рт.ст. Дихання шумне.

Завдання :

1. Ваш попередній діагноз?
2. Призначте першочергові необхідні дослідження
3. Призначте стартове лікування.

Задача 4.

На виклику додому до підлітка, що з дитинства хворіє на цукровий діабет, встановлено, що після вживання алкогольних напоїв в компанії однолітків у нього розвинулась різка слабкість, блідість, втрата свідомості. Об'єктивно: свідомість відсутня, шкіра бліда, "мармурова", кінцівки ціанотичні, холодні, різко збільшене потовиділення. Періодично - судомні посмикування, дихання поверхневе, часте; тахікардія, пульс ниткоподібний; з рота - запах алкоголю.

Завдання :

1. Ваш попередній діагноз?
2. Вкажіть, який з препаратів необхідно негайно ввести хворому внутрішньовенно?
3. Яка доза препаратів буде введена?

Задача 5.

Хлопчик 15-ти років скаржитися на підвищену масу тіла, втомлюваність, головний біль. Протягом останнього року відзначався прискорений ріст і прибавка маси на 6 кг; з'явилися рожеві стрії на стегнах і животі, періодично підвищувався АТ. Батьки опасисті, середнього зросту.. Об'єктивно: зріст 165 см, маса тіла 70кг. Розподіл підшкірно-жирової клітковини рівномірний, з деяким

переважним відкладанням на грудях, животі, стегнах. Шкіра суха, на обличчі акне, на животі та стегнах рожеві стрії. З боку внутрішніх органів патологію не виявлено. АТ лабільний, схильність до гіпертензії. Статевий розвиток відповідає 14-15 рокам.

Завдання :

1. Який найбільш вірогідний діагноз?
2. Які з лабораторно-інструментальних критеріїв можуть підтвердити діагноз?

Еталони відповідей на задачі:

Задача 1.

- A. Фізичний розвиток дівчини за регіональними віко-статевими стандартами дисгармонійний з надлишком маси тіла (маса тіла на межі 95 центиля).
- B. Індекс маси тіла – 24,8.
- C. Преожиріння для даного віку та статі.
- D. Основний метод корекції маси тіла – раціональне харчування.

Задача 2.

- Оскільки зріст дитини знаходиться між 10-25 центилями, то фізичний розвиток хлопчика нижче середнього, вага знаходиться у межах 25-75 центилів для зросту 137см, отже розвиток гармонійний.
- Опис росту волосся на лобку та розвитку геніталій у хлопчика відповідають першій стадії за Танером. Наявне відставання у статевому розвитку, оскільки для віку 12 років у хлопчиків притаманні прояви 2 стадії пубертату. Фізичний розвиток хлопчика нижче середнього, гармонійний, із відставанням у статевому розвитку.

Задача 3.

1. Діабетична кетоацидотична кома.
2. Цукор крові, ацетон сечі.
3. Регідратація (в/в краплинне введення 0,9 % хлориду натрію), Інсулінотерапія методом малих доз (0,1ОД/кг маси тіла в/в струйно, потім в/в крапельно 0,1-0,05 ОД/кг/год).

Задача 4.

1. Гіпоглікемічна кома.
 2. 1,0 мг глюкагона внутрішньом'язево або підшкірно
- Якщо протягом 10-20 хв. ефект відсутній - перевірити глікемію
- У лікувальній установі – внутрішньо болюсно: 20% розчин глікози (декстрози) 1 мл/кг маси тіла (або 2 мл/кг 10% розчину) за 3 хвилини, потім - 10%

розчин глюкози 2-4 мл/кг, перевірити глікемію, якщо немає відновлення свідомості - вводити 10-20% розчин глюкози для підтримки глікемії в межах 7-11 ммоль/л, перевіряти глікемію кожні 30-60 хв.

Задача 5.

1. Гіпоталамічний синдром пубертатного періоду (пубертатний юнацький диспитуїзм).

2. Лабораторно-інструментальних критерії: Рівень кортикотропіну в крові, екскреції кортизолу, 17-ОКС та 17-КС із сечею; ЯМР-томографія гіпоталамо-гіпофізарної ділянки та надниркових залоз; рентгенографія черепа, визначення «кісткового віку».

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	2	3	4
1	Провести об'єктивне обстеження здорового підлітка, підлітка хворого на ЦД, ожиріння	<p>1. Провести збір скарг, анамнезу захворювання.</p> <p>2. Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.</p> <p>3. Провести огляд хворого.</p> <p>4. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта (пальпація, перкусія).</p>	<p>Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло, вік, супутні хвороби, тощо.</p> <p>Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникненню захворювання.</p> <p>Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.</p> <p>Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на судинах рук та ніг, верхівковий поштовх, його властивості, межі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх</p>

			зміни, ЧСС(тахі- чи брадікардія, екстрасистоля), АТ.
		5.Провести аускультацию серця та магістральних судин 6.Дослідити систему органів дихання (перкусія, бронхофонія). 7.Провести аускультацию легень. 8.Дослідити систему органів травлення.	Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів. Звернути увагу на особливості перкуторної та аускультативної картини у дітей підліткового віку Звернути увагу на зміни при наявності ожиріння
2	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1.Оцінити дані загального аналізу крові, сечі 2.Інтерпретувати дані глікемії та глюкозурії, дані орального глюкозотолерантного тесту. 3.Інтерпретувати дані біохімічного дослідження крові, сечі, проби Реберга. 4. Інтерпретувати дані дослідження крові на вміст гормонів	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ, підвищення питомої ваги сечі, наявність глюкозурії та кетонурії. Звернути увагу на показання до проведення ОГТТ, глікемічного та глюкозуричного профіля. Звернути увагу на рівень холестерину, ліпідів, креатинину; СКФ, глікогемоглобину; мікроальбумінурії. Звернути увагу на рівень С-пептиду
3	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані офтальмоскопії, рефлексометрії, реовазографії, термографії, визначення вібраційної чутливості	Звернути особливу увагу на ознаки ускладнень ЦД, ожиріння
4	Призначити раціональне харчування пацієнту з ожирінням, цукровим діабетом	1.Призначити не медикаментозне лікування. 2.Призначити медикаментозне лікування	Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно віку та стадії компенсації. Враховуючи вік, стадію компенсації, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне медикаментозне лікування відповідно до стандартів терапії

**Матеріали методичного забезпечення самопідготовки студентів:
орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною
літературою.**

Завдання	Вказівки
Ознайомитися з основними наказами МОЗ України № 465 від 12.12.2002 р., №№ 382 та 383 від 02.06.2009 р.	Накази МОЗ України, що регламентують надання медичної та соціально-психологічної допомоги підліткам
Ознайомитися з основними наказами МОЗ України, що регламентують надання медичної та соціально-психологічної допомоги підліткам.	- функціональні обов'язки лікаря підліткового кабінету, основні розділи його роботи; -положення про роботу підліткового кабінету; -медична документація лікаря підліткового кабінету; -порядок проведення регламентованих профілактичних оглядів дітей у школі комісією спеціалістів
Вивчити анатомо-фізіологічні особливості підліткового організму	закономірності статевого дозрівання; принципи збереження репродуктивного здоров'я
Вивчити анатомо-фізіологічні особливості підліткового організму	проводити опитування та об'єктивне обстеження дітей підліткового віку
Вивчити медико - психологічні аспекти надання медичної допомоги підліткам в спеціалізованих центрах	принципи надання медичної, психологічної та соціальної допомоги підліткам в центрах «Клініка, дружня до молоді»
Вивчити анатомо-фізіологічні особливості підліткового організму	оцінювати статевої розвиток дитини підліткового віку
Вивчити особливості харчування підлітків	складати план раціонального харчування дітям підліткового віку, враховуючи їх пластичні та енергетичні потреби
Вивчити особливості харчування підлітків	гігієнічні аспекти раціонального харчування підлітків, профілактику ожиріння, цукрового діабету

РЕКОМЕНДОВАНА УЧБОВО-МЕТОДИЧНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

- Волосовець О.П., Кривоустов С.П. та ін. Навчальний посібник з дитячої ендокринології. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004.
- Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под ред. Л.И. Левиной. – СПб.: Спец. лит-ра, 1999. – 731 с.
- Амбулаторно-поликлиническая педиатрия: Учебное пособие / Под ред.. В.А.Доскина. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 464 с.

- Жуковський М.А. Детская эндокринология: (Руководство для врачей). – М.: Медицина, 1995. – 656 с.
- Гришко В.Г. «Практичний посібник з питань організації амбулаторно – поліклінічної допомоги дітям у місті та на селі.». – Вінниця. – 2006.
- Майданник В.Г. Педиатрия.-Харьков: Фолио, 2004.-С.900-939.
- Ювенологія. Практикум з підліткової медицини / За ред. проф. Л.К.Пархоменко. – Х.: Факт, 2004. – 720 с.
- Диагностика и лечение эндокринных заболеваний у детей и подростков: Учебное пособие /Под ред.проф. Н.П.Шабалова. – 2-е изд.,испр. И доп.- М.-МЕДпресс-информ, 2009.- с.112-155.

Додаткова література

- Про затвердження Протоколу діагностики та лікування захворювань за розділом «Дитяча эндокринологія» (Наказ МОЗ України № 254). – Київ, 2006. – 90 с.
- Клиническая эндокринология: руководство (3-е изд.) / Под ред. Н.Т. Старковой. – СПб: Питер, 2002. – 576 с.
- Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні (Наказ МОЗ України №434 від 29.11.2002 р.).
- Про удосконалення організації надання медичної допомоги підліткам та молоді (Наказ МОЗ України №383 від 02.06.2009 р.).
- Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді (Наказ МОЗ України №382 від 02.06.2009 р.).
- Про удосконалення організації медичної допомоги дітям підліткового віку (Наказ МОЗ України № 465 від 12.12.2002 р.).
- Подростковая медицина: Руководство для врачей / Под ред. Л.И. Левиной. – СПб.: Спец. лит-ра, 1999. – 731 с.
- Надання медико-соціальних послуг дітям та молоді на основі дружнього підходу (методичні рекомендації) / За ред. Голоцван О.А., Осташко С.І. – Київ, 2008.–180 с.
- Рівень і тенденції поширення тютюнокуріння, вживання алкоголю та наркотичних речовин серед учнівської молоді України / О.М.Балакірева, Т.В.Бондар, Н.О.Рингач та ін. – К.: УІСД ім. О.Яременка, 2008. – 152 с.

Тема 50. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією системи дихання.

Планування обстеження дітей с патологією системи дихання на дільниці. Визначення тактики ведення. Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми с патологією системи дихання. Показання до санаторного лікування.

I. Актуальність теми.

Захворювання органів дихання є найбільш поширеними хворобами серед дітей. Особливе значення відводиться пневмоніям, бронхітам, частота яких складає близько 1000 випадків на 100000 дитячого населення. Досить значну частку складають рецидивуючі та хронічні бронхіти, плеврити, вади розвитку органів дихання. Значення профілактики вказаних захворювань, методики диспансеризації та реабілітації хворих дітей є важливим для майбутніх педіатрів, лікарів загальної практики та сімейних лікарів. Статичні дані свідчать, що біля 50% дітей мають певні розлади з боку травної системи, а захворюваність щороку збільшується. Вказана патологія може призводити до інвалідизації дітей. За останні роки поширеність хронічних захворювань органів дихання, збільшується і має тенденцію до розвитку ускладнень та інвалідизації. Отже вчасна діагностика, систематичне диспансерне спостереження в умовах амбулаторно – поліклінічного етапу, повноцінна реабілітація можуть попередити хронізацію процесу, виникнення ускладнень. Все це свідчить про важливість і актуальність вивчення цієї теми студентами.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

1. Студент повинен уміти: б1

- Визначити частоту оглядів педіатра і/або пульмонолога дітей з патологією систем дихання.
- Уміти скласти план клініко-діагностичних заходів при диспансерному спостереженні за хворими з патологією системи дихання.
- Уміти скласти план лікувальних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією системи дихання;
- Визначити частоту і характер протирецидивного лікування хворих з патологією системи дихання.
- Визначити необхідність і терміни проведення додаткових обстежень хворим з патологією системи дихання.
- Уміти скласти частоту виникнення ускладнень, найближчого та віддаленого прогнозу при патології системи дихання.

- Визначити характер дієти і терапії після випису зі стаціонару дітей з патологією системи дихання.
- Визначити показання і терміни санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи дихання.
- Визначити можливість і критерії зняття з обліку дітей з патологією системи дихання.

2. Студент повинен знати: б2

- Методи оцінки стану у дітей з патологією системи дихання.
- Захворювання соматичного та інфекційного генезу, що супроводжуються ураженням систем дихання.
- Клінічні симптоми, які свідчать про системну патологію, що супроводжується ураженням системи дихання.
- Принципи лікування хворих з патологією системи дихання.
- Визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих з патологією системи дихання.
- Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з патологією системи дихання.
- Показання та протипоказання до санаторного лікування дітей з патологією системи дихання.

3. Студент повинен оволодіти: б3

Навичками:

1. Збирання скарг та анамнезу захворювання;
2. Обстеження хворих з патологією системи дихання, проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
3. Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
4. Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);
5. Визначити тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
6. Призначати комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень захворювань системи дихання у дітей;
7. Визначати кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
8. Визначати план профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією системи дихання;
9. Визначати характер дієти, режиму, фізичних навантажень, продовження лікування після стаціонарного лікування, проведення вакцинації.

10. Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку дітей з патологією системи дихання.
11. Визначати показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи дихання.

Вміннями:

- 1.2.1 Призначати обстеження хворим з патологією системи дихання.
- 1.2.2 Призначати лабораторне обстеження дітям з патологією системи дихання та трактувати показники отриманих даних.
- 1.2.3 На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз
- 1.2.4 Скласти алгоритм диференційної діагностики хворих з патологією систем дихання, травлення та кровообігу у дітей різних вікових груп.
- 1.2.5 Визначати групи препаратів для лікування дітей з патологією систем дихання, травлення та кровообігу.
- 1.2.6 Виділяти фактори ризику прогресування патології системи дихання.
- 1.2.7 Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми з патологією системи дихання.
- 1.2.8 Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)
- 1.2.9 Оформляти санаторно-курортну карту (форма 076/о).

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом з патологією системи дихання та його батьками;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги хворому з патологією системи дихання.

- Зміст теми заняття може бути представленим:

Складання планів диспансеризації має відповідати Наказам МОЗ України № 149, 365, 436, 627, 9, 177 та Протоколам діагностики і лікування захворювань дихальної системи у дітей. Для кожної дитини розробляється алгоритм необхідних лікувально-оздоровчих заходів (режим, медикаментозне, санаторне лікування тощо).

- Медична документація, яка заповнюється на диспансерного хворого:
- Журнал обліку диспансерних контингентів на кожній дільниці та у кожного фахівця;

- Форми 112/0 – історія розвитку дитини;
- Форма 030/0 – карта диспансерного хворого;
- Форма 025/0 – амбулаторна карта хворого;
- Форма 131/0 – карта обліку диспансеризації;
- Форма 076/0 – санаторно – курортна карта.

Протягом диспансерного нагляду проводяться планові профілактичні щеплення за відсутності протипоказань. В кінці кожного календарного року оцінюється ефективність диспансерного нагляду для кожного хворого та вирішується питання про зняття його з диспансерного обліку.

Диспансерний нагляд за дітьми з патологією дихальної системи:

I. Пневмонія.

Проста локалізована форма, легкий перебіг

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд з урахуванням загального стану, температури тіла, наявності та характеру кашлю, мокротиння, частоти дихання, пульсу та участі допоміжної мускулатури грудної клітини. Дані фізикального обстеження легенів, серцево-судинної системи, пальпаторного та перкуторного обстеження паренхіматозних органів черевної порожнини, характеру випорожнення. 2. Загальний аналіз крові, сечі (в динаміці захворювання) 3. Аналіз калу на дисбактеріоз за показаннями 4. Бактеріологічне дослідження харкотиння на мікрофлору (за показаннями) 5. Рентгенографія органів грудної клітки в двох проекціях в динаміці 6. ЕКГ за показаннями 7. Консультації ЛОР та інших спеціалістів за показаннями

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Підтримка нормальної температури, вологості повітря в кімнаті хворого 2. Рациональне харчування 3. Підтримка водного балансу організму 4. Активні пероральні форми пеніцилінових антибіотиків при необхідності парентеральних, наприклад, амоксицилін + клавуланат (аугментин та інші); при недостатньому ефекті - цефалоспорины II - III покоління або макроліди, можлива також заміна на фторхіналіни 5. Симптоматична терапія бронхообструктивного синдрому - бронхолітики, жарознижуючі: парацетамол, німесулід та інші; мукоактивні препарати - амброксол та інші 6. Фізіопроцедури та ЛФК за показаннями 7. Етіотропна терапія ГРВІ (за показаннями) 8. Лікування фонових захворювань (анемія та інші) 9. Санація хронічних вогнищ інфекції 10. Корекція дисбактеріозу (мультипробіотик- симбітер та інші)

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

1. Відсутність клініко-рентгенологічних ознак пневмонії 2. Нормалізація лабораторних показників 3. Диспансерний нагляд протягом 6 місяців з

щотижневим оглядом на першому місяці, в подальшому - 1 раз на місяць 4. При відсутності рецидиву або повторної пневмонії зняття з обліку

Після виписки зі стаціонару

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд: загальний стан, апетит, активність, температура тіла, колір шкірних покривів, пероральний ціаноз, наявність та характер кашлю, мокротиння, фізикальні зміни в легенях та в серці, стан органів травлення 2. Обстеження функцій зовнішнього дихання (за показаннями) 3. Бактеріологічне дослідження мокротиння (за показаннями) 4. Аналіз калу на дисбактеріоз (за показаннями) 5. Контрольна рентгенографія легень в 2-х проекціях (за показаннями) 6. ЕКГ (за показаннями) 7. При наявності супутніх захворювань - огляд хворого відповідними фахівцями

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Режим дня та режим харчування для дітей відповідного віку. 2. Полівітаміни 3. Перебування на свіжому повітрі, дихальна гімнастика 4. Санація хронічних вогнищ інфекцій (у дитини та членів її сім'ї) 5. Лікування фонових захворювань 6. Корекція дисбактеріозу мультипробіотиками (за показаннями) 7. Загартовування організму - через 3 міс. після перенесеного захворювання. 8. Реабілітаційне лікування в поліклініці і вдома індивідуально в залежності від важкості і тривалості захворювання та його ускладнень: ЛФК, масаж, фізіотерапевтичне лікування (аерозольотерапія, фітотерапія) 9. Звільнення учнів від уроків фізкультури - протягом перших 3 місяців після перенесеного захворювання 10. Діти молодшого та старшого шкільного віку звільняються від праці, уроків, які потребують фізичних навантажень, протягом перших 3 місяців після перенесеного захворювання 11. Бажано виписувати дитину у дошкільний навчальний заклад не раніш ніж через 2 тижні після виписки з стаціонару 12. Профілактика ГРЗ у дітей, що часто хворіють, бактеріальними імуностимуляторами

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

1. Клініко-лабораторне і рентгенологічне одужання, відсутність загострень 2. Диспансерне спостереження протягом 6 місяців для неускладнених форм 3. 2 роки - для ускладнених форм 4. Після виписки із стаціонару з щотижневим оглядом на першому місяці, в подальшому 1 раз на місяць протягом 6 місяців, на другому році - 1 раз на 6 місяців

II. Гострий бронхіт. Гострий бронхіоліт.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Загальний стан, температура тіла, колір шкірних покривів та слизової оболонки, фізикальні зміни в легенях, частота дихання та пульсу, розвиток алергічних станів, у тому числі харчової та медикаментозної алергії, наявність

несприятливого фону. 2. Клінічний аналіз крові та сечі 1 - 2 рази протягом першого місяця після перенесеної бронхообструкції, потім щомісячно протягом 6 місяців. 3. Рентгенографічне дослідження органів грудної клітки - за показаннями. Дослідження стану імунітету та мікробіоценозу кишечника - 1 раз в перші 3 міс., потім за показаннями (у разі харчової алергії та проявів дисфункції кишечника).

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Режим дня та харчування 2. Імунокоректори (за показаннями), при збереженні експіраторної задишки - препарати ксантинового ряду 3. Дихальна гімнастика, ЛФК. 4. Звільнення від уроків фізкультури на 1 місяць, потім спеціальна фізкультурна група 1 міс. 5. Звільнення від фізичної праці школярів на 1 міс. 6. Санація вогнищ хронічної інфекції 7. Для профілактики повторних ГРЗ імуномодулятори бактеріального походження

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

1. Клініко-функціональне одужання 2. Диспансерне спостереження - 1 рік з щотижневим оглядом на першому місяці після виписки із стаціонару, в подальшому - 1 раз на 6 місяців 3. Зняття з обліку - при сприятливому перебігу і відсутності загострень та нових захворювань

При рецидивах - більш детальне обстеження в умовах спеціалізованого центру для виключення спадкових хвороб та ранньої ідентифікації респіраторних алергозів.

III. Природжена бронхоектазія. Хронічний бронхіт, не уточнений. Бронхоектатична хвороба

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд: загальний стан, температура тіла, фізичний та нервово-психічний розвиток, колір шкірних покривів та слизової оболонки, характер кашлю та мокротиння, фізикальні зміни в легенях та серці. Частота дихання, пульсу, органів травлення, лор органів, зубів. 2. Клінічний аналіз крові, сечі в динаміці 3. Імунограма за показаннями 4. Бактеріологічний та цитологічний аналіз харкотиння не рідше 1 разу на 6 місяців 5. Аналіз калу на дисбактеріоз. 6. ЕКГ, ЕХО-кардіографія (за показаннями) 7. Рентгенографія органів грудної клітини 8. Обстеження функції зовнішнього дихання за показаннями 9. Консультація торакального хірурга за показаннями.

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Індивідуальний оберігаючий режим дня з запобіганнями охолодження. 2. Полівітаміни 3. Постійне проведення дихальної гімнастики, постурального дренажу та вібраційного масажу 4. Відхаркувальні засоби (муколітики, фітотерапія) 5. Бронхолітики (за показаннями) 6. Проведення курсів імунокоректорів, гіпосенсибілізуючих препаратів за показанням антибіотиків, фізіотерапевтичні процедури. 7. Мультипробіотики (за показаннями). 8.

Санаторно-курортне лікування. 9. Спеціальна фізкультурна група для дітей молодшого та шкільного віку. При наявності дихальної недостатності та частих загостреннях - звільнення від фізкультури.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

1. Нормалізація загального стану, функції зовнішнього дихання, перебігу бронхолегеневого процесу 2. Постійне диспансерне спостереження 3. Після загострення процесу - щотижнево на першому місяці, в подальшому 1 раз на місяць протягом першого року, у подальшому - один раз на 3 місяці. 4. Зняття з обліку дітей з обмеженим пневмосклерозом при відсутності загострення протягом 5 років і дітей після хірургічної радикальної операції з урахуванням відсутності бронхообструктивного синдрому будь-якого генезу, гіпертензії малого кола кровообігу, запальних процесів в легенях.

При необхідності проведення бронхографії та оперативного лікування госпіталізація.

IV. Бронхіальна астма.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 1 раз на місяць 2. Загальний аналіз крові та сечі, калу на яйця глистів 1 раз на 6 місяців 3. ФЗД 1 раз на 6 місяців 4. Пікфлоуметрія (бажано) 5. Ро-графія ОГК 1 раз на рік 6. ЕКГ 1 раз на рік 7. УЗД органів черевної порожнини 1 раз на рік 8. Огляд спеціалістів (отоларинголог, невролог, офтальмолог) 1 раз на рік 9. Консультація алерголога 1 раз на 3 місяці 10. Проведення специфічної алергодіагностики

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Планова протизапальна терапія (кромони, інгаляційні кортикостероїди) 2. Антигістамінні препарати 2-го покоління, теофіліни подовженої дії, b2-агоністи подовженої дії 3. Використання в2-агоністів для ліквідації загострень 4. ЛФК, масаж 5. Лікування супутніх захворювань 6. Спелеотерапія (штучний мікроклімат при наявності) 7. Спостереження за дітьми, яким в алергологічному кабінеті проводиться специфічна імунотерапія 8. Санаторно-курортне лікування 9. Профілактика гострих респіраторних захворювань

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

1. Ліквідація загострень 2. Зменшення кількості загострень 3. Скорочення тривалості загострень 4. Подовження ремісії 5. Покращання пікової об'ємної швидкості видиху в динаміці лікування 6. Зняття або надання інвалідності 7. Постійний диспансерний нагляд.

Показання для направлення дітей із захворюваннями органів дихання на санаторно-курортне лікування

№ з/п	Код за МКХ-10	Нозологічна форма	Термін лікування (дні)
1	J 12 - J 16, J 18, J 40 - J 42	Стан після перенесеної пневмонії, рецидивуючий або хронічний бронхіт у період ремісії, не раніше ніж через 2 місяці після останнього загострення	24 - 30
2*	J 45	Бронхіальна астма: інтермітуюча, персистуюча легкої та середньої важкості, у період ремісії	24 - 30
3	J 44.8,2, J 70.9	Хронічний обструктивний бронхіт, інші респіраторні алергози в період ремісії	24 - 30
4	J 95.3	Реконвалесценти після хірургічного втручання з приводу обмеженого бронхолегеневого процесу не раніше ніж через 3 місяці після резекції при неускладненому перебігу післяопераційного періоду	24 - 30
5	J 31, J 32, J 35, J 37	Хронічні захворювання носоглотки (тонзиліт, ларингіт, фарингіт, синусит, аденоїдит) поза фазою загострення. Стан після тонзилектомії, не раніше ніж через 2 місяці після операційного втручання	24 - 30
6	Q 33	Уроджені вади легень без ознак легеневої недостатності	24 - 30
7	J 47	Бронхоектатична хвороба	24 - 30
8	E 84.0, E 84.9, D 84.9	Хронічні запалення легень при спадкових і системних захворюваннях (муковісцидоз, імунодефіцитні стани та інші)	24 - 30

* Дітей, хворих на бронхіальну астму, яким показано санаторно-курортне лікування, направляють до профільних санаторіїв (відділень).

Противпоказання для направлення дітей із захворюваннями органів дихання на санаторно-курортне лікування

1. Тяжкі форми повторної пневмонії з розповсюдженими змінами в бронхолегеневій системі, бронхоектази з частими загостреннями, з легеневою/серцево-легеневою недостатністю.

2. Бронхіальна астма, персистуюча, тяжка форма. Гормонозалежна форма бронхіальної астми, тяжка і середньої тяжкості (ступені III та IV).
3. Полінози у період цвітіння дерев і трав.
4. Кровохаркання, легеневі кровотечі.
5. Муковісцидоз з частими загостреннями, з легеневою/серцево-легеневою недостатністю.
6. Усі захворювання органів дихання у гострому періоді та за наявності дихальної недостатності.

Загальні протипоказання для направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади (крім туберкульозного профілю)

1. Усі захворювання у гострому періоді, хронічні захворювання в стадії загострення.
2. Інфекційні, паразитарні захворювання та контакт з інфекційними хворими до закінчення терміну ізоляції.
3. Усі заразні хвороби шкіри і очей, венеричні захворювання.
4. Кахексія будь-якого походження.
5. Амілоїдоз внутрішніх органів.
6. Усі форми туберкульозу.
7. Епілептичні напади (епілептична хвороба, епілептичний синдром при прогресуючих захворюваннях нервової системи). Діти, у яких діагностований епілептичний синдром резидуально-органічного типу (дитячий церебральний параліч із епілептичним синдромом), можуть бути направлені на санаторно-курортне лікування за умови відсутності епілептичних нападів не менше одного року у відділення "Матері та дитини".
8. Психічні і поведінкові розлади внаслідок уживання психоактивних речовин (F 1).
9. Розлади поведінки, включаючи дисоціальну або агресивну поведінку (F 91).
10. Тяжка та глибока розумова відсталість (F 72, F 73), деменція тяжкого ступеня (F 03).
11. Кровотечі, що часто повторюються.
12. Первинні кардіоміопатії.
13. Кишкові нориці.

**V. Матеріали методичного забезпечення заняття:
Питання для контролю початкового рівня знань:**

1. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на рецидивуючий бронхіт?
2. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на гостри бронхіт?
3. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на хронічний бронхіт та з вадами розвитку дихальної системи?
4. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на хронічний бронхіт?
5. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми з вадами розвитку дихальної системи?
6. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, що перенесли пневмонію, плеврит?
7. Як проводиться диспансерний спостереження за дітьми, хворих на бронхіальну астму?
8. Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з патологією систем дихання.
9. Визначення тривалості диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку дітей з патологією системи дихання.
10. Показання і протипоказання щодо санаторно-курортного лікування хворих з патологією системи дихання,

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Дитині 2 років поставлений діагноз правостороння ніжнедольова полісегментарна пневмонія. Виберіть типові аускультативні дані, характерні для цього захворювання в гострому періоді.

- A. Ослаблене дихання, крепітація
- B. Жорстке дихання, дрібнопухирчасті вологі хрипи
- C. Значно ослаблене дихання, хрипи не вислуховуються
- D. Жорстке дихання, сухі свистячі хрипи
- E. Жорстке дихання

2. Хворий 12 років скаржиться на періодично (весна, осінь) виникаючі напади задухи, кашель, спочатку сухий, а пізніше вологий. Об'єктивно: обличчя бліде, трихи набрякле, грудна клітка роздута, ЧД-32 в 1хв. Чутні сухі дистанційні хрипи. У крові: НЬ-120Г/Л, Л - 8 Г/л, п/я-1%, с/я-52%, л-36%, мон-3%, ШОЕ - 7 мм/ч. Який попередній діагноз у даного пацієнта?

- A. Бронхіальна астма
- B. Гострий обструктивний бронхіт

- C. Рецидивуючий бронхіт
- D. Пневмонія
- E. Муковісцидоз

3. У хлопчика 8 років з бронхіальною астмою в періоді, нападу, на рентгенограмі легенів визначається гомогенне затемнення трикутної форми, яке направлене верхівкою до кореня і зсув середостіння у бік поразки. Про яке ускладнення необхідно думати?

- A. Пневмоторакс
- B. Пневмосклероз
- C. Легеневе серце
- D. Абсцес легенів
- E. Ателектаз легенів

4. Хлопчик 10 років захворів 2 дні тому. Під час огляду в поліклініці лікарем-педіатром встановлений діагноз гострої пневмонії. Яка найбільш можлива етіологічна причина пневмонії, яка виникла вдома?

- A. Пневмокок
- B. Стафілокок
- C. Кишкова паличка
- D. Протей
- E. Клебсієла

5. У 9-річної дитини нечасті напади задухи (до 10 разів на рік), які знімаються інгаляційними бронхолітичними препаратами. Встановлений діагноз - бронхіальна астма, інтермітуюча. Які препарати слід призначити як тривалу базисну терапію?

- A. Не треба
- B. Інгаляційні кортикостероїди
- C. Еуфілін
- D. Антигістамінні препарати
- E. Бронхолітики

6. На ділянці спостерігається дівчинка 12 років з бронхіальною астмою протягом 2 років. Проведений курс базисної терапії серетідом 6 місяців. Протягом року нападів не було. Вкажіть, через який проміжок часу дівчинка може бути знята з диспансерного обліку за умови повної ремісії?

- A. 1 рік
- B. 2 роки

- C. 3 роки
- D. 4 роки
- E. 5 років

7. Дитині 2 років поставлений діагноз правостороння ніжнедольова полісегментарна пневмонія. Виберіть типові аускультативні дані, характерні для цього захворювання в гострому періоді.

- A. Ослаблене дихання, крепітація
- B. Жорстке дихання, дрібнопухирчасті вологі хрипи
- C. Значно ослаблене дихання, хрипи не вислуховуються
- D. Жорстке дихання, сухі свистячі хрипи
- E. Жорстке дихання

8. Хворий 12 років скаржиться на періодично (весна, осінь) виникаючі напади задухи, кашель, спочатку сухий, а пізніше вологий. Об'єктивно: обличчя бліде, трюхи набрякле, грудна клітка роздута, ЧД-32 в 1хв. Чутні сухі дистанційні хрипи. У крові: НЬ-120Г/Л, Л - 8 Г/л, п/я-1%, с/я-52%, л-36%, мон-3%, ШОЕ - 7 мм/ч. Який попередній діагноз у даного пацієнта?

- A. Бронхіальна астма
- B. Гострий обструктивний бронхіт
- C. Рецидивуючий бронхіт
- D. Пневмонія
- E. Муковісцидоз

9. У хлопчика 8 років з бронхіальною астмою в періоді, нападу, на рентгенограмі легенів визначається гомогенне затемнення трикутної форми, яке направлене верхівкою до кореня і зсув середостіння у бік поразки. Про яке ускладнення необхідно думати?

- A. Ателектаз легенів
- B. Пневмосклероз
- C. Легеневе серце
- D. Абсцес легенів
- E. Пневмоторакс

10. Хлопчик 3-х місяців потрапив в клініку на 4-й день захворювання у важкому стані. Температура тіла 38,5 С °, ЧСС - 138/хв. При клініко-рентгенологічному обстеженні встановлений діагноз гострого бронхіоліту. Чим найімовірніше обумовлена тяжкість стану дитини?

- A. Обструкцією дихальних шляхів

- В. Інтоксикацією
- С. Гіпертермією
- Д. Нейротоксикозом
- Е. Серцевою недостатністю

Еталони відповідей: 1 А, 2 А, 3 Е, 4 А, 5 А, 6 Е, 7 А, 8 А, 9 А, 10 .

Зразки ситуаційних задач :

Задача 1

До дільничного педіатра звернулась мати з 7-ми річним хлопчиком, яка скаржилась на те, що дитина продовж 3-ох днів відмічає підвищення температури тіла до 38°-39°, кашель, головний біль, зниження апетита, порушення сну. При об'єктивному обстеженні: перкуторно – укорочення перкуторного тона під правою лопаткою, там же при аускультативній послаблене дихання.

- Поставити попередній діагноз.
- Призначити додаткові методи дослідження.
- Призначити лікування
- Яка повинна бути тактика диспансерного спостереження за хворим після виписки зі стаціонару?

Відповіді:

1. Діагноз: негоспітальна пневмонія в нижній долі правої легені, 3 кат., ДНО
2. методи дослідження: рентгенографія
3. Лікування: госпіталізація, постільний режим, антибіотикотерапія з урахуванням збудника, дезінфекційна терапія, бронхолітики, вітамінотерапія.
4. Див. зміст теми заняття.

Задача 2

Мати дитини 3 років звернулась до поліклініки зі скаргами на часті бронхіти, відставання дитини в фізичному розвитку. Анамнез: дитина від 2 вагітності роди 2 (перша дитина померла у віці 5 років від пневмонії). Дана вагітність протікала з токсикозом другої половини. Об'єктивно обличчя дитини лялькове, шкіра суха, та землистого кольору, тонкі кінцівки. Аускультативно різнокаліберні дрібно міхурцеві вологі хрипи з обох сторін, рентгенологічно емфізема, підвищення купола діафрагми, розширення міжреберних проміжків. Лабораторно хлориди пота складають 120 ммоль/л.

Завдання:

1. Поставити попередній діагноз,
2. які методи дослідження необхідно застосувати для підтвердження діагнозу,
3. призначити лікування

Складіть план диспансерного спостереження за дан

Відповіді:

1. Муковісцидоз з панкреатичною недостатністю
2. Анамнез, рентген, хлориди пота.
3. Антимікробна терапія, муколітичні препарати, ЛФК, ферментотерапія, дієто терапія, вітамінотерапія. Лікування ускладнень.
4. Див. зміст теми заняття.

Задача 3:

Дитині 1 рік. 2 доби тому з'явився кашель і нежить. У двох інших членів родини з'явилась така ж симптоматика. 4 години тому кашель різко посилюється. При фізикальному дослідженні виявлено забруднення дихання, роздування крил носу, помірне вздуття грудної клітини та звучні свистячі вологі хрипи.

Питання: 1. Який вірогідний діагноз?

2. З якими захворюваннями можна провести диференційну діагностику?

Відповіді:

1. Бронхіоліт.
2. Бронхіальна астма, вірусний круп, епіглотит, дифтерія

Задача 4.

Хвора Г., 3 роки.

Скарги на кашель, задишку.

Анамнез хвороби: захворювання почалося гостро 5 днів тому. Серед повного здоров'я почався кашель, утруднене дихання, задишка. Батьки самостійно давали дитині лазолван. Стан дитини не поліпшувався, кашель посилюється, підвищилася температура тіла. З бесіди з мамою дитини з'ясовано, що дівчинка часто безконтрольно вживає насіннячка.

Об'єктивно: стан дитини середньої тяжкості. Температура тіла 38,10С. Кашель вологий. Шкірні покриви бліді. Задишка змішаного характеру, при зміні положення тіла її інтенсивність змінюється. При перкусії над легеньми визначається відтінок коробочки звуку. При аускультатії на фоні жорсткого дихання вислуховуються вологі різнокаліберні хрипи. Межі серця не розширені. Тони серця приглушені, помірна тахікардія. Живіт м'який, безболісний. Печінка не збільшена. Стілець і сечовипускання не порушені.

Лабораторні дослідження: в загальному аналізі крові: Ер. - $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб - 128 г/л , кол.п. - 0,9, лейкоцити – $14,2 \times 10^9/\text{л}$; еоз. – 5%, п. – 10%, з. – 52%, л. – 28%, м -5%, ШОЕ – 18 мм/година

Рентгенографія органів грудної клітки: посилення бронхіального малюнка.

Питання:

1. З якими захворюваннями можна провести диференційну діагностику?
2. Додаткові методи дослідження

Відповіді:

1. Аспірація інородного тіла, гострий обструктивний бронхіт, ларинготрахеїт, приступ бронхіальної астми.
2. Бронхографія, бронхоскопія.

Задача 5.

Хворий А., 5 років.

Скарги на підвищення температури тіла до $38,30\text{C}$, нежить, кашель.

Анамнез захворювання: Дитина захворіла гостро 7 днів тому. Лікувався амбулаторно, приймав Панадол, відхаркувальні препарати. На 7 доби стан погіршився, посилювався кашель, з'явилася задишка.

Об'єктивно: стан дитини середньої тяжкості. Температура тіла $38,00\text{C}$. Шкірні покриви бліді, періоральний ціаноз. Слизисте відокремлюване з носа. Кашель малопродуктивний. Задишка експіраторного характеру. ЧД 40/мин. Над всією поверхнею легенів відтінок коробочки перкуторного звуку. При аускультатії – на фоні жорсткого дихання вислуховуються розсіяні сухі свистячі і різнокаліберні вологі хрипи. Тони серця приглушені, помірна тахікардія. Пульс 120 уд/хв. Живіт м'який, безболісний. Печінка у краю ребрової дуги. Стілець і сечовипускання не порушений.

Лабораторні дані: Ер. – $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 128 г/л , кол. п. – 0,9, лейкоцити – $6,2 \times 10^9/\text{л}$; еоз. – 3%, п. – 3%, з. – 36%, л. – 54%, м -4%, ШОЕ – 18 мм/година

Рентгенографія органів грудної клітки: посилення бронхосудинного малюнка.

Питання:

1. Сформулюйте клінічний діагноз.
2. Призначте лікування хворому.
3. З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальну діагностику?

Відповіді:

1. Гострий обструктивний бронхіт
- 2.-Інгаляції 100% кисню;
напівсидяче положення;
інгаляція муколітиків;

преднізолон 3-5 мг/кг в/в;

при відсутності ефекту- атропіну сульфату 0,1 % 0,1 мл/рік життя для премедикації.

3. ГСЛТ, приступ бронхіальної астми, трахеїт, пневмонія.

Граф логічної структури теми:
"Диспансерне спостереження дітей з патологією органів дихання і
алергічними захворюваннями" (Прохоров Є.В., 2008)

Визначити частоту оглядів педіатра та алерголога	Бронхіальна Астма (немісія)	Бронхіальна астма	Хронічний бронхіт
	1 раз в міс. огляд педіатра та 1 раз в 3 міс. - алерголога	При рецидиві захворювання спостереження	1 раз в міс., при рецидиві - щоденне до
Визначити тактику ведення після виписки із стаціонару	Протизапальна терапія (кромони, інгаляційні ГКС), В ₂ -агоністи на вимогу	Кисень, В ₂ -агоністи, ГКС через пристрої, планова протизапальна терапія,	Охоронний режим, дихальна гімнастика, постуральний дренаж, вібраційний
	Після досягнення ремісії спелеотерапія + ванни, масаж, ЛФК, фізіо-, рефлексо-,	Не показано	Після виписки із стаціонару спелеотерапія, ванни, масаж, ЛФК, фізіо-, рефлексо-,
Визначити частоту і характер протирецидивного лікування	Планова протизапальна терапія (кромони, інгаляційні ГКС), санація хронічних осередків	Планова протизапальна терапія (кромони, інгаляційні ГКС), санація хронічних осередків	Постійне диспансерне спостереження, рішення питання з хірургами про оперативне
	ЗАК, ЗАС 1 раз в 6 міс., ФЗД- 1раз в 6 міс., ЕКГ 1 раз на рік, РО-ОГК 1 раз на рік, УЗД органів черевної порожнини 1 раз на рік, огляд ЛОР, окуліста, невролога 1 раз на рік	Загальноклінічні, пікфлоуметрія, РО-ОГК за показаннями, ЕКГ, консультація	ЗАК, ЗАС в динаміці, бак. аналіз мокроти 1 раз в 6 міс., імунограма, аналіз калу на дисбіоз,
Визначити терміни і необхідність додаткового обстеження			
Визначити можливість і критерії зняття з обліку	Через 5 років	Через 5 років за умови повної ремісії	Через 5 років за відсутності ознак загострення

**Граф логічної структури теми:
„Диспансерне спостереження дітей з патологією органів дихання і
алергічними захворюваннями” (продовження)**

Визначити частоту оглядів педіатра і/або алерголога	Гострий бронхіт	Гострий обструктивний	Пневмонія
	1-ий місяць 1 раз на тиждень, потім 1 раз на 6 міс.	1-ий місяць 1 раз на тиждень, потім 1 раз на 6 міс.	1-ий місяць-щотижня, потім 6 місяців 1 раз в місяць, на 2 році 1 раз в 6 місяців
Визначити характер терапії після виписки з стаціонара	Нормалізація режиму дня, повноцінне харчування, імунокоректори, дихальна гімнастика, ЛФК, звільнення від фіз-ри на 1 міс, санація хронічних очагов інфекції, імуномодулятори для профілактики	Нормалізація режиму дня, повноцінне харчування, імунокоректори, дихальна гімнастика, ЛФК, звільнення від фіз-ри на 1 міс,	Режим дня, повноцінне харчування, антибак. терапія за показаннями, фізіопроцедури, ЛФК, лікування супутніх зах-нь (анемія, дисбіоз), санація хронічних очагов інфекції, полівітаміни, через 3 міс – загартовування, звільнення від фіз-ри на 3 міс
	Не показано	Не показано	При ускладнених формах - після виписки з
Визначити показання й строки санаторно-курортного лікування	Не проводиться	Не проводиться	Не проводиться
	За показаннями	За показаннями	ЗАК, ЗАС, ФЗД, бактеріологічне обстеження мокротиння, аналіз кала на дисбіоз, контрольна рентгенографія органів грудної клітини, ЕКГ, ЕхоКГ за
Визначити частоту й характер противорічного лікування	Не проводиться	Не проводиться	Не проводиться
	За показаннями	За показаннями	ЗАК, ЗАС, ФЗД, бактеріологічне обстеження мокротиння, аналіз кала на дисбіоз, контрольна рентгенографія органів грудної клітини, ЕКГ, ЕхоКГ за
Визначити строки й необхідність додаткового обстеження	Не проводиться	Не проводиться	Не проводиться
	За показаннями	За показаннями	ЗАК, ЗАС, ФЗД, бактеріологічне обстеження мокротиння, аналіз кала на дисбіоз, контрольна рентгенографія органів грудної клітини, ЕКГ, ЕхоКГ за
Визначити критерії зняття з обліку	Зняття з обліку через 1 рік при сприятливому перебігу й відсутності загострень й	Зняття з обліку через 1 рік при сприятливому перебігу й відсутності загострень й	Зняття з обліку через 6 місяців при неускладнених формах и через 2 роки – при ускладнених
	Зняття з обліку через 1 рік при сприятливому перебігу й відсутності загострень й	Зняття з обліку через 1 рік при сприятливому перебігу й відсутності загострень й	Зняття з обліку через 6 місяців при неускладнених формах и через 2 роки – при ускладнених

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для
формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворого з патологією систем дихання, травлення та кровообігу	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	На основі об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз захворювання системи дихання,
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок з патологією систем дихання.
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя,	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожну його складову.

		об'єктивного обстеження	
3	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1.Оцінити дані загального аналізу крові. 2.Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження дітей патологією системи дихання, давати інтерпретацію отриманих результатів -
4	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Рентгенографії органів грудної клітки та УЗД, денситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки остеопорозу, синовіту, кардиту, наявність рідини, тощо.
5.	Провести диференційну діагностику.	1.Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів. 4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз.
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> Сформулювати остаточний клінічний діагноз. На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу. 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, що супроводжуються патологією системи дихання, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.

7.	Призначити лікування пацієнту	<p>1. Призначити немедикаментозне лікування.</p> <p>2. Призначити медикаментозне лікування</p>	<p>Визначати групи препаратів для профілактики загострень захворювань систем дихання, травлення та кровообігу. Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно захворюванню.</p> <p>Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання</p>
8	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми з патологією системи дихання,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями; 2. Оцінюють стан дитини на момент огляду; 3. Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати; 4. Формулюють діагноз; 5. Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень; 6. Визначають групу по фізкультурі, групу інвалідності; 7. Вирішують питання вакцинації; 8. Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку. 	<p>Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план диспансерного нагляду за дітьми з патологією систем дихання, травлення та кровообігу. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)</p>
9	Визначити показання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи дихання.	Сформулювати показання та протипоказання щодо санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи дихання.	Оформити санаторно-курортну карту (форма 077/о).

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію патології системи дихання.	Перерахувати основні етіологічні фактори патології системи дихання.
Вивчити патогенез патології системи дихання.	Виділити ключові ланки патогенезу даних захворювань
Вивчити клінічні прояви патології систем дихання.	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу поставити імовірний діагноз захворювань системи дихання.
Вивчити діагностичні критерії захворювань системи дихання.	Скласти структурну схему захворювань, при яких розвивається патологія систем дихання.
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для патології системи дихання.	Скласти план обстеження захворювань системи дихання у дітей та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз захворювань системи дихання.
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого з патологією системи дихання у дітей.	Визначити лікувальну тактику при патології системи дихання.
Визначити схему диспансерного спостереження за хворим з патологією системи дихання.	Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого і визначити прогноз при патології систем дихання у дітей.
Визначити показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи дихання.	Перерахувати показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи дихання.

1. ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Педіатрія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації./ За ред. Проф. О.В. Тяжкої. Видання друге. – Вінниця. Нова книга. – 1096 с.
2. Медицина дитинства /За ред. П.С. Мощича. Київ: Здоров'я. – 1994. Томи I – IV.
3. Протокол лікування дітей з пневмонією. Наказ МОЗ України №18 від 13.01. 2005
4. Гришко В.Г. Диспансеризація і реабілітація хворих дітей на амбулаторно – поліклінічному етапі. Методичні рекомендації. – Вінниця. – 2005. – 52с.
5. Наказ МОЗ України №434 від 29.11.2002 «Про удосконалення амбулаторно – поліклінічної допомоги дітям в Україні»

Додаткова:

1. Аряев Н.Л., Волосовець А.П. и др. Пульмонология детского возраста. – К.: Здоровье, 2004. – 608с.
2. Острополец С.С. Бронхиальная астма у детей. Норд-пресс, Донецк-2004.-136с.
3. Григорьев К.И, Хан М.А., Григорьева О.К. Бронхиальная астма:GINA, Новые инициативы и детская пульмонологическая практика. Медицинская помощь № 3, 2007.- С.3-8.

Тема 51. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією органів травлення.

Планування обстеження дітей с патологією органів травлення на дільниці. Визначення тактики ведення. Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми с патологією органів травлення. Показання до санаторного лікування.

I.Актуальність теми.

Статистичні дані свідчать, що приблизно 50% дітей мають ті або інші розлади з боку травного тракту, а захворюваність збільшується з кожним роком. За останніх 5 років поширеність хронічних захворювань органів травлення в характеризується виразною тенденцією до збільшення, а також реєстрацією тяжких випадків перебігу з розвитком ускладнень і нерідкою інвалідизацією дітей.

Особливої значущості в лікуванні даного контингенту хворих набуває їх тривале активне диспансерне спостереження і реабілітація, які повинні здійснюватися шляхом чітко налагодженої спадкоємності в роботі дільничного лікаря поліклініки з лікарями шкіл, дитячих дошкільних установ, підліткових кабінетів, а також з фахівцями-гастроентерологами.

Все це свідчить про важливість і актуальність вивчення цієї теми майбутніми педіатрами.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

1.Студент повинен уміти: б1

- Визначити частоту оглядів педіатра і/або гастроентеролога, пульмонолога та кардіолога дітей з патологією системи травлення.
- Уміти скласти план клініко-діагностичних заходів при диспансерному спостереженні за хворими з патологією системи и травлення та кровообігу;
- Уміти скласти план лікувальних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією системи травлення.
- Визначити частоту і характер протирецидивного лікування хворих з патологією системи травлення.
- Визначити необхідність і терміни проведення додаткових обстежень хворим з патологією системи травлення.
- Уміти скласти частоту виникнення ускладнень, найближчого та віддаленого прогнозу при патології системи травлення у дітей.
- Визначити характер дієти і терапії після випису зі стаціонару дітей з патологією системи травлення.

- Визначити показання і терміни санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи травлення.
- Визначити можливість і критерії зняття з обліку дітей з патологією системи травлення

2.Студент повинен знати: б2

- Методи оцінки стану у дітей з патологією системи травлення.
- Захворювання соматичного та інфекційного генезу, що супроводжуються ураженням системи травлення у дітей.
- Клінічні симптоми, які свідчать про системну патологію, що супроводжується ураженням системи травлення.
- Принципи лікування хворих з патологією системи травлення
- Визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих з патологією системи травлення
- Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з патологією системи травлення
- Показання та протипоказання до санаторного лікування дітей з патологією системи травлення.

3.Студент повинен оволодіти: б3

Навичками:

12. Збирання скарг та анамнезу захворювання;
13. Обстеження хворих з патологією системи травлення, проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
14. Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
15. Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);
16. Визначити тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
17. Призначати комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень захворювань системи травлення у дітей;
18. Визначати кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
19. Визначати план профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією системи, травлення;
20. Визначати характер дієти, режиму, фізичних навантажень, продовження лікування після стаціонарного лікування, проведення вакцинації.

21. Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку дітей з патологією системи травлення.
22. Визначати показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією систем дихання, травлення та кровообігу.

Вміннями:

- 1.2.10 Призначати обстеження хворим з патологією системи травлення.
- 1.2.11 Призначати лабораторне обстеження дітям з патологією системи травлення та трактувати показники отриманих даних.
- 1.2.12 На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз
- 1.2.13 Складати алгоритм диференційної діагностики хворих з патологією системи травлення у дітей різних вікових груп.
- 1.2.14 Визначати групи препаратів для лікування дітей з патологією системи, травлення.
- 1.2.15 Виділяти фактори ризику прогресування патології системи травлення.
- 1.2.16 Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми з патологією системи травлення.
- 1.2.17 Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)
- 1.2.18 Оформляти санаторно-курортну карту (форма 076/о).

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом з патологією системи травлення та його батьками;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги хворому з патологією системи травлення.

а. Зміст теми заняття може бути представленим:

ДИСПАНСЕРНИЙ НАГЛЯД ЗА ДІТЬМИ З ПАТОЛОГІЄЮ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

I. а. Диспенсія невиразкова, дисмоторна

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. ФГДС 3. Дослідження шлункової секреції 4. Загальний аналіз крові, сечі та калу на яйця глистів 5. Аналіз калу на дисбактеріоз при необхідності 6. Консультація гастроентеролога

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієта (стіл № 5) 2. Прокінетики

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Усунення клінічних та ендоскопічних проявів.

I. б. Диспепсія виразкоподібна.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. ФГДС з прицільною біопсією та морфологічним дослідженням біоптату (при можливості) 3. Дослідження на наявність *H. pylori* за можливістю 4. Рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту за необхідністю 5. Дослідження шлункової секреції 6. Загальний аналіз крові та сечі - 1 р. на рік або по показанням 7. Консультація гастроентеролога 2 р. на рік

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієта (стіл № 5) 2. Прокінетики. 3. Антациди або блокатори H₂-рецепторів

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Усунення клінічних та ендоскопічних проявів.

При відсутності ефекту від лікування госпіталізація в спеціалізоване відділення.

Під час ремісії: 1. Клінічний огляд педіатра 1 раз на рік 2. Консультація гастроентеролога за необхідністю. 1. Дієта (стіл № 5) за необхідністю 2. Санація хронічних вогнищ інфекції. При відсутності загострення зняття з диспансерного обліку

I. в. Диспепсія змішана.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. ФГДС з прицільною біопсією та морфологічним дослідженням біоптату при можливості 3. Дослідження на наявність *H. pylori* при можливості 4. Рентгенологічне дослідження шлунково-кишкового тракту за показаннями 5. Дослідження шлункової секреції 6. Загальний аналіз крові, сечі та калу на яйця глистів 7. Аналіз калу на дисбактеріоз при необхідності 8. Консультація гастроентеролога.

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієта (стіл № 5) 2. Прокінетики. 3. Антациди або блокатори H₂-рецепторів

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Усунення клінічних та ендоскопічних проявів.

II. Гастрозофагеально-рефлюксна хвороба.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Гастроентеролог оглядає 2 рази на рік, педіатр – 3-4 рази на рік. Ендоскопічний контроль – 1 раз на рік (або за необхідністю). Огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) – 1 раз на рік.

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. В фазі ремісії ГЕРХ в амбулаторно-поліклінічних умовах, під наглядом дитячого гастроентеролога, діти повинні отримувати 2 рази на рік протирецидивні курси лікування, які включають немедикаментозне лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування). Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально. 2. Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ГЕРХ в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострень та ускладнень. Мінімальний строк нагляду – 3 роки. Через 3 роки стійкої ремісії після стаціонарного обстеження можливе зняття з обліку.

III. Гастрит і дуоденіт (хронічні гастрити та дуоденіти)

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Гастроентеролог оглядає 2 рази на рік, педіатр – 2 рази на рік. 2. ФГДС та визначення Н. рyлогі Ендоскопічний контроль – 1-2 рази на рік (або за необхідністю). 3. рН-метрія (за показаннями). 4. При необхідності за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) – 1 раз на рік. 5. Загальний аналіз крові та сечі, калу на яйця глистів 1 раз на рік 6. Реакція Грегерсена (за показаннями).

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. В фазі ремісії ХГ в амбулаторно-поліклінічних умовах під наглядом дитячого гастроентеролога діти повинні отримувати 2 рази на рік протирецидивні курси лікування, які включають медикаментозні (антисекреторні препарати, цитопротектори, репаранти, прокінетики, спазмолітики, седатики, імунокоректори та адаптогени тощо) методи та широкий арсенал немедикаментозного лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування, ЛФК). Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально. 2. Дієтотерапія (стіл N 5) 3. Вітамінотерапія 4. Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ХГ в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення та ускладнень за час спостереження. Диспансерне спостереження. При відсутності проявів захворювання протягом 3 років - зняття з обліку.

IV. Виразкова хвороба шлунка (ерозія шлунку) та дванадцятипалої кишки (дуоденальна виразка та ерозія дванадцятипалої кишки).

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Педіатр оглядає не менше 2-3 разів на рік, гастроентеролог – 2-3 рази на рік (або частіше за необхідністю). 2. ФГДС та визначення Н. рylogi (за показаннями) 2 рази в рік, або індивідуально. 3. рН-метрія (за показаннями) 4. Загальний аналіз крові та сечі, калу на яйця глистів - 1 раз на рік 5. Реакція Грегерсена - за показаннями 6. При необхідності за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін.) – 1 раз на рік.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. При сприятливому перебігу ВХ – проведення протирецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару) 2-3 рази на рік (наприкінці зими, літа та восени). Об'єм і тривалість протирецидивного лікування вирішують індивідуально. 2. Поряд з призначенням режиму та дієти (стіл №1 або №5), намічають комплексне медикаментозне та не медикаментозне лікування. Використовують антисекреторні препарати, антациди, цитопротектори, репаранти, седатики, імунокоректори, адаптогени, вітаміни тощо. 3. лікування мінеральними водами, фітотерапія, ЛФК, психотерапія 4. Санаторно-курортне лікування показано лише при досягненні стійкої ремісії (частіше через 4-6 місяців після стаціонарного лікування) в санаторіях гастроентерологічного профілю.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення та ускладнень та покращання ендоскопічної картини. З диспансерного нагляду не знімається (можливе зняття з обліку через 5 років стійкої ремісії, після стаціонарного обстеження).

При загостренні процесу та відсутності можливостей лікування в амбулаторно- поліклінічних умовах - госпіталізація до стаціонару.

V. Хронічний панкреатит.

1. Клініко-діагностичні заходи.

Протягом 1-го року після стаціонарного лікування дитину обстежують в поліклініці кожні 3 місяці; при панкреатичній недостатності призначають 3 – 4 рази на рік курс ферментів по 2 тижні кожний. Наступні роки проводиться обстеження дитини двічі на рік, за показаннями проводять замісну терапію. Амбулаторно кожні 3 місяці контролюється рівень амілази крові і сечі, копрограма. Ультразвукове дослідження проводиться двічі на рік..

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія (стіл № 5) 2. Санація вогнищ хронічної інфекції 3. Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії хронічного панкреатиту в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність рецидивів та нормальні параклінічні показники. З диспансерного нагляду діти з ХП не знімаються, переводяться у підлітковий кабінет. У разі виявлення клінічних та лабораторних проявів захворювання дитину обов'язково госпіталізують.

VI. Синдром подразненого кишечника.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – 2 рази на рік; хірургом – за вимогою. Обсяг контрольних-діагностичних обстежень: копрограма – 2 рази на рік, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, аналіз кала на дисбактеріоз – 2 рази на рік (перший рік нагляду), далі за вимогою, ректороманоскопія – 1 раз на рік (перший рік нагляду), за вимогою.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія відповідно до форми захворювання (закріп або проноси) з виключенням продуктів, що не переносяться хворим. 2. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклізм. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострень та нормалізація випорожнення. Диспансерний нагляд. При відсутності загострень протягом 3 років зняття з обліку. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження. При відсутності ефекту – госпіталізація.

VII. Хвороба Крона. Виразковий коліт (неспецифічний).

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом та дитячим хірургом 2 рази на рік, педіатром - щомісячно (перші 3 місяці після виписки із стаціонару, далі кожні 3 місяці), хірург - 1 раз на рік, інші спеціалісти – за вимогами. 2. Обсяг контрольних-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові 1 раз у 2 тижні (перші 3 місяці), далі - щомісячно протягом року, далі 1 раз у три місяці; клінічний аналіз сечі та копрограма - 1 раз у 3 місяці (перші 2 роки), далі 1-2 рази на рік; аналіз калу на яйця глистів та простіші - 2 рази на рік; біохімічне дослідження калу (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз у 3 місяці (перший рік), далі - 1 раз на рік; протеїнограма, біохімічні показники функцій печінки, коагулограма, гострофазові

показники - 1 раз у 3 місяці (перші два роки), далі -1 раз на рік, аналіз кала на дисбактеріоз - 2-3 рази на рік, ректороманоскопія - 1 раз у 3 місяці (перший рік нагляду, далі 2 рази на рік), УЗД органів черевної порожнини - за вимогами, ірігографія - 1 раз на рік.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія індивідуальна, в межах стола N 4 2. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару. 3. Санаторно-курортне лікування - протипоказано.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення за час спостереження. З диспансерного нагляду не знімаються.

VIII. Неспецифічний невиразковий коліт.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік (перший рік нагляду, далі – 1 раз на рік), педіатром – 2 рази на рік; отоларинголог, стоматолог, хірург, інші спеціалісти – за вимогами. 2. Обсяг контрольних-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові та сечі – 2 рази на рік, копрограмма – 1 раз на 6 місяців, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз на рік, протеїнограма, гострофазові показники – 1 раз на рік, аналіз калу на дисбактеріоз – 2 рази на рік (перший рік нагляду, далі за вимогою), ректороманоскопія – 1 раз на рік (за вимогами), УЗД органів черевної порожнини – за вимогами.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару або амбулаторно. 2. Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклізм. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Диспансерний нагляд – 3 роки позаприступного періоду. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.

IX. Целиакія.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Гастроентеролог- після верифікації діагнозу на протязі перших 2 років – 1 раз на 6 місяців, потім – 1 раз на рік (при умові стійкої ремісії та регулярних достатніх зростань ваги та росту). 2. Обсяг контрольних-діагностичних обстежень: опитування, огляд, вимірювання маси та зросту, клінічний аналіз крові та сечі, копрограмма, протеїнограма, біохімічні показники функції печінки, рівень електролітів крові, за показаннями – ендоскопічне та серологічне обстеження

(серологічне обстеження бажано проводити щорічно)

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія з виключенням продуктів, які містять глютен з підвищеним на 10 - 15 % вмістом білків; індивідуально вводять в раціон молоко, овочі, фрукти та ягоди 2. Ферменти за показаннями 3. Пробіотики (сімбітер) - за показаннями 4. Препарати заліза та кальцію - за показаннями 5. Полівітаміни 6. Фізіотерапія (масаж).

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність прогресування хвороби (анемії, дистрофії, остеопорозу) за час спостереження. Диспансерний нагляд – протягом життя. При загостренні захворювання - госпіталізація в спеціалізоване відділення.

X. Функціональні розлади жовчного міхура та сфінктера Oddi

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – 2 рази на рік; отолярінголог, стоматолог – за необхідністю. 2. Обсяг контрольних-діагностичних обстежень: копрограма – 1 раз на рік, аналіз кала на яйця глистів та найпростіші – 1 раз на рік, УЗД органів черевної порожнини 1 раз на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі – 1 раз на рік (при наявності показань).

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік (на першому році), далі – 1 раз на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини (дієтотерапія, бальнеотерапія, фітотерапія, ЛФК, фізіотерапія). 2. Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 3-6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів та інші).

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Нормалізація моторноевакуаторної функції жовчовивідних шляхів. Диспансерне спостереження при відсутності загострення протягом 3 років. Зняття з обліку.

XI. Хронічний холецистит.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – один раз в 3 місяці у перший рік після загострення, далі – 2 рази на рік ; отолярінголог, стоматолог та інші – за вимогами. 2. Обсяг контрольних-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові– 2 рази на рік, копрограма – 2 рази на рік, аналіз кала на яйця глистів та найпростіші – 2 рази на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі – 1-2 рази на рік (при наявності показань), УЗД органів черевної порожнини 2 рази на рік.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини (дієта, режим харчування, фітотерапія, бальнеотерапія, фізіотерапія, ЛФК). 2. Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів та інші).

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення та ускладнень за час спостереження. При відсутності загострень - зняття з обліку через 3 роки. З диспансерного нагляду можна зняти за умов відсутності патологічних змін після повного лабораторно - інструментального обстеження. При загостренні захворювання - госпіталізація в спеціалізоване відділення.

XII. Жовчнокам'яна хвороба (холелітіаз).

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – один раз на 3 місяці в перший рік після загострення, далі – 2 рази на рік; отоларинголог, стоматолог та інші – за вимогами. 2. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові – 1 раз на рік, копрограма – 2 рази на рік, УЗД органів черевної порожнини 2 рази на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі – 1 раз на рік (за необхідністю)..

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія (ст. N 5) 2. При дисхолії курси (1 - 2 міс. з перервою 3 - 4 міс.), соєва дієта (антилітогенна дієта) 3. Препарати урсодезоксихолієвої кислоти загальним курсом до 6 міс. 4. Жовчогінна терапія з урахуванням типу дискінезії тільки після зникнення конкрементів в жовчному міхурі. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини. Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів та інші). Протипоказаннями до курортного лікування є ЖКХ з частими приступами жовчної кольки, наявності активної інфекції та ускладненнями(механічна жовтяниця, емпієма, водянка жовчного міхура).

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення за час спостереження. З диспансерного нагляду не знімаються. При загостренні захворювання - госпіталізація в спеціалізоване відділення (можливо в хірургічне відділення - за показаннями).

XIII. Хронічний гепатит, аутоімунний гепатит.

A. Фаза неповної ремісії

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Клінічний огляд 2. Заг. ан. крові, сечі - 1 раз на міс. Аналіз калу на дисбактеріоз за показаннями 3. Біохімічні дослідження крові: білірубін, АлАТ, АсАТ, тимолова проба, протеїнограма, коагулограма, цукор, кальцій, фосфор - 1 раз на міс. 4. Імунологічне дослідження крові - 1 раз на 3 міс. (за показаннями) 5. УЗД органів черевної порожнини - 1 раз на 3 міс., за показаннями - частіше 6. ФГДС - 1 раз на 3 - 6 міс. 7. Контроль АТ - 2 рази на тиждень 8. Консультація гастроентеролога - 1 раз на міс.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія (стіл N 5) 2. Імуносупресивна терапія (кортикостероїди, цитостатики за схемою, призначеною в стаціонарі) 3. Гепатопротектори 4. Препарати урсодезоксихолевої кислоти при холестазі 5. Засоби, що регулюють гемолімфодинаміку (троксевазин та ін.) 6. Антиоксиданти (вітамін Е та ін.). 7. Антисекреторні (гастроцепін, інгібітори пронової помпи) за показаннями. 8. Корекція порушень СаР обміну (вітаміни D₃, препарати Са). 9. Мультипробіотики (сімбітер - за показаннями) 10. Ентеросорбенти - за показаннями

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Зниження чи нормалізація показників мезенхімально- запального, цитолітичного синдрому, зменшення чи нормалізація розмірів печінки та селезінки.

Б. Ремісія.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Клінічні обстеження - 1 раз на 3 міс. 2. Загальний ан. крові, сечі - 1 раз на 3 міс. 3. Біохімічні дослідження крові: білірубін, АлАТ, АсАТ, тимолова проба, протеїнограма, коагулограма, цукор - 1 раз на 3 міс. 4. Імунологічне дослідження крові - 1 раз на 6 міс. (за показаннями) 5. УЗД органів черевної порожнини - за показаннями 6. ФГДС за показаннями 7. Контроль АТ за показаннями

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія (стіл N 5) 2. Кортикостероїди, цитостатики (підтримуючі дози). 3. Гепатопротектори (курсами) 4. Засоби, що регулюють гемолімфодинаміку, антиоксиданти, вітаміни - за показаннями.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення та ускладнень за час спостереження Диспансерний нагляд. При загостренні захворювання чи розвитку ускладнень - госпіталізація в спеціалізоване відділення.

XIV. Цироз печінки.

А. Субкомпенсований.

1. Клініко-діагностичні заходи.

Клінічний огляд з контролем АТ 1 раз на місяць 1. Заг. ан. крові 1 раз на міс. 2. Заг ан. сечі 3. Кал на скриту кров - 1 раз на міс. 4. Біохімічні дослідження крові:

білірубін, АлАТ, АсАТ, тимолова проба, протеїнограма, електроліти, сечовина, креатинин, коагулограма, кальцій, фосфор - 1 раз на міс., при необхідності - частіше 5. УЗД органів травлення - 1 раз на 2 - 3 міс., при необхідності частіше 6. ФГДС - 1 раз на 3 - 6 міс. 7. Контроль діурезу при наявності набряково-асцитичного синдрому 8. Ректороманоскопія - за показаннями 9. Консультація хірурга 1 раз на 3 міс. (при необхідності частіше) 10. Консультація гастроентеролога 1 раз на міс. при необхідності.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія (стіл № 5). 2. Контроль за розпочатою в стаціонарі терапією (діуретики, гемостатики за призначеною схемою). 3. Гепатопротектори. Антиоксиданти (вітамін Е та ін.). 4. Корекція порушень СаР обміну (вітамін D₃, препарати Са). 5. Мультипробіотики (себітер та ін.) за показаннями 6. Препарати, що регулюють гемолімфодинаміку. 7. При наявності холестатичного синдрому - препарати урсодезоксихолієвої к-ти. 8. Вітамінотерапія. 9. Ентеросорбенти (за показаннями) 10. При порушенні в коагулограмі його корекція.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення та ускладнень за час спостереження. Диспансерний нагляд постійно. При резистентності до терапії прогресування патологічного процесу показана госпіталізація в спеціалізоване відділення.

Б. Компенсований.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Клінічний огляд з контролем АТ раз на 3 міс. 2. Заг. ан. крові раз на 3 міс. 3. Заг. ан. сечі 4. Біохімічні дослідження крові: білірубін, АлАТ АсАТ, тимолова проба, протеїнограма, електроліти, сечовина, креатинін, коагулограма; аналіз калу на скриту кров 1 раз на 3 місяці. Аналіз калу на дисбактеріоз - за показаннями УЗД органів черевної порожнини - 1 раз на 3 - 6 міс. 8. ФГДС - 1 раз на 3 - 6 міс. 9. Ректороманоскопія - за показаннями. 10. Консультація хірурга, гастроентеролога інших спеціалістів (за показаннями) 1 раз на 3 міс..

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Дієтотерапія (стіл N 5). 2. Гепатопротектори (зі зміною їх). 3. Щоквартально - препарати, що регулюють гемолімфодинаміку (троксевазин та ін.). 4. Вітамінотерапія 5. При наявності дисбіозу мультипробіотик 6. При наявності холестатичного синдрому - препарати урсодезоксихолієвої к-ти

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність загострення та ускладнень за час спостереження. Диспансерний нагляд постійно.

XV. Лактазна недостатність.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром – 2 рази на рік; отолярінголог, стоматолог, інші спеціалісти – за вимогами. 2. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові та сечі – 2 рази на рік, копрограмма – 1 раз на 6 місяців, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз на рік, протеїнограма – 1 раз на рік, аналіз кала на дисбактеріоз – 2 рази на рік (перший рік нагляду), далі за вимогою, визначення толерантності до лактози – 1 раз у 6 місяців, ректороманоскопія – 1 раз на рік (за вимогами), УЗД органів черевної порожнини - за вимогами.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. 2. Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклізм. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Диспансерний нагляд – до повноліття. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.

XVI. Муковісцидоз.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Огляд дитячим гастроентерологом, пульмонологом 2 рази на рік, педіатром – один раз в 3 місяці протягом усього періоду спостереження, отолярінголог, стоматолог, алерголог, ендокринолог, ортопед, інші спеціалісти – за вимогами. 2. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові та сечі – 2 рази на рік, копрограмма – щомісячно(перші 6 місяців), далі – 1 раз у 3 місяці, аналіз кала на яйця глистів та простіші – 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 2 рази на рік, активність трипсина калу – 2 рази на рік, пілокарпінова проба – 2 рази на рік, біохімічні показники печінки, амілаза крові, протеїнограма, рівень електролітів крові – 2 рази на рік, аналіз кала на дисбактеріоз – 1 раз на рік, бактеріологічне обстеження мокроти з визначенням чутливості до антибіотиків та дослідження функції зовнішнього дихання – 1 раз у 3 міс, визначення толерантності до глюкози – 1 раз на 6 місяців, ЕКГ, РЦ-графія органів грудної клітини – 1 раз у 6 місяців, ехокардіографія, УЗД органів черевної порожнини, діагностична бронхоскопія – за показаннями.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару. Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Диспансерний нагляд –протягом життя. Профілактичне щеплення дозволяється проводити за загальною схемою в період стійкої клінічної ремісії не раніш ніж через 1 місяць після останнього загострення.

Показання для направлення дітей із захворюваннями органів травлення на санаторно-курортне лікування

№ з/п	Код за МКХ-10	Нозологічна форма	Термін лікування (дні)
1	К 25.7, К 26.7	Неускладнена виразкова хвороба шлунка і 12-палої кишки в стадії стійкої клініко-лабораторної ремісії або не раніше ніж через 2 місяці після останнього загострення	24 - 30
2	К 29	Хронічний гастрит, гастродуоденіт із збереженою, підвищеною або зниженою секреторною функцією у стадії стійкої клініко-лабораторної ремісії	24 - 30
3	К50-52	Хронічний ентерит, хронічний коліт після загострення	24 - 30
4	К 31.9	Функціональні порушення шлунка	24 - 30
5	К 73	Хронічний гепатит у стадії стійкої клініко-лабораторної ремісії або не раніше ніж через 6 місяців після загострення; хронічний гепатит, латентний перебіг, без порушень функціонального стану печінки;	24 - 30
	В 15-В 17	гострий вірусний гепатит (А, В, С, Е) не раніше ніж через 6 місяців після гострого періоду	
6	К 83.9, К 59.8, К 82.8	Дискінезія жовчних шляхів і кишечника	24 - 30
7	К 80, К 81.1,8,9, К 83.0, К 86.1	Жовчно-кам'яна хвороба, хронічний холангіт, холецистит, панкреатит у стадії стійкої клініко-лабораторної ремісії	24 - 30
8	К 91	Стан після операційних втручань на органах травної системи не раніше ніж через 6 місяців після хірургічного лікування. Перитонеальні спайки	24 - 30

Протипоказання для направлення дітей із захворюваннями органів травлення на санаторно-курортне лікування

1. Усі захворювання у фазі загострення.
2. Неспецифічний виразковий коліт.
3. Цироз печінки.
4. Аутоімунний гепатит.
5. Жовтяниці будь-якого походження.

V. Матеріали методичного забезпечення заняття

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на хронічний гастрит, гастродуоденіт?;
2. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на виразкову хворобу шлунку та дванадцятипалої кишки?
3. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на хронічний холецистохолангіт?
4. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на хронічний панкреатит?
5. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на ГЕРХ?
6. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на хронічний гепатит?
7. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на неспецифічний виразковий коліт, хворобу Крона?
8. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на целиакіє, лактазну недостатність, муковісцидоз?.
9. Принципи дієтотерапії при зворюваннях органів травлення у дітей.
10. Принципи санаторно-курортного лікування при захворюваннях органів травлення у дітей.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Дитина з НР – негативним хронічним гастродуоденітом після курсу терапії в стаціонарі протягом року почувала себе добре, загострень не було, скарг немає. Чи показане проведення сезонного протирецидивного лікування?
 - A. показане в осінньо – весняний період
 - B. не показане
 - C. це можна вирішити лише після повторного обстеження на НР
 - D. це можна вирішити тільки після ФГДС

Е. показане через місяць

2. Профілактичні щеплення хворому на хронічний холецистит можливо проводити:

- А. постійний медвідвід
- В. через 6 місяців після загострення
- С. через 3 місяці після загострення
- Д. через 1 рік після загострення
- Е. через 1,5 – 2 місяці після загострення

3. Дитина 9-ти років, знаходиться на диспансерному обліку з приводу гастродуоденіту. Впродовж останніх декількох днів скаржиться на нудоту і блювоту, які виникають після їжі. Блювота не приносить полегшення. Періодично турбує оперізуючий біль у верхній половині живота, біль віддає в спину, купується спазмолітиками. При пальпації живота виявляється позитивний симптом Мейо-Робсона. З яким патологічним процесом найімовірніше можна пов'язати розвиток вищезгаданої симптоматики?

- А. із загостренням хронічного панкреатиту.
- В. з виразковою хворобою 12-ти палої кишки.
- С. з дискінезією жовчовивідних шляхів.
- Д. з хронічним гастритом зі зниженою кислотоутворюючою функцією.
- Е. з хронічним гастритом із підвищеною кислотоутворюючою функцією.

4. Через 3 місяці після купування загострення хронічного холецистохолангіту дитина направлена на санаторно-курортне лікування. Коли слід провести черговий диспансерний огляд?

- А. Через місяць.
- В. Через 3 місяці.
- С. Через півроку.
- Д. Через 9 місяців.
- Е. Через рік.

5. Через півроку після випису із стаціонару хворий на неспецифічний виразковий коліт відчувається задовільно. Призначене лікування отримує, дієти дотримується. Дільничний лікар відмінив фітотерапію на три місяці і спрямував хворого на санаторно-курортне лікування. Оцініть його дії.

- А. Все зроблено правильно.
- В. Все зроблено помилково.
- С. Не слід було направляти хворого на санаторно-курортне лікування

D. Не слід було відмінити фітотерапію.

E. Слід було направити на санаторно-курортне лікування на тлі фітотерапії.

6. Через 6 місяців стійкої ремісії хронічного панкреатиту лікар відмінив дитині строгу дієту, звільнення від фізкультури, призначив УЗД і дослідження панкреатичного соку. Направив хворого в санаторій. Оцініть дії лікаря.

A. Не слід було відмінити строгу дієту.

B. Не слід було відмінити звільнення від фізкультури.

C. Не слід було призначати УЗД і зондування.

D. Не слід було направляти дитину в санаторій.

E. Все зроблено правильно.

7. Два роки тому дитина перенесла хронічний вірусний гепатит С. Після випису зі стаціонару відмічена стійка клініко-лабораторна ремісія. Після клініко-лабораторного і інструментального обстеження дільничним педіатром знята з диспансерного обліку. Оцініть дії лікаря.

A. Все зроблено правильно.

B. Не слід було знімати з обліку, оскільки це повинен був зробити гастроентеролог.

C. Не слід було знімати з обліку, оскільки дітей з ХВГ С з обліку не знімають.

D. Не слід було знімати з обліку через два роки, з обліку знімають через 5 років.

E. Не слід було знімати з обліку через два роки, з обліку знімають через 3 роки.

8. Дитина 7-ми років скаржиться на біль в правому підребер'ї, нудоту, блювоту. При обстеженні виявлений біль при пальпації під мечовидним відростком, позитивний симптом Кера. Які з перерахованих нижче симптомів вважають за "міхурні"?

1. Біль в правому підребер'ї.

2. Нудоту.

3. Блювоту.

4. Біль при пальпації під мечовидним відростком.

5. Симптом Кера.

9. Дитині з больовим абдомінальним і диспепсичним синдромом, якого раніше не обстежували, спочатку призначили проведення фракційного

дослідження шлункового соку. Визначите своє відношення до такої тактики обстеження.

А. Згоден.

В. Не згоден, оскільки таким чином можна інфікувати дитину хелікобактером.

С. Не згоден, оскільки цей метод не вважається за важливим для диференціальної діагностики.

Д. Не згоден, оскільки цей метод недостатньо інформативний за результатами.

Е. Не згоден, оскільки в Україні немає необхідних секретологів для дітей.

10. Хлопчик 13 років страждає на хронічний вірусний гепатит С. В лікарню потрапив у зв'язку з погіршення стану: з'явилася жовтяниця, болі в животі, лихоманка. Дослідження маркерів підтвердило реплікацію вірусу С. Що буде основним в терапії в даному випадку?

- Преднізолон.
- Інтерферон.
- Рібавірин.
- Інтерферон + рібавірин.
- В/в імуноглобулін

Еталони відповідей: 1 А, 2 D, 3 Е, 4 Е, 5 С, 6 Е, 7 С, 8 Е, 9 С, 10 В.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Дівчинка 12 років, пред'являє скарги на тупі болі в животі, ниючого характеру, що виникають через 30-45 хвилин після прийому їжі, а також слабкість, швидку втомлюваність, часті головні болі. Вперше перераховані вище скарги з'явилися б місяців назад, однак обстеження і лікування не проводилося. Дитина від І нормальної вагітності, термінових пологів. З 10 років знаходиться на диспансерному обліку в невропатолога з приводу вегето-судинної дисфункції. Мати - 40 років, страждає на виразкову хворобу дванадцятипалої кишки. Батько - 42 роки, хронічний гастродуоденіт. Об'єктивно: зріст 137 см, маса 31 кг. Шкірні покриви бліді, помірної вологості. Живіт не збільшений. При поверхневій і глибокій пальпації в правому підребер'ї визначається напруженість м'язів і болісність, а також болісність в епігастрії. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 1,5 см, край печінки м'який,

еластичний, безболісний. Симптом Ортнера-Грекова (+). З боку легень і серця - без патології. Випорожнення регулярні, оформлені, іноді дуже світлі.

Загальний аналіз крові: НЬ - 130 г/л, К.П. - 0,93, еритроцити - $4,6 \times 10^{12}/л$, лейкоцити - $7,0 \times 10^9/л$: п - 2%, с - 66%, е - 2%, л - 25%, м - 5% ШОЕ - 7 мм/год.

Загальний аналіз сечі: колір - світло-жовтий, прозора, рН - 5,7, відносн; щільність - 1,020, білок - немає, цукор - немає, епітелій - невелика кількість лейкоцити - 1-2 в п/з, еритроцити - 0-1 в п/з, слиз - небагато, солі - немає бактерії - немає.

Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 72 г/л, АЛТ - 19 Од/л, АСТ 24 Од/л, ЛФ - 138 Од/л (норма 70-140), амілаза - 100 Од/л (норма 0-120 тимолова проба - 4 Од, загальний білірубін - 15 мкмоль/л, прямий - 9 мкмоль/л.

Копрограма: колір - коричневий, оформлений, рН - 7,3, м'язові волокна у невеликій кількості, крохмаль внутрішньоклітинний - небагато, йододільн флора - незначна кількість, рослинна клітковина - помірна кількість, слиз небагато, лейкоцити - 1-2 в п/з.

УЗД органів черевної порожнини: печінка - контури рівні, паренхіма гомогенна, ехогенність посилена, судини не розширені, портална вена і змінена. Жовчний міхур 85x37 мм (норма 75x30), стінки не потовщені Холедох - до 3,5 мм (норма 4), стінки не потовщені. Після жовчогінного сніданку - жовчний міхур скоротився на 10%.

Завдання

- a. Сформулюйте діагноз і обґрунтуйте його.
- b. Тактика спостереження за хворим після виписки зі стаціонару.

Еталони відповідей:

Задача 1

1. Дискінезія жовчовивідних шляхів за гіпотонічним типом.
2. Див. зміст теми заняття

Задача 2.

Дівчинка 13 років, скаржиться на слабкість, втомлюваність протягом тижня, в останні 2 дні відмічається сонливість, запаморочення, два рази була втрата свідомості. Протягом всього тижня випорожнення рідкуваті і дуже темні. Протягом 2,5 років турбує біль у животі, що локалізується в епігастрії і з'являється переважно натще, купується вживанням їжі. Епізоди болювого синдрому по 2-3 тижні, виникають 3-4 рази на рік, дитина не обстежувалась та не лікувалась, біль минав самостійно. Серед інших скарг дитину турбують відрижки та іноді печія.

Дитина доношена, на природному вигодовуванні - до 2-х місяців. Навчається в спецшколі 6 днів на тиждень та тричі на тиждень відвідує хореографію. Режиму дня та харчування не дотримується. Мати - 36 років, хвора на гастрит, батько - 38 років, виразкова хвороба 12-палої кишки. Дід по лінії матері має виразкову хворобу шлунка.

Об'єктивно: зріст - 151 см, вага 40 кг. Дитина млява, апатична, значна блідість шкірних покривів та слизових оболонок. ЧСС - 116/хв., АТ 85/50 мм рт. ст. Перкуторно межі серця не розширені. Аускультативно - ляскаючий I тон на верхівці та в т. Боткіна, проводиться на судини ший (шум вовчка). Живіт не збільшений, при поверхневій пальпації м'який, помірно болісний, при глибокій - відмічається болісність в епігастрії та в пілородуоденальній зоні. Печінка не збільшена, незначна болісність в точці Де-Жардена та Мейо-Робсона.

Загальний аналіз крові: еритроцити - $2,8 \times 10^{12}/л$, НЬ - 72 г/л, К.П.- 0,77, ретикулоцити - 5%, анізоцитоз, пойкилоцитоз, Нт - 29%, лейкоцити - $8,7 \times 10^9/л$, п - 6%, с - 50%, є - 2%, л - 34%, м - 8%, ШОЕ - 12 мм/год., тромбоцити - $390 \times 10^9/л$. Час кровотечі за Д'юком - 60 сек. Час згортання за Сухаревим: початок - 1 хв., кінець - 2,5 хвилини.

Загальний аналіз сечі: колір - солом'яно-жовтий, прозорість - повна, відносна щільність - 1,024, рН - 6, білок та цукор - немає, епітелій плазматичний - небагато, лейкоцити - 2-3 в п/з. Біохімічний аналіз крові: загальний білок - 72 г/л, альбуміни - 55%, глобуліни: а, - 6%, а2 - 10%, 3 - 13%, у - 16%, АСТ - 34 Од/л, АЛТ - 29 Од/л, ЛФ - 80 Од/л (норма 70-142), білірубін: загальний - 16 мкмоль/л, прямий - 3 мкмоль/л, тимолова проба 4 Од, амілаза - 68 Од/л (норма 10-120), залізо - 7 мкмоль/л.

Кал на приховану кров: реакція Грегерсона - позитивна (+++).

ФЕГДС при поступленні: слизова оболонка стравоходу рожева. Кардія стуляється. В шлунку слизова оболонка строката з плоскими випинаннями в тілі й антральному відділі, осередкова гіперемія і набряк в антрумі. Цибулина середніх розмірів, виражений набряк і гіперемія. На передній стінці лінійний рубець 0,5 см. На задній стінці округла виразка 1,5x1,7 см із глибоким дном і вираженим запальним валом. У дні виразки видно струмок крові, що надходить у просвіт кишки. Зроблено місцевий гемостаз. ФЕГДС через 2 доби: ендоскопічна картина та сама, ознак кровотечі з виразки немає. Взята біопсія слизової оболонки антрального відділу. Біопсійний тест на НР: позитивний (+++).

УЗД органів черевної порожнини: печінка не збільшена, паренхіма її гомогенна, ехогенність звичайна, судини і протоки не розширені, перипортальні тракти не ущільнені. Жовчний міхур округлої форми (56x27 мм) зі стійким перегином у н/3, вміст його гомогенний, стінки не потовщені. Шлунок містить багато рідини натще, стінки потовщені до 3 мм. Підшлункова

залоза: голівка - 28 мм (норма 22), тіло - 18 мм (норма 14), хвіст - 27 мм (норма 20), паренхіма підвищеної ехогенності.

Коагулограма: фактор VIII - 75%, фактор IX - 90%, агрегація тромбоцитів з ристоцетином і ЛДФ не змінена.

Завдання

1.2.18.1 Поставте діагноз.

1.2.18.2 Яка повинна бути тактика спостереження за хворим після виписки зі стаціонару?

Еталони відповідей:

1. Виразка 12-палої кишки, активність I ступеня. Дуодентальна виразкова кровотеча, постгеморагічна анемія середнього ступеня тяжкості. Реактивний панкреатит, вигин середньої третини жовчного міхура.

2. Див. зміст теми заняття.

Задача 3.

Хлопчик 9 років. Скарги на болі в епігастральній ділянці, вночі від болю дитина іноді прокидалась, при цьому у хлопчика спостерігалась гіперсалівація, періодично - нудота, здуття живота, що супроводжувалось відчуттям дискомфорту в епігастральній ділянці. Хворіє впродовж 2 міс, захворів навесні. Лікування не одержував. Об'єктивно: температура тіла 36,2°C, частота дихання 42 на хв, пульс 132 на хв, АТ 80/50 мм рт.ст. Шкірні покриви чисті, бліді. Язик обкладений біля кореня білуватого-жовтим на шаруванням, сухий. Живіт правильної форми, м'який. При пальпації пілородуоденальної зони спостерігається больова реакція. Печінка і селезінка не збільшені. Стілець нестійкий, останнім часом темного кольору. Під час огляду – дефекація, випорожнення у вигляді мелени. Загальний аналіз крові: Нв -90 г/л; еритроцити – 2,83 Т/л, КП – 0,95, ретикулоцити – 3%, нейтрофіли: паличкоядерні - 7%, сегментоядерні - 49%; еозинофіли-3%; лімфоцити-38%; моноцити - 3%; ШЗЕ - 12 мм/год. Загальний аналіз сечі - без патологічних змін. ЕКГ - варіант норми. В копрограмі - лейкоцити 5-6 в полі зору, позитивна реакція Грегерсена.

1. Попередній діагноз?

2. Які методи дообстеження для підтвердження основного захворювання будуть здійснені у подальшому?

3. Яке ускладнення основного захворювання розвинулось, та які ознаки свідчать на його користь? Ваша тактика у цій ситуації.

Еталони відповідей:

1. Виразкова хвороба, первинна, шлунково-кишкова кровотеча.

2. Ендоскопічне дослідження, рентгенконтрасне дослідження шлунка.

3. Шлунково-кишкова кровотеча, тахікардія, гіпотермія, зниження АТ, випорожнення у вигляді мелени. Оцінка проявів геморагічного шоку, негайна невідкладна допомога, консультація хірурга.

Задача 4.

Дитина К., 2 роки. Від доношеної вагітності. До 3 місяців розвивалася нормально. В 3 місяці була переведена на штучне вигодовування сумішшю «Малюк». Поступово стан дитини погіршувався. Знизився апетит, періодично спостерігалася блювота, з'явилися рідкі випорожнення, смердючі, з домішкою жирних плям на поверхні.

При огляді: стан важкий. Гіпотрофія II ст., тургор тканин знижений, м'язовий тонус різко знижений. Шкіра бліда з сірувато-земляним відтінком, еластичність її знижена, виражені симптоми інтоксикації та полігіповітамінозу. Гніздна алопеція, дистрофія нігтьових пластинок. Живіт значно збільшений в розмірах, м'язи передньої брюшної стінки витончені, пупкова кила, при пальпації живіт безболісний, бурчання та плескіт по ходу кишечника. Печінка +2 см, селезінка не збільшена. Випорожнення 3 рази на добу, смердючі, піняві, жовтувато-сірого кольору з крапельками жиру на поверхні калової маси.

При обстеженні: гіпохромна анемія II ст, лейкопенія, гіпопротеїнемія, гіпофосфатемія, збільшення активності лужної фосфатази. Копрограма – стеаторея, амілорея. Плоска цукрова крива при навантаженні лактозою. Морфологічна картина біоптату 12-палої кишки: витончення слизової оболонки, укорочення ворсин та подовження крипт, лімфо-плазмодитарна інфільтрація. Серологічний тест AGA позитивний. Рівень IgA значно збільшений.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Принципи лікування
2. Який прогноз захворювання?

Еталони відповідей:

1. Глютенова хвороба (целиакія), типична форма, активний період. Гіпотрофія II ст. Рахіт II ст., підгострий перебіг, активна фаза. Гіпохромна анемія II ст. Вторинна лактазна недостатність.
2. Аглютенова дієта.
3. Прогноз захворювання відносно сприятливий

Задача 5.

Хлопчик 12 років, знаходиться на диспансерному обліку у невролога, впродовж останніх 5 років скаржиться на затримку випорожнювань до 1-2 разів

на тиждень, з тривалою натугою, відчуття неповного спорожнення кишечника, зміна форми і характеру випорожнення: тверді, сухі, типу «овечого», стрічкоподібного. Об'єктивно: Шкірні покриви звичайного кольору, чисті. Живіт м'який, больовий при пальпації по ходу кишечника, петлі кишечника спазмовані. Печінка не збільшена. Під час проведення ФГДС, УЗД патології не виявлено, колоноскопія: біль при інсуфляції повітрям, посилення судинного малюнка слизовою оболонкою, обкладення слизом, високі ригідні складки фізіологічні сфінктери з підвищеним тонусом

1. Сформулюйте діагноз і обґрунтуйте його.
2. Призначте план обстеження
3. Призначте лікування цієї дитині.

Еталони відповідей:

1. Синдром подразненого кишківника, варіант, який перебігає із закрепом.
2. Клінічний аналіз крові, клінічний аналіз сечі, копрологічне дослідження ірігографія, манометрія.
3. Рекомендується прийом нерафінованих продуктів, достатньої кількості баластних речовин в харчовому раціоні (хліб з муки грубого помелу, з додаванням висівок, овочів, фруктів). Препарати, які нормалізують перистальтику кишечника (прокінетики), - мотиліум; послаблюючі, що мають гідрофільний ефект: ламінарид, натуролакс, мукофальк, форлакс, суха морська капуста, дульколакс.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворого з патологією системи травлення	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.

		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	На основі об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз захворювання системи травлення
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових ІІ, ІV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок з патологією систем дихання, травлення та кровообігу
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожен його складову.
3	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1. Оцінити дані загального аналізу крові. 2. Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження дітей патологією системи травлення, давати інтерпретацію отриманих результатів -
4	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Рентгенографії органів грудної клітки та УЗД, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки гастродуодениту, гастриту, виразкової хвороби, неспецифічного виразкового колиту.
5.	Провести диференційну діагностику.	1. Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній

		<p>лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів.</p> <p>4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.</p>	діагноз.
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Сформулювати остаточний клінічний діагноз. • На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу. 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, що супроводжуються патологією систем травлення, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
7.	Призначити лікування пацієнту	<p>1. Призначити немедикаментозне лікування.</p> <p>2. Призначити медикаментозне лікування</p>	Визначити групи препаратів для профілактики загострень захворювань системи травлення. Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно захворюванню. Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання
8	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми з патологією системи травлення.	<p>9. Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями;</p> <p>10. Оцінюють стан дитини на момент огляду;</p>	Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план

		<p>11. Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати;</p> <p>12. Формулюють діагноз;</p> <p>13. Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень;</p> <p>14. Визначають групу по фізкультурі, групу інвалідності;</p> <p>15. Вирішують питання вакцинації;</p> <p>16. Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку.</p>	<p>диспансерного нагляду за дітьми з патологією системи травлення. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)</p>
9	<p>Визначити показання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи травлення.</p>	<p>Сформулювати показання та протипоказання щодо санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи травлення.</p>	<p>Оформити санаторно-курортну карту (форма 077/о).</p>

**Граф логічної структури теми:
«Диспансерне спостереження дітей із захворюваннями ШКТ»**

Частота оглядів педіатра і/або гастроентеролога	Хронічний гастродуоденіт	Виразкова хвороба	Хронічний холецистохолангі
	2 рази на рік	2 рази на рік	1 раз на рік при санаторному лікуванні, 2 рази - без нього
Характер дієти і терапії після випису із стаціонару	Мінеральна вода низької мінералізації, 3-4 тижні Подорожник, звіробій, м'ята,	Мінеральна вода низької мінералізації, 3-4 тижні Подорожник, звіробій, м'ята,	Дієта №5 на 6 місяців, вода високої мінералізації на 3-4 тижні, фітотерапія, сліпі зондування 2 рази на тиждень № 5-6.
	Відразу після випису + ванни, масаж, ЛФК, фізіо-, рефлексотерапія	За відсутності кровотечі і досягненні ремісії - відразу + то ж; при кровотечі - через 6 місяців.	Через 3 місяці
Періодичність і характер протирецидивного	2 рази на рік або 1 раз - в санаторії (вітаміни, фітотерапія, мінеральна вода, фізіотерапія)	2 рази на рік або 1 раз - в санаторії (вітаміни, фітотерапія, мінеральна вода, фізіотерапія)	1 раз на рік в санаторії або 2 рази на рік
		Контроль ерадикації - через місяць. Кал на приховану кров - 2 рази на рік. Неінвазивне дослідження на хелікобактер перед зняттям з обліку.	Дуоденальне зондування. УЗД при погіршенні самопочуття або перед зняттям з обліку
Необхідність і терміни додаткових обстежень			
Можливість і критерії зняття з обліку	Через 5 років	Через 5 років за умови повної ремісії і відсутності хелікобактера	Через 5 років за відсутності клініко-лабораторних і інструментальних ознак загострення

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію патології системи травлення.	Перерахувати основні етіологічні фактори патології систем травлення у дітей.
Вивчити патогенез патології системи травлення.	Виділити ключові ланки патогенезу даних захворювань.
Вивчити клінічні прояви патології системи травлення.	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу поставити імовірний діагноз захворювань систем травлення у дітей
Вивчити діагностичні критерії захворювань системи травлення у дітей	Скласти структурну схему захворювань, при яких розвивається патологія системи травлення у дітей
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для патології системи травлення у дітей зміни даних додаткових методів дослідження	Скласти план обстеження захворювань системи травлення у дітей та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз захворювань системи травлення у дітей
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого з патологією системи травлення у дітей	Визначити лікувальну тактику при патології системи травлення.
Визначити схему диспансерного спостереження за хворим з патологією системи травлення.	Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого і визначити прогноз при патології системи травлення.
Визначити показання та протипоказання до санаторно-	Перерахувати показання та протипоказання до санаторно-

курортного лікування дітей з патологією системи травлення.	курортного лікування дітей з патологією системи травлення.
--	--

VI ЛІТЕРАТУРА

Основна:

- а. Педіатрія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації./ За ред. Проф. О.В. Тяжкої. Видання друге. – Вінниця. Нова книга. – 1096 с.
- ii. Медицина дитинства /За ред. П.С. Мошича. Київ: Здоров'я. – 1994. Томи I – IV.
3. Гришко В.Г. Диспансеризація і реабілітація хворих дітей на амбулаторно – поліклінічному етапі. Методичні рекомендації. – Вінниця. – 2005. – 52с.
1. Сміян І.С. Лікування дітей на питних курортах. – Тернопіль. – 2006.- 70с.
2. Наказ МОЗ України №434 від 29.11.2002 «Про удосконалення амбулаторно – поліклінічної допомоги дітям в Україні»
3. Наказ МОЗ України №434 від 26.05.2010 «Про затвердження протоколів діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей».
4. Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування): Навчальний посібник для педіатрів, дитячих гастроентерологів, лікарів загальної практики – сімейної медицини/ Ю.В. Белоусов, Л.П. Волошина, Н.В. Павленко та ін. – Х.: ВД «Інжек», 2007. – 120с
5. Шадрін Г.О., Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г. Гастроентерологія дитячого віку (Навчально-методичний посібник для викладачів та студентів VI курсу медичного факультету, що навчаються за фахом «Педіатрія»).- Запоріжжя: Просвіта, 2011.-274 с.
6. Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г., Компанієць В.М. Пашкова О.Є., Лебединець О.М. Госпітальна педіатрія. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань органів травлення у дітей. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах. Навчально-методичний посібник для викладачів та студентів VI курсу медичного факультету.- Запоріжжя: Просвіта, 2011.-116 с

Додаткова:

1. Реактивный и хронический панкреатит у детей: диагностическая и лечебная тактика, схемы диспансерного наблюдения. Информационное письмо.// Под ред. Проф. А.А. Баранова. – М.: Мед., 2004, - 26с.

- 2 Майданник В.Г. Римські критерії (2006) діагностики функціональних гастроінтестинальних розладів у дітей. Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007; 3; - с. 5 – 13.
- iii. Денисова М.Ф., Шадрін О.Г. Фармакотерапевтичний довідник дитячого гастроентеролога. – К.: 2008, - 516 с.

Тема 52. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією серцево-судинної системи.

Планування обстеження дітей с патологією серцево-судинної системи на дільниці. Визначення тактики ведення. Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми с патологією серцево-судинної системи. Показання до санаторного лікування.

I. Актуальність теми:

Останніми роками спостерігається неухильне зростання серцево-судинної захворюваності у дітей і підлітків. Це ставить завдання перед працівниками охорони здоров'я поліпшення якості діагностики, лікування і профілактики серцево-судинної патології. Широке здійснення профілактичних програм сприяє зменшенню захворюваності і смертності від кардіальної патології як серед дорослого, так і дитячого населення. Оскільки в умовах поліклініки лікар вперше виявляє основні симптоми і синдроми захворювання, а потім здійснює диспансерне спостереження, представляється вельми актуальним вивчення питань ранньої діагностики, подальшого диспансерного спостереження дітей з кардіоревматологічною патологією. Безумовно необхідні і знання, що стосуються первинної профілактики кардіоревматологічних захворювань, направленої на попередження серцево-судинної захворюваності. Знання питань ранньої діагностики, принципів лікування, диспансерного спостереження за дітьми з кардіоревматологічною патологією дозволить поліпшити якість життя пацієнтів, досягти стійкої ремісії, а згодом і одужання даної категорії хворих дітей.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

1. Студент повинен уміти: б1

- Визначити частоту оглядів педіатра і/або кардіолога дітей з патологією систем дихання, травлення та кровообігу.
- Уміти скласти план клініко-діагностичних заходів при диспансерному спостереженні за хворими з патологією системи кровообігу;
- Уміти скласти план лікувальних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією системи кровообігу;
- Визначити частоту і характер протирецидивного лікування хворих з патологією системи кровообігу.
 - Визначити необхідність і терміни проведення додаткових обстежень хворим з патологією системи кровообігу.

Уміти скласти частоту виникнення ускладнень, найближчого та віддаленого прогнозу при патології системи кровообігу у дітей;

- Визначити характер дієти і терапії після випису зі стаціонару дітей з патологією системи кровообігу.
- Визначити показання і терміни санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи кровообігу
- Визначити можливість і критерії зняття з обліку дітей з патологією системи кровообігу.

2. Студент повинен знати:

- Методи оцінки стану у дітей з патологією системи кровообігу.
- Захворювання соматичного та інфекційного генезу, що супроводжуються ураженням систем дихання, травлення та кровообігу у дітей.
- Клінічні симптоми, які свідчать про системну патологію, що супроводжується ураженням систем дихання, травлення та кровообігу.
- Принципи лікування хворих з патологією системи кровообігу.
- Визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих з патологією системи кровообігу.
- Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з патологією системи кровообігу.
- Показання та протипоказання до санаторного лікування дітей з патологією системи кровообігу.

3. Студент повинен оволодіти: бз

Навичками:

23. Збирання скарг та анамнезу захворювання;
24. Обстеження хворих з патологією систем дихання, травлення та кровообігу, проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
25. Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
26. Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);
27. Визначити тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
28. Призначати комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень захворювань системи кровообігу у дітей;
29. Визначати кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
30. Визначати план профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією системи кровообігу;
31. Визначати характер дієти, режиму, фізичних навантажень,

продовження лікування після стаціонарного лікування, проведення вакцинації.

32. Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку дітей з патологією системи кровообігу.

33. Визначати показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи кровообігу.

Вміннями:

1.2.19 Призначати обстеження хворим з патологією системи кровообігу.

1.2.20 Призначати лабораторне обстеження дітям з патологією систем дихання, травлення та кровообігу та трактувати показники отриманих даних.

1.2.21 На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз

1.2.22 Складати алгоритм диференційної діагностики хворих з патологією системи кровообігу у дітей різних вікових груп.

1.2.23 Визначати групи препаратів для лікування дітей з патологією системи кровообігу.

1.2.24 Виділяти фактори ризику прогресування патології системи кровообігу.

1.2.25 Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми з патологією системи кровообігу.

1.2.26 Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)

1.2.27 Оформляти санаторно-курортну карту (форма 076/о).

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом з патологією систем дихання, травлення та кровообігу та його батьками;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги хворому з патологією системи кровообігу

IV. Зміст теми заняття може бути представленим:

ДИСПАНСЕРНИЙ НАГЛЯД ЗА ДІТЬМИ З ПАТОЛОГІЄЮ СИСТЕМИ КРОВООБІГУ

I. Гостра ревматична лихоманка

1. Клініко-діагностичні заходи.

Протягом року після перенесеної атаки ревматичної лихоманки дітей та підлітків спостерігають перші 3 місяця щомісячно, потім 1 раз в квартал; в подальші роки – не рідше 1 разу в півроку. При збереженні активності процесу, безперервно-рецидивуючому перебігу, тяжкій ваді серця кратність обстеження ревматологом встановлюють індивідуально. Не рідше 2 разів на рік, проводять амбулаторне обстеження, що включає лабораторні та інструментальні методи, огляд стоматолога, отоларинголога, за показаннями невролога, гінеколога; призначають необхідні оздоровчі заходи, лікувальну фізкультуру.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Вторинна профілактика спрямована на попередження рецидивів і прогресування захворювання – безперервна біцилінопрофілактика протягом 5 років (якщо не сформувалася вада серця), або пожиттєво (при наявності вади серця). Якщо на фоні профілактики ГРЛ розвивається ангіна, фарингіт, ГРІ призначається бензилпеніцилін або еритроміцин на 10 днів (у вікових дозах). У весняно-осінній період поряд з введенням Біцилін показаний місячний курс НПЗП. Учні рекомендують додатковий вихідний або скорочений робочий день, або школу на дому. Уроки фізкультури (в спеціальній групі) і праці дозволяють не раніше, аніж через 6 місяців після виписки зі стаціонару.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність повторних ревмоатак. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність ознак формування вад серця. Адаптація до фізичних навантажень. Відсутність кардіального та суглобового симптомів. Нормальні показники активності запального процесу. Нормальні титри антистрептококових антитіл. Стабілізація морфофункціональних показників Ехо-КГ клапанів та порожнин серця.

II. Хронічні ревматичні захворювання серця

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної системи (зменшення чи наростання змін з боку серця та судин, характер шуму, кардіалгій, наявність задишки). Оцінка стану мигдаликів, зубів, навколоносових пазух. ЕКГ, КГ, пульсометрія, вимірювання АТ, термометрія, клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, СРБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА, азот сечовини, сечовина, креатинін, електроліти) та імунологічні дослідження (титр АСЛО, АСГ, АСК) - 2 рази на рік. ЕхоКГ, ДЕхоКГ - 1 раз на рік, за показаннями - частіше. Рентгенографія органів грудної порожнини за показаннями. Оцінка адаптації ССС до фізичних навантажень.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Вторинна профілактика рецидивів біциліном-5 або бензтинбензилпеніциліном та нестероїдними протизапальними препаратами (при ваді серця - не менше ніж 5 років). При рецидивуючому перебігові процесу - НПЗП призначаються 10-денними курсами щомісячно у сукупності із призначенням хінолонових препаратів - 12-18 міс. Дотримання режиму. Раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. Додатковий вихідний день (за показаннями). Лікування ангін із застосуванням антибактеріальних засобів. Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) - курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди, трофічні дози) під контролем ЕКГ, сечогінні, інгібітори АПФ. Два рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин та інші). При сформованій ваді серця - вторинна профілактика ревматизму проводиться пожиттєво.

Педіатр, кардіоревматолог - після ревмоатаки щомісячно протягом кварталу, потім - 1 раз на квартал. При збереженні активності процесу, при безперервно-рецидивуючому перебігові та вадах серця із ознаками серцевої недостатності - за показаннями, кратність оглядів індивідуальна. За умови наявності набутої вади серця кардіохірург - 1 раз на рік. За необхідності - частіше. Отоларинголог, стоматолог - 1 раз на рік. Після перенесеної ангіни або ГРІ педіатр та кардіоревматолог спостерігають дитину щотижнево протягом місяця з контролем клініко-біохімічних та інструментальних показників.

За умови неактивності процесу - санаторно-курортне лікування у спеціалізованих місцевих санаторіях та санаторіях АР Крим. Загартовуючі процедури, заняття ЛФК. При ваді серця та серцевій недостатності - індивідуальне навчання. Заняття фізкультурою: після атаки: на першому році - звільнення, на другому - підготовча група за умови нормалізації показників.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність повторних ревмоатак. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність ознак формування вад серця. Адаптація до фізичних навантажень. Відповідні вікові терміни для строку диспансерного спостереження (до 18 років). Підстава для зняття з обліку - досягнення вищезазначеного віку при стійкій відсутності клініко-лабораторних ознак активності запального процесу.

III. Артеріальна гіпертензія (первинна, вторинна).

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної та нервової системи. При кожному огляді - пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії. ЕКГ, ФКГ, клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за

показаннями - повторні. Стан очного дна при кожному огляді. ЕхоКГ, ДехоКГ, УЗД нирок - 1 раз на рік, за показаннями повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) та рівень азоту сечовини, креатиніну - 1 раз на рік, за показаннями - повторні. При вторинній артеріальній гіпертензії - обстеження функціонального стану тієї чи іншої системи (нирки, ендокринна система, ЦНС тощо).

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Дотримання режиму праці і відпочинку, раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. За показаннями - призначення гіпотензивних препаратів (спазмолітики, бета-блокатори, інгібітори АПФ та інші) з урахуванням рівня підвищення АТ і його постійності. Седативні і немедикаментозні засоби (фітотерапія). Санація хронічних вогнищ інфекції. Психотерапія. При вторинній артеріальній гіпертензії - лікування основного захворювання. Спеціальна фізкультурна група. При вторинній АГ - звільнення від фізичного навантаження. Протипоказана праця на сонці. При вторинній злоякісній АГ - індивідуальне навчання. Тривалість спостереження при вторинній АГ постійно

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Зменшення або відсутність ознак артеріальної гіпертензії та цереброваскулярних порушень. Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної, ниркової недостатності. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. Огляд педіатра, кардіоревматолога - 1 раз на рік при відсутності ускладнень, 1 раз на 3 місяці - при наявності ускладнень (серце, нирки, ЦНС). Оториноларинголог, офтальмолог, невролог - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Нефролог, кардіохірург, ендокринолог, інші спеціалісти - за показаннями. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на 2 тижні протягом місяця. Зняття з обліку через 2 роки після стійкої нормалізації АТ та за умов відсутності ураження серця та інших органів-мішеней. У інших випадках з обліку не знімаються.

IV. Легеневе серце та порушення легеневого кровообігу

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної та респіраторної систем. При кожному огляді - пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії. ЕКГ, ФКГ, клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ЕхоКГ, ДехоКГ - 1 раз на рік, за показаннями повторні

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Дотримання режиму праці і відпочинку, раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. За показаннями - призначення гіпотензивних препаратів (спазмолітики, бета-блокатори, інгібітори АПФ, інші препарати) з урахуванням рівня легеневої гіпертензії і його постійності. Седативні та немедикаментозні

засоби. Санація хронічних вогнищ інфекції. Психотерапія При вторинній легеневій гіпертензії - лікування основного захворювання. Санаторно-курортне лікування за показаннями. Спеціальна фізкультурна група. При прогресії ЛГ - звільнення від фізичного навантаження. Протипоказана праця на сонці. За показаннями - індивідуальне навчання. Тривалість спостереження - постійно.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Зменшення або відсутність ознак легеневої гіпертензії. Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. Адаптація до фізичних навантажень. Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. Постійне диспансерне спостереження Огляд педіатра, кардіоревматолога - 1 раз на 3 місяці, за показаннями - частіше. Рентгенографія органів грудної порожнини за показаннями Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) та рівень азоту сечовини, креатиніну - 1 раз на рік, за показаннями - повторні. При вторинній легеневій гіпертензії - обстеження функціонального стану тієї чи іншої системи (легені, нирки, ендокринна система, ЦНС тощо). Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками. Огляд кардіохірурга, пульмонолога, ортопедатравматолога - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Оториноларинголог, офтальмолог, невролог - 1 раз на рік, за показаннями - частіше. Нефролог, ендокринолог, інші спеціалісти - за показаннями. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на 2 тижні протягом місяця

V. Перикардит (гострий, хронічний адгезивний (злипчивий), хронічний констриктивний (здавлюючий)).

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної системи. ЕКГ, ФКГ, пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії, клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ЕхоКГ - 2 рази на рік, за показаннями повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) - 2 рази на рік, за показаннями повторні. Рентгенографія органів грудної порожнини - за показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні. Дотримання режиму. Рациональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. Санація хронічних вогнищ інфекції. Вторинна профілактика інфекційного ендокардиту антибактеріальними засобами. При наявності ознак хронічної серцевої

недостатності (стадія компенсації) - курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди трофічні дози), сечогінні засоби, інгібітори АПФ під контролем ЕКГ та АТ. За показаннями - 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин та інші). Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії (місцевий та обласний рівень). ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу заняття у спеціальній фізкультурній групі. Вирішення питання щодо режиму учбового процесу - індивідуально з урахуванням недостатності кровообігу, додатковий вихідний день, скорочення тривалості учбового дня. За показаннями - індивідуальне навчання. Тривалість спостереження - постійно

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність септичних ускладнень. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. Огляд педіатра, кардіоревматолога - протягом перших 4 місяців після виписки із стаціонару - 1 раз на місяць, потім протягом року - 1 раз на квартал, у подальшому - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Кардіохірург - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Оториноларинголог, стоматолог - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на 2 тижні. Зняття з обліку (за узгодженням з кардіохірургом) не раніше як через 3 роки при сприятливому перебігові, відсутності ознак хронічної серцевої недостатності, в інших випадках не знімаються

VI. Неревматичні ураження мітрального клапана

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної системи. ЕКГ, ФКГ, пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії, клінічний аналіз крові (обов'язково згортувальність та рівень тромбоцитів крові) та сечі 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ЕхоКГ, ДЕхоКГ - 2 рази на рік, за показаннями повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) - 1 раз на рік, за показаннями повторні. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль бактеріємії та за усіма показниками.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні. Дотримання режиму. Рациональне харчування Аерація. Вітамінотерапія. Санація хронічних вогнищ інфекції. При малих оперативних втручаннях - вторинна профілактика інфекційного ендокардиту при наявності мітральної (трикуспідальної) регургітації. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія

компенсації) - курси інгібіторів АПФ, сечогінних, інотропних препаратів під контролем ЕКГ та АТ. При наявності стрептококової інфекції, ризику розвитку ревматизму - профілактика біциліном - 5 або бензатинбензилпеніциліном; весною і восени - курси НПЗП. За показаннями - 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин), вегетотропних та седативних засобів. Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу заняття у спеціальній фізкультурній групі. При "німих" ПМК і гемодинамічно незначимих формах ПМК - звичайний руховий режим. Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії. Вирішення питання щодо режиму учбового процесу - індивідуально з урахуванням недостатності кровообігу, додатковий вихідний день, скорочення тривалості учбового дня. За показаннями - індивідуальне навчання.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність септичних ускладнень. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Відсутність стрептококової інфекції. Зменшення ступеня пролабування або відсутність ускладнень. Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. Огляд педіатра, кардіоревматолога - протягом перших 4 місяців після виписки із стаціонару - 1 раз на місяць, потім - протягом року - 1 раз на квартал, у подальшому - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. При наявності вади серця - кардіохірург - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Оториноларинголог, стоматолог - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на тиждень протягом першого місяця після хвороби. При наявності вади серця та хронічної серцевої недостатності дитячим кардіоревматологом з обліку не знімаються. При "німих" ПМК і гемодинамічно незначних формах ПМК - 3 роки з моменту встановлення діагнозу.

VII. Ендокардит

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної системи, ЕКГ, ФКГ, пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії, клінічний аналіз крові (обов'язково згортuvanість та рівень тромбоцитів крові) та сечі 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ЕхоКГ, ДЕхоКГ - 2 рази на рік, за показаннями - повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) - 2 рази на рік, за показаннями – повторні.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Дотримання режиму. Раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. Вторинна профілактика ендокардиту при "малих" хірургічних втручаннях. Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні. При наявності стрептококової інфекції, ризику розвитку ревматизму - профілактика біциліном-5 або бензатинбензилпеніциліном; весною і восени - курси НПЗП. Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) - курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди трофічні дози), сечогінні засоби, інгібітори АПФ під контролем ЕКГ та АТ. За показаннями - 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин). Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії (місцевий, обласний, державний рівень). ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу заняття у спеціальній фізкультурній групі. Вирішення питання щодо режиму учбового процесу - індивідуально з урахуванням недостатності кровообігу, додатковий вихідний день, скорочення тривалості учбового дня. За показаннями - індивідуальне навчання

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Відсутність септичних ускладнень. Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. Педіатр, кардіоревматолог - протягом перших 4 місяців після виписки із стаціонару - 1 раз на місяць, потім протягом року - 1 раз на квартал, у подальшому - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль бактеріємії та за усіма показниками. При наявності вади серця - кардіохірург - 1 раз на рік, за показаннями - частіше. Оториноларинголог, стоматолог - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на тиждень протягом першого місяця після хвороби. Дітям, що вилікувалися від ендокардиту, проводиться вторинна профілактика ендокардиту при "малих" хірургічних втручаннях

VIII. Неревматичними кардит.

1. Клініко-діагностичні заходи.

Після виписування зі стаціонару в перші 3 міс дитину оглядають щомісяця, потім у 1-й рік – 1 раз на 3 міс, у наступні роки – 1 раз на 6 міс з обов'язковою реєстрацією ЕКГ. Один раз в 6-12 міс проводиться рентгенографія органів грудної клітки.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

На амбулаторному етапі призначають препарати, що поліпшують обмін у міокарді, курсами 2-4 рази на рік (калію оротат, панангін, рибоксин, вітамін В12 з фолієвою кислотою, кальцію пангамат, кальцію пантотенат, L-карнітин чи мілдронат), нестероїдні анаболічні гормони (ретаболіл, неробол, фемоболін, метандростендіол, фосфаден). За показаннями призначають серцеві глікозиди в підтримуючій дозі, антиаритмічні засоби, сечогінні 1-3 рази на тиждень, препарати амінохінолінового ряду протягом 3-6 міс, седативні препарати для профілактики стресів, що можуть призвести до кардіогенного шоку.

При виникненні гострих інтеркурентних захворювань проводять терапію нестероїдними протизапальними препаратами протягом 2-3 тиж. За наявності хронічного тонзиліту протягом 1 року призначають біцилінотерапію. Питання про видалення мигдаликів вирішується в індивідуальному порядку. Дитина звільняється від фізичного навантаження в школі. Дозволяються тільки лікувальна фізична культура і ходьба.

Профілактичні щеплення проводять через 1 рік після стихання гострого процесу. Тоді ж можна починати санаторно-курортне лікування в спеціалізованих місцевих санаторіях.

Хворим із серцевою недостатністю обмежують фізичні та психічні навантаження, а обсяг лікування призначають залежно від конкретної ситуації, планові профілактичні щеплення не проводять.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Після перенесеного гострого кардиту дитина спостерігається в поліклініці кардіоревматологом протягом 5 років. При хронічному перебігу хвороби дитину з диспансерного обліку не знімають. При розвитку кардіосклерозу дитину з диспансерного обліку не знімають, оглядають 3-4 рази на рік.

ІХ. Кардіоміопатії.

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної системи. При кожному огляді - ЕКГ, ФКГ, пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії. Клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ЕхоКГ, ДЕхоКГ - 2 рази на рік, за показаннями - повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протейнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) - 2 рази на рік, за показаннями повторні. Рентгенографія органів грудної порожнини - за показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні. Вторинна профілактика інфекційного ендокордиту. Дотримання режиму. Раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. Санація хронічних вогнищ інфекції. При

наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) - курси інотропних препаратів, сечогінні, інгібітори АПФ під контролем ЕКГ та АТ. За показаннями - 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин). Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії. Щеплення протипоказані. ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу вирішується питання про заняття у спеціальній фізкультурній групі. Вирішення питання щодо режиму учбового процесу - індивідуально з урахуванням недостатності кровообігу, додатковий вихідний день, скорочення тривалості учбового дня, при сприятливому перебігові на 2-му році хвороби - режим звичайний. Тривалість спостереження – постійна.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. Педіатр, кардіоревматолог - протягом перших 4 місяців після виписки із стаціонару - 1 раз на місяць, потім протягом року - 1 раз на квартал, у подальшому - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Кардіохірург - 1 раз на рік, за показаннями частіше. Оториноларинголог, стоматолог - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на 2 тижні. При первинних кардіоміопатіях - дитячим кардіоревматологом з обліку не знімаються. При вторинних кардіоміопатіях - знімаються з обліку через 1 рік за умови ліквідації основного захворювання, що призвело до розвитку патології серцево-судинної системи, відсутності клінічних ознак серцевої недостатності, стійкої відсутності лабораторних ознак активності запального процесу, змін на ЕКГ та ЕхоКГ.

X. Аритмії

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Частота оглядів фахівцями: педіатр – 1 раз на 6 міс. Кардіолог – 1 раз на 6 міс. Оториноларинголог, стоматолог - 1 раз на рік або за показаннями. Психоневролог - за показаннями. Кардіохірург - за показаннями. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на 2 тижні. 2. Контрольно-діагностичні дослідження: загальний аналіз крові – 2 рази на рік; електрокардіографія, фонокардіографія, ехокардіографія, електроенцефалографія, кардіоінтервалографія – за показаннями 1-2 рази на рік. Холтерівське моніторування за показаннями. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) - 1 раз на рік, за показаннями - повторні. Рентгенографія органів грудної порожнини - за

показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні (призначення антиаритмічних засобів тільки за показаннями). Санація хронічних вогнищ інфекції. Дотримання режиму. Раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. За показаннями 2 рази на рік призначення метаболітів, вегетотропних і седативних засобів. Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. Санаторно-курортне лікування (місцевий, обласний, державний рівень) при наявності показань та відсутності синкопальних станів, приступів пароксизмальної тахікардії, ознак серцево-судинної недостатності. ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу та стійкої аритмії заняття у спеціальній фізкультурній групі. Вирішення питання щодо режиму навчального процесу – індивідуально з урахуванням стійкості порушень серцевого ритму та провідності і недостатності кровообігу. Профілактичні щеплення протипоказані лише при розвитку серцевої недостатності й частих пароксизмах.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Зменшення або відсутність ознак серцевої дизритмії. Відсутність синкопальних станів та приступів пароксизмальної тахікардії та миготливої аритмії. Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. При стійких порушеннях серцевого ритму та ознаках хронічної серцевої недостатності дитячим кардіоревматологом з обліку не знімаються. При відсутності вищезазначеного та нормалізації серцевого ритму і провідності диспансерне спостереження продовжується протягом 2 років з моменту встановлення діагнозу.

XI. Вроджені вади серця.

1. Клініко-діагностичні заходи.

1. Частота оглядів фахівцями: педіатр: на 1-му місяці життя – 1 раз на тиждень; у віці 2-6 міс – 2 рази на місяць; у віці 7-12 міс – 1 раз на місяць; у віці 1-3 років – 1 раз на 2 міс.; в подальшому - 2-3 рази на рік та за індивідуальним графіком. Кардіохірург - за показаннями. Отоларинголог, стоматолог - 2 рази на рік. 2. Методи дослідження: загальний аналіз крові – не рідше ніж 2 рази на рік, контроль пульсу та артеріального тиску під час кожного огляду, термометрія.

Функціональні серцево-судинні проби – за показаннями. Ехокардіографія, електрокардіографія в разі звичайного перебігу патології – 2 рази на рік; у фазі адаптації, при тяжкому перебігу та лікуванні дигоксином – за індивідуальним

планом. Рентгенографія органів грудної клітки на 1-2-му році життя – не рідше ніж 1 раз на рік, далі – 1 раз на 2-2,5 року, за показаннями частіше.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

1. Заняття в школі, група занять фізичною культурою - індивідуально, залежно від тяжкості вади. Школярі без скарг у період компенсації можуть займатися фізичною культурою в спеціальній чи підготовчій групах зі звільненням від участі в змаганнях та спортивних іграх, пов'язаних зі значним фізичним навантаженням, занять на спортивних снарядах. 2. Проведення профілактичних щеплень протипоказано в разі серцевої недостатності. 3. Санаторно-курортне лікування: у санаторій місцевого значення направляють дітей з недостатністю кровообігу 0 чи I ступеня. У другу кліматичну зону – тільки в разі відсутності недостатності кровообігу.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження.

XII. Артеріальна гіпотензія

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану серцево-судинної системи. При кожному огляді - пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії. Оцінка стану мозкового кровообігу Дехокраніографія та інші методи.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Дотримання режиму праці і відпочинку, раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. Призначення фармакологічних препаратів тільки за показаннями і з урахуванням рівня зниження АТ і його постійності. Немедикаментозні засоби та адаптогени. Санація хронічних вогнищ інфекції. Психотерапія. При вторинній артеріальній гіпотензії - лікування основного захворювання. Спеціальна фізкультурна група. При вторинній артеріальній гіпотензії - звільнення від фізичного навантаження. Санаторно-курортне лікування у місцевих кардіологічних санаторіях. Протипоказана праця на сонці. При прогресуючій вторинній гіпотензії індивідуальне навчання.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Зменшення або відсутність ознак артеріальної гіпотензії. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. Педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на 4 місяці з обов'язковим оглядом на період іспитів, за показаннями - частіше. Оториноларинголог, офтальмолог, невролог - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Ендокринолог, інші спеціалісти - за показаннями. ЕКГ, ФКГ, клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ДЕхокраніографія - 1 раз на рік. ЕхоКГ, ДехоКГ - 1 раз на рік, за показаннями - повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ,

серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) та рівень азоту сечовини, креатиніну - 1 раз на рік, за показаннями - повторні. При вторинній артеріальній гіпотензії - обстеження функціонального стану ендокринної системи тощо. Зняття з обліку можливе через 2 роки за умов стійкої нормалізації АТ, відсутності пароксизмального перебігу та ефективного лікування основного захворювання, що привело до вторинної артеріальної гіпотензії.

XIII. Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини

1. Клініко-діагностичні заходи.

Анамнез. Скарги, оцінка загального стану, стану суглобів і серцево-судинної системи (зменшення чи наростання змін з боку суглобового апарату), стану внутрішніх органів та зору. ЕКГ, ФКГ, пульсометрія, за показаннями - повторні. ЕхоКГ, УЗД нирок та черевної порожнини, за показаннями - повторні. Клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА, АЛТ, прямий та непрямий білірубін, азот сечовини, сечовина, креатинін, електроліти), за показаннями - частіше. Аналіз крові на ревматоїдний фактор анти-ДНК, антитіла, антинуклеарний фактор креатинфосфокіназа (за показаннями). Рентгенографія суглобів, органів грудної порожнини - за показаннями. Пункція суглобів - за показаннями. Кісткова денситометрія - за показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками.

2. Лікувально-профілактичні заходи.

Дотримання режиму. Раціональне харчування. Аерація. Вітамінотерапія. Санация хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак мінімальної активності запального процесу та уражень внутрішніх органів і опорно-рухового апарату курси кортикостероїдів, нестероїдних протизапальних засобів, призначення хінолонових препаратів - 12 - 18 міс.), лікування остеопорозу, дисбактеріозу (мультипробіотик, симбітер), продовження базисної терапії, що була призначена в стаціонарі. Профілактика рецидивів (за наявності хронічних вогнищ інфекції) біциліном-5 або бензатинбензилпеніциліном. При ознаках хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) - курси наступних препаратів (серцеві глікозиди - трофічні дози, діуретики, інгібітори АПФ) під контролем ЕКГ та АТ. Лікування артеріальної гіпертензії, ХНД загальноприйнятими методами. Два рази на рік за показаннями призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин). Психотерапія. Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. Фізіотерапевтичні засоби, масаж, ЛФК. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії. ЛФК, при відсутності ознак уражень внутрішніх органів та опорно-рухового апарату, недостатності кровообігу - заняття у спеціальній фізкультурній групі. Вирішення питання щодо організації учбового процесу - індивідуально з урахуванням недостатності кровообігу,

додатковий вихідний день, скорочення тривалості учбового дня. За показаннями індивідуальне навчання.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного нагляду.

Відсутність активності запального процесу. Зменшення порушень опорно-рухового апарату та уражень внутрішніх органів, відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність септичних ускладнень. Адаптація до фізичних навантажень. Постійне диспансерне спостереження. Педіатр, кардіоревматолог - 1 раз на квартал, за показаннями - частіше. Ортопед-травматолог - 1 раз на рік, за показаннями - частіше. За наявності набутої вади серця кардіохірург - 1 раз на рік, за показаннями - частіше. Оториноларинголог, стоматолог - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, дитячий кардіоревматолог 1 раз на 2 тижні. ЕКГ, ФКГ, пульсометрія - 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ЕхоКГ, УЗД нирок та черевної порожнини - 1 раз на рік, за показаннями - повторні. Клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, СРБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА, АЛТ, прямий та непрямий білірубін, азот сечовини, сечовина, креатинін, електроліти) - 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Аналіз крові на ревматоїдний фактор анти-ДНК, антитіла, антинуклеарний фактор, креатинфосфокіназа (за показаннями). Рентгенографія суглобів, органів грудної порожнини - за показаннями. Кісткова денситометрія - за показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками. Дитячим кардіоревматологом з обліку не знімаються, за винятком реактивних артритів через 1 рік за умов стійкої відсутності лабораторних ознак активності запального процесу, клінічних змін з боку суглобів.

При прогресії порушень опорно-рухового апарату та/або уражень внутрішніх органів, серцево-судинної недостатності - стаціонарне лікування у спеціалізованому відділенні обласної дитячої лікарні.

Направлення дітей на санаторно-курортне лікування

Потреба в санаторно-курортному лікуванні визначається лікуючим лікарем відповідно до показань та протипоказань для направлення дітей на санаторно-курортне лікування в санаторно-курортні заклади. На санаторно-курортне лікування направляють дітей віком від 5 до 18 років.

Показання для направлення дітей із захворюваннями органів системи кровообігу на санаторно-курортне лікування

№ з/п	Код за МКХ-10	Нозологічна форма	Термін лікування (дні)
1	I 05.0,1,2;	Ревматизм у неактивній фазі та I ступеня активності	24 - 30

	I 06.0, 1, 2, 8; I 08.0; I 09.0, 1,8	без або з набутою вадою серця, за відсутності ознак недостатності кровообігу	
2	Q 21, Q 25.1, Q 25.3, Q 25.5, I 34, I 35.1, I 36, I 37	Уроджені і набуті вади серця до і не раніше як через 2 - 6 міс. після операційного втручання за відсутності ознак недостатності кровообігу	24 - 30
3	I 33.0, I 51.4	Перенесений інфекційний неревматичний кардит, інфекційний ендокардит, міокардит без ознак активності та за відсутності ознак недостатності кровообігу	24 - 30
4	I 02	Залишкові прояви ревматичного ураження центральної нервової системи (нейроревматизм у вигляді невротичних тиків, ревматична хорея Сіденхема)	24 - 30
5	M 30.3	Синдром Кавасакі без ознак активності та аневризматичних змін	24 - 30
6	M 31.4	Синдром Такаясу без ознак активності	24 - 30
7	I 10	Есенціальна (первинна) гіпертензія не вище I ступеня	24 - 30
8	I 42.7, I 42.8	Вторинна кардіоміопатія за відсутності ознак серцевої недостатності	24 - 30
9	I 95	Артеріальна гіпотензія	24 - 30
10	D 69.8	Геморагічний васкуліт без ознак активності	24 - 30

Протипоказання для направлення дітей із захворюваннями органів системи кровообігу на санаторно-курортне лікування

1. Ревматизм в активній фазі вище I ступеня активності, неревматичний кардит в активній фазі.
2. Уроджені та набуті вади серця за наявності недостатності кровообігу будь-якого ступеня.
3. Серцева недостатність.
4. Органічні і стійкі функціональні порушення ритму серця і провідності з порушенням гемодинаміки.
5. Первинна артеріальна гіпертензія вище I ступеня.
6. Вторинна (симптоматична) артеріальна гіпертензія.
7. Пропалс мітрального (інших) клапана з ознаками клапанної недостатності та ознаками недостатності гемодинаміки.
8. Інфекційний ендокардит в активній фазі будь-якого ступеня з ознаками

недостатності кровообігу.

9. Первинні кардіоміопатії.

в. Матеріали методичного забезпечення заняття

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми, хворих на артеріальну гіпертензію (первинну та вторинну) та гіпотензію?
2. Як проводиться диспансерний нагляд за дітьми з гострою ревматичною лихоманкою;
3. Як проводиться диспансерне спостереження за дітьми з хронічними ревматичними захворюваннями серця?
- iv. Як проводиться диспансерний спостереження за дітьми із запальними ураженнями міокарду в умовах поліклініки
- v. Як проводиться диспансерний спостереження за дітьми з порушеннями ритму серця в умовах поліклініки
- vi. Як проводиться диспансерний спостереження за дітьми із захворюваннями кістково-м'язової системи в умовах поліклініки
7. Як проводиться диспансерний спостереження за дітьми із системними захворюваннями сполучної тканини в умовах поліклініки.
8. Рекомендації з профілактики загострень, режиму, дієти, фізичних навантажень, вакцинації дітей з патологією систем дихання, травлення та кровообігу на амбулаторно-поліклінічному етапі.
9. Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з патологією систем дихання, травлення та кровообігу.
10. Визначення тривалості диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку дітей з патологією систем дихання, травлення та кровообігу
11. Показання і протипоказання щодо санаторно-курортного лікування хворих з патологією систем дихання, травлення та кровообігу

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Дитина, 2 міс, оглянута в поліклініці на прийомі. Народилася від першої вагітності в термін (у I триместрі мати перехворіла на ГРВІ) з масою тіла 2650 г.

Мати відзначає, що дівчинка швидко стомлюється, часто відпочиває під час смоктання, частота дихання до 80 за 1 хв, з'являється ціаноз носогубного трикутника. Привертає увагу задишка при відсутності катаральних явищ і змін у легенях. Межі серця розширені в усі боки, тони приглушені, тахікардія – 160 за 1 хв, вислуховується систолічний шум над верхівкою. Печінка на 3 см, селезінка на 1 см нижче від краю ребрової дуги. На рентгенограмі органів грудної клітки тінь середостіння кулястої форми. Який діагноз відповідає даному випадку?

- Пізній вроджений кардит, НК I-II ступеня.
- Фіброеластоз, НК III ступеня.
- Набутий неревматичний кардит, НК III ступеня.
- Пневмонія з ДН II ступеня.
- Обструктивний синдром.

2. Дитина з алергічним діатезом, 4 років, поступила в стаціонар на 5-й день захворювання на ГРВІ із субфебрильною температурою тіла, скаргами на знижений апетит, млявість, занепокоєння і стогони вночі, дратівливість. Відзначаються напади ціанозу, задишки; дрібнопухирчасті хрипи в легенях, збільшення печінки, пастозність тканин, зниження діурезу. Межі серця розширені помірно, ослаблений верхівковий поштовх, відзначається тахікардія, приглушеність I тону над верхівкою, брадіаритмія. Який з перерахованих симптомів є патогномонічним для набутого неревматичного кардиту?

1. Перенесена ГРВІ.
2. Млявість, стогін уночі.
3. Брадіаритмія.
4. Розширення меж серця.
5. Напади ціанозу.

3. Дитина, 6 років, після перенесеного півроку тому гострого неревматичного кардиту середньої тяжкості з НК I ступеня перебуває на диспансерному обліку в кардіоревматолога. Під час огляду скарг немає, загальний стан задовільний. Межі серця відповідають віковій нормі, тони ритмічні, трохи приглушений I тон над верхівкою. Інші системи без патології. Що з нижче перерахованого не можна проводити в даний час?

- Загальний аналіз крові.
- Реєстрацію ЕКГ.
- Рентгенографію органів грудної клітки.
- Курс лікування кардіотрофічними препаратами.
- Планову ревакцинацію проти кору.

4. Дитина, 12 років, скаржиться на швидку стомлюваність, задишку при фізичному навантаженні. За 2 тиж до огляду дитина перенесла ангіну. Під час огляду бліда, синці під очима. Виявлено розширення лівої межі серця, приглушений I тон над верхівкою, там же вислуховується систолічний шум. Інші системи й органи без змін. Який із клінічних симптомів виключає неревматичний характер ураження серця?

- A. Блідість, синці під очима.
- B. Розширення лівої межі серця.
- C. Приглушеність I тону над верхівкою.
- D. Перенесена ангіна в анамнезі.
- E. Недостатність мітрального клапана.

5. Хлопчик 12 років, який знаходиться на обліку з приводу хронічної ревматичної хвороби серця, недостатності мітрального клапану, після ГРВІ з'явилися задишка і серцебиття при фізичному навантаженні. На який термін слід призначити біцилін даній дитині?

- A. до 25 років
- B. На 1 рік
- C. На 3 роки
- D. на 5 років
- E. до 18 років.

6. Хлопчику 16 років встановлений діагноз есенціальної гіпертензії. Через який проміжок часу можливо зняття пацієнта з диспансерного обліку?

- A. Не знімається
- B. Через 1 рік
- C. Через 3 роки
- D. Через 5 років
- E. Через 5 років після стійкої нормалізації АТ.

7. Дитина 7 років спостерігається з приводу ЮРА, суглобово-вісцелярної форми, поліартриту. Виписаний із стаціонару, де при обстеженні виявлений мінімальний ступінь активності, відсутність ознак прогресування вісцериту. Підтримуюча доза кортикостероїдів 10 міліграм, імунодепресанти не одержує. Визначте можливість і терміни напряму дитини на санаторно-курортне лікування.

- A. Не показане
- B. Показано за умови відміни кортикостероїдів
- C. Показано через 3 міс. після виписки
- D. Показано через 1 рік після виписки
- E. Показано через 1 міс. після виписки

8. У хлопчика 13 років, який страждає на хронічну ревматичну хворобу серця, з'явилися набряки нижніх кінцівок, блювота, акроціаноз. Частота дихань 38 в хвилину, частота серцевих скорочень 120 в хвилину, АТ 100/55 мм. рт. ст. Печінка нижча за реброву дугу на 3 см. Який препарат слід призначити для лікування розвинутого ускладнення?

- A. Дігосин
- B. Еуфілін
- C. Мілдронат
- D. Лідокаїн
- E. Анаприлін.

9. У дівчинки 13 років діагностована системна склеродермія. Який з перерахованих чинників є ризиком прогресування захворювання?

- A. Стрес
- B. Інсоляція
- C. Нерегулярність лікування
- D. Вік
- E. Пол.

10. Дитина 12 років звернулася на прийом до дільничного педіатра зі скаргами на припухлість і болючість суглобів, задишку, підвищення температура тіла. Об'єктивно: колінні і правий гомілковостопний суглоби набрякли, гарячі на дотик, межі серця розширені в поперечнику. Тони серця приглушені, тахікардія, дмухаючий систолічний шум над передсерцевою областю. Який з перерахованих анамнестичних чинників найбільш значимо в розвитку захворювання у дитини?

- A. Часті вірусні інфекції останні 3 роки
- B. Стрес в школі
- C. Перенесена ангіна за 3 тижні до захворювання
- D. Алергія на цитрусові і Пеніцилін
- E. Дізурічні розлади місяць тому

Еталони відповідей: 1 B, 2 D, 3 E, 4 D, 5 A, 6 A, 7 C, 8 A, 9 B, 10 C.

Ситуаційні задачі

Задача 1.

Дівчинка 8 років скаржиться на біль в серці, підвищення температури тіла до 38°, задишка. Об'єктивно ліва межа серця зсунута на 2,5 см, тахікардія,

систолічний шум на верхівці і в 5 точці, у крові лейкоцитів $20 \cdot 10^9/\text{л}$, зсув формули вліво, ШОЕ 18 мм/год.

Завдання:

1. Який можна діагностувати у дитини
2. Які функціональні і лабораторні дослідження треба провести.
3. Складіть план диспансерного спостереження за даним хворим.

Відповідь :

- Інфекційний кардит
- ЕКГ, ФКГ, Ехо-КГ, рентгенографія, КФК-МВ, АСЛО, гостро фазові показники, АСЛО
- Див. зміст теми заняття.

Задача 2.

Дитина 4 міс спостерігається з приводу ПВС (під аортальний дефект між шлункової перетинки з ліво-правим викидом) з народження. Саме перед зверненням до лікаря підвищилась температура тіла до $38,5^\circ\text{C}$, часте рідке випорожнення. Машиною швидкої допомоги дитина була госпіталізована в дитячу інфекційну лікарню з діагнозом гостра кишкова інфекція. На фоні інфузії глюкозо-сольових розчинів стан погіршився. При огляді чергового лікаря стан дитини тяжкий. З'явилась задишка, втягнення міжреберних проміжків, кашель з пінистим мокротинням, ціаноз носо-губного трикутника. Аускультативно – дихання послаблене, дрібно міхурцеві хрипи в між лопатковій ділянці. ЧД 50 за хвилину. Тони серця ясні, 176 уд/хв. Виражен акцент 2 тону на 2-му міжреберному проміжку справа та в 3-му міжребір'ї зліва, вислуховується грубий систолічний шум з епіцентром у 3-4 міжребір'ї зліва. Печінка виступає до 3 см з-під краю реберної дуги.

Питання:

1. Який стан можна діагностувати у дитини?
2. Який діагностичний метод потрібно використати для при проведенні диференційної діагностики при підтвердженні клінічного діагнозу?
1. Яка невідкладна допомога

Еталон відповіді:

- ПВС. ДМШП, під аортальний. Гостра лівошлункова недостатність.
- Рентгенограму органів грудної порожнини .
- 1). Оксигенотерапія через 10% спиртовий розчин
- 2). 1% р-н лазиксу 1-2 мг/кг в/в струйно
- 3). 0,5% р-н седуксену в/в
- 4). 3% р-н преднізолону
- 5). Добутамін 3-5 мкг/кг в/в

- 6). Дигоксин 0.01 мг/кг/добу
- 7). Консультація кардіохірурга

Задача 3.

У дитини 6 місяців на фоні ГРВІ відмічається порушення серцевого ритму у вигляді тахіаритмії з ЧСС- 150 в 1 хв, екстрасистолії (5-6 в 1 хв). При огляді дитина квола, бліда. Межі серця зміщені вліво на +2,5 см від лівої соскової лінії. В легенях пuerильне дихання. Печінка+1,5см. Діурез не змінений.

Питання:

1. Поставте попередній діагноз.
2. Чи потрібно призначати протиаритмічні препарати?

Еталон відповіді:

1. Неревматичний кардит.
2. Ні, лікування основного захворювання.

У дитини 5 років, яка спостерігається педіатром з приводу природженої вади серця –тетради Фалло після оперативного лікування (пластики дефекту міжшлуночкової перетинки) відмічається виражена аритмія, брадікардія з ЧСС-58 в 1 хв, кволість, напади слабкості.

Питання:

1. Про яке ускладнення треба думати?
2. Яка тактика подальшого лікування?

Еталон відповіді:

1. Розвиток повної AV блокади III ступеня.
2. Імплантація кардіостимулятора.

Задача №4

Дівчинка 13 років почала часто скаржитися на погане самопочуття, майже постійно спостерігається субфебрильна температура, яка не знижується після прийому жарознижуючих засобів.

З анамнезу відомо, що вагітність і пологи протікали нормально, часто хворіла на ГРВІ, неодноразово спостерігалася синдром крупу в ранньому віці, до 3-х років - тимомегалія. Перенесла вітряну віспу в 5 років, без ускладнень, щеплена за віком, в 6 місяців після щеплення АКДС була гіпертермія, що супроводжувалася нападом клоніко-тонічних судом. Вчиться в школі, часто втомлюється.

Дані об'єктивного огляду: правильної статури, температура тіла 37.90с, на переніссі і скуластих дугах є симетрично розташовані папульозні висипання, що зливаються. Суглоби не змінені. У легенях дихання везикулярне. ЧД 18 в хв. Межі відносної серцевої тупості серця - по правій парастернальній лінії, верхня - II ребро, ліва - на 0.5 см зовні від середньо-ключичної лінії, ЧСС 90 ударів в

хвилину, тони серця приглушені, шум систолічний займає 2/3 сістоли, проводиться на аорту. Живіт м'який, печінка виступає на 3 см з-під ребра по середньо-ключичній лінії. Симптом Пастернацкого позитивний з обох боків, сеча кольору «м'ясних помиїв». Стілець нормальний. З боку нервової системи патології не виявлено.

- Який Ваш діагноз.
- Які обстеження можуть підтвердити діагноз?
- Якими лікарськими препаратами можна знизити температуру?
- Принципи лікування даного захворювання.
- Прогноз.

Еталон відповіді:

1. Системний червоний вовчак. Обґрунтування: підгострий період, температура не знижується жарознижуючими засобами, наявність «Вовчакового метелика», міокардиту, нефриту.

2. Виявлення LE кліток, антинуклеарного чинника, ревматоїдного чинника, прискорене ШОЕ, підвищення С-реактивного білка.

3. Глюкокортикоїдами, що характерні для лихоманки при всіх дифузних хворобах сполучної тканини.

4. Лікування етапне. У гострому періоді - стаціонар, потім хворий спостерігається в диспансері. У основі лікування лежить зниження активності патологічного процесу, відновлення функцій уражених органів глюкокортикоїдами, цитостатики, плазмоферез, симптоматичне лікування. Після досягнення ремісії проводять курси протирецидивного лікування.

5. При своєчасному лікуванні, як правило, досягається ремісія, надалі, за умов правильного ведення хворого, тривалість життя - 5-10 років, але можливо і більше. За відсутності лікування прогноз несприятливий.

Задача №5

До лікаря звернулася хвора 12 років з болями в суглобах, нездужанням, підвищення температури тіла до 39 °С, м'язова слабкість. Після нанесення травми суглобу амбулаторно отримувала фізіотерапію: УФО та УВЧ. Гепатомегалія. Потім стан різко погіршився : з'явився ерітематозний висип на обличчі.

1. Який Ваш попередній діагноз?
2. Який параклінічний критерій підтвердить діагноз?

Еталон відповіді:

[На початок документа](#)

- LE- СЧВ.
- клітини в крові.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для
формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворого з патологією системи кровообігу	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	На основі об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз захворювання системи кровообігу
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок з патологією системи

			а кровообігу
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожен його складову.
3	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1. Оцінити дані загального аналізу крові. 2. Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження дітей патологією системи кровообігу, давати інтерпретацію отриманих результатів -
4	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Рентгенографії органів грудної клітки та УЗД, денситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки остеопорозу, синовіту, кардиту, наявності рідини, тощо.
5.	Провести диференційну діагностику.	1. Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів. 4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз.
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Сформулювати остаточний клінічний діагноз. • На підставі попереднього діагнозу, аналізу 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, що супроводжуються патологією системи кровообігу, сформулювати клінічний

		даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу.	діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
7.	Призначити лікування пацієнту	1. Призначити немедикаментозне лікування. 2. Призначити медикаментозне лікування	Визначати групи препаратів для профілактики загострень захворювань системи кровообігу. Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно захворюванню. Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання
8	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми з патологією системи кровообігу.	17. Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями; 18. Оцінюють стан дитини на момент огляду; 19. Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати; 20. Формулюють діагноз; 21. Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень; 22. Визначають групу по фізкультурі, групу інвалідності; 23. Вирішують питання вакцинації; 24. Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку.	Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план диспансерного нагляду за дітьми з патологією системи кровообігу. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)
9	Визначити показання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи кровообігу.	Сформулювати показання та протипоказання щодо санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи кровообігу.	Оформити санаторно-курортну карту (форма 077/о).

Граф логічної структури теми: "Диспансерне спостереження за дітьми з кардіоревматологічною патологією в поліклініці" (Прохоров Є.В., 2008)

Частота клінічних оглядів	ЮРА	Системні васкуліти	СЧВ, ССД, ДМ	Ессенціальна гіпертензія	Гіпотензія	Порушення ритму серця
	1 раз на 3 місяці			1 р на рік за відсутності ускладнень, 1 р в 3 міс при ускладненнях	1 р у 4 міс.	1 р в 3 міс. - рік, потім 1 р в 6 міс.

Частота клінічних оглядів	Хронічна ревматична хвороба серця	Неревматичний кардит (хронічний перебіг)	Кардіоміопатії
Частота додаткових обстежень	Гострофазові показники, титр АСЛО, ЕКГ – 2 рази на рік. ЕХОКГ – 1 раз на рік	Кл. ан. крові, сечі, ЕКГ, ЕХОКГ – 2 р в рік Острофазові показ. – 1 р в рік	Кл. ан. крові, сечі, ЕКГ, ЕХОКГ – 2 р в рік Гострофазові показники – 2 р на рік
Лікувальні заходи	Кардіотрофічна, вітамінотерапія – 2 рази на рік	кардіотрофіки 2 р в рік, вегетотропн, седативні – за показаннями	кардіотрофіки 2 р в рік
Профілактичні заходи	Біцилінопрофілактик а. до 18 років Санация вогнищ хр. інфекції. При ГРВІ - антибіотики + НПЗП (10-14 днів)	Санация вогнищ хр. інф., при стрептококовій інф. - біцилінопрофілактик а, при ГРВІ антибіотики + НПЗП.	Санация вогнищ хр. інф., вторинна профілактика інф. ендокардиту, при ГРВІ антибіотики
Тривалість спостереження	До 18 років	До 18 років	Первинні – постійно. Вторинні – 1 рік
Терміни санкур. лікування	У неактивній фазі	За відсутності клініко-лабор. активності	
Частота	Кл. ан. крові, сечі, ЕКГ,	Кл. ан. крові,	Кл. ан. Кл. ан.

додаткових обстежень	ЕхоКГ, Гострофазови показ. тощо - по показанням			сечі, ЕКГ, - 2 р на рік, ЕхоКГ, УЗД нирок - 1 р на рік, очне дно при кожн. оляді. Гострофазові та показ. азотемії - 1 р в рік	крові, сечі, ЕКГ, – 2 р за рік ЕхоКГ – 1 р за рік Гострофазови та показ. азотемії – 1 р за рік	крові, сечі, ЕхоКГ - 2 р на рік. Гострофазові - 1 р в рік, ЕКГ при кожному огляді
Лікувальні заходи	Глюкокортикоїди, НПВП, продовження базисної терапії, лікування остеопорозу, симптоматичне лікування (серцеві глікозиди, інгібітори АПФ, діуретики). Кардіомегаболіти - 2 р за рік. Психотерапія, фізіотерапія, масаж, ЛФК			Режим праці і відпочинку, гіпотензивні препарати (в-блокатори, інгібітори АПФ і ін. Седативні, фіто- і психотерапія	Режим праці і відпочинку , вітамінотерапія, немедикаментозні і адаптогени.	Антиаритмічні препарати - за показання. Кардіотрофіки 2 р на рік, вегетотропні, седативні - за показанням
Профілактичні заходи				Санація вогнищ хр. інф.,	Санація вогнищ хр. інф.	Санація вогнищ хр. інф.,
Тривалість спостереження	Постійно	Постійно	Постійно	Постійно. У випадках стійкої нормалізації АТ, за відсутності органів-мішеней - через 2 роки	При стійкій нормалізації АТ - через 2 роки	При стійких ПРС – постійно, при нормалізації ритму - 2 роки
Терміни сан-кур. лікування						За відсутності сикопальних станів, пароксизмальних розладів ритму, серцевої недостатності

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію патології системи кровообігу у дітей	Перерахувати основні етіологічні фактори патології системи кровообігу у дітей
Вивчити патогенез патології системи кровообігу у дітей	Виділити ключові ланки патогенезу даних захворювань
Вивчити клінічні прояви патології системи кровообігу у дітей	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу поставити імовірний діагноз захворювань системи кровообігу у дітей
Вивчити діагностичні критерії захворювань системи кровообігу у дітей	Скласти структурну схему захворювань, при яких розвивається патологія системи кровообігу у дітей
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для патології системи кровообігу у дітей зміни даних додаткових методів дослідження	Скласти план обстеження захворювань системи дихання у дітей та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз захворювань системи кровообігу у дітей
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого з патологією системи кровообігу у дітей	Визначити лікувальну тактику при патології системи кровообігу у дітей
Визначити схему диспансерного спостереження за хворим з патологією системи кровообігу	Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого і визначити прогноз при патології системи кровообігу у дітей
Визначити показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи кровообігу	Перерахувати показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією системи кровообігу

VI ЛІТЕРАТУРА

Основна:

- Педіатрія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації./ За ред. Проф. О.В. Тяжкої. Видання друге. – Вінниця. Нова книга. – 1096 с.
- Медицина дитинства /За ред. П.С. Мощича. Київ: Здоров'я. – 1994. Томи I – IV.
- Гришко В.Г. Диспансеризація і реабілітація хворих дітей на амбулаторно – поліклінічному етапі. Методичні рекомендації. – Вінниця. – 2005. – 52с.
- Наказ МОЗ України №434 від 29.11.2002 «Про удосконалення амбулаторно – поліклінічної допомоги дітям в Україні»
- Протокол діагностики та лікування гострої ревматичної лихоманки у дітей. Наказ МОЗ України №362 від 19.07.2005; Хронічних ревматичних захворювань серця у дітей.
- Протокол діагностики та лікування хвороб, що характеризуються підвищеним кров'яним тиском у дітей (Наказ МОЗ України №362).
- Первинна артеріальна гіпертензія у дітей і підлітків /Майданник В.Г., Москаленко В.Ф., Коренєв М.М. та ін. /За ред. В.Г. Майданника та В.Ф. Москаленка. – К., 2006. – 389 с.
- Резніченко Ю.Г., Леженко Г.О., Омельченко Л.І. Диференційна діагностика суглобового синдрому та дифузних хвороб сполучної тканини у дітей (навчально-методичний посібник для викладачів та студентів VI курсу медичного факультету, що навчаються за фахом «Педіатрія»).- Запоріжжя: Просвіта, 2011.-120 с.
- Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г., Компанієць В.М., Каменщик А.В. Гиря О.М. Госпітальна педіатрія. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань системи кровообігу у дітей. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах. (Навчально-методичний посібник для викладачів та студентів 6 курсу медичного факультету). - Запоріжжя: Просвіта, 2011.-148 с.
- Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г., Компанієць В.М., Пашкова О.Є. Госпітальна педіатрія. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань органів дихання у дітей. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах. Навчально-методичний посібник для викладачів та студентів VI курсу медичного факультету.- Запоріжжя: Просвіта, 2011.-156 с.
- Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г., Пашкова О.Є, Гиря О.М. Кардіологія дитячого віку (навчально-методичний посібник для викладачів та студентів VI курсу, які навчаються за фахом «педіатрія»): Навчально-методичне

видання.- Запоріжжя, 2012.-380 с.

Додаткова:

1. Кисляк О.А. Артериальная гипертензия в подростковом возрасте. – М., Миклош, 2007. – 288с.
2. Кардіологія дитячого та підліткового віку (вибрані питання)/ За ред. проф. С.С. Казак. – Донецьк.:2004, - 204 с.
3. Детская кардіоревматологія: Уч.посobie /В.С. Приходько, М.А. Гончарь, Я.Е. Лысиков и др.; Под ред. В.С. Приходько.-К.: Здоров'я, 2005.-520 с.

Тема 53. Особливості медичного спостереження за дітьми з патологією сечової системи.

Планування обстеження дітей с патологією сечової системи на дільниці. Визначення тактики ведення. Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми с патологією сечової системи. Показання до санаторного лікування.

I.Актуальність теми.

У структурі захворюваності дітей друге місце після хвороб органів дихання займають захворювання органів сечової системи, поширеність яких складає 19,1% в Україні. Актуальність та соціальна значущість проблеми реабілітації дітей із захворюваннями нирок обумовлена значною поширеністю даної патології, високим відсотком інвалідизації, несприятливим впливом на зростання і розвиток дитини. В даний час досягнуті певні успіхи в медикаментозному лікуванні нефрологічних захворювань у дітей. Від уміння вчасно встановити попередній діагноз і визначити тактику ведення хворого на педіатричній ділянці, організувати диспансерне спостереження за дітьми з патологією сечової системи залежить прогноз хвороби.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

- Студент повинен уміти : б1
- Визначити частоту оглядів педіатра і/або нефролога, ендокринолога та гематолога дітей з патологією сечової системи.
- Уміти скласти план клініко-діагностичних заходів при диспансерному спостереженні за хворими з патологією сечової системи.
- Уміти скласти план лікувальних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією сечової системи;
- Визначити частоту і характер протирецидивного лікування хворих з патологією сечової.
- Визначити необхідність і терміни проведення додаткових обстежень хворим з патологією сечової.
- Уміти скласти частоту виникнення ускладнень, найближчого та віддаленого прогнозу при патології сечової системи у дітей;
- Визначити характер дієти і терапії після випису зі стаціонару дітей з патологією сечової системи.
- Визначити показання і терміни санаторно-курортного лікування дітей з патологією сечової.
- Визначити можливість і критерії зняття з обліку дітей з патологією сечової

системи.

2.Студент повинен знати: б2

- Методи оцінки стану у дітей з патологією сечової системи.
- Захворювання соматичного та інфекційного генезу, що супроводжуються ураженням сечової у дітей.
- Клінічні симптоми, які свідчать про системну патологію, що супроводжується ураженням сечової системи.
- Принципи лікування хворих з патологією сечової системи
- Визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих з патологією сечової системи.
- Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з патологією сечової системи
- Показання та протипоказання до санаторного лікування дітей з патологією сечової системи.

3.Студент повинен оволодіти: б3

Навичками:

34. Збирання скарг та анамнезу захворювання;
35. Обстеження хворих з патологією сечової, ендокринної та кровотворної системи, проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
36. Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
37. Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);
38. Визначити тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
39. Призначати комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень захворювань сечової системи у дітей;
40. Визначати кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
41. Визначати плану профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з патологією сечової системи;
42. Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку дітей з патологією сечової системи.
43. Визначати показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією сечової системи у дітей

Вміннями:

- 1.2.28 Призначати обстеження хворим з патологією сечової системи .
- 1.2.29 Призначати лабораторне обстеження дітям з патологією сечової системи та трактувати показники отриманих даних.
- 1.2.30 На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз
- 1.2.31 Складати алгоритм диференційної діагностики хворих з патологією сечової, ендокринної та кровотворної системи у дітей різних вікових груп.
- 1.2.32 Визначати групи препаратів для лікування дітей з патологією сечової системи.
- 1.2.33 Виділяти фактори ризику прогресування патології сечової системи
- 1.2.34 Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми з патологією сечової системи.
- 1.2.35 Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)
- 1.2.36 Оформляти санаторно-курортну карту (форма 077/о).

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при контакті з пацієнтом з патологією сечової системи та його батьками;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги хворому з патологією сечової системи.

IV. Зміст теми заняття може бути представленим:

ДИСПАНСЕРНИЙ НАГЛЯД ЗА ДІТЬМИ З ПАТОЛОГІЄЮ СЕЧОВОЇ СИСТЕМИ:

1. Гострий нефритичний синдром. Ізольована протеїнурія (гострий гломерулонефрит нефритичний синдром, ізольований сечовий синдром).

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд. 2. Загальний аналіз крові - 1 р. на місяць. 3. Загальний аналіз сечі - 1 р. на 10 дн., аналіз сечі за Нечипоренком - 1 р. на 14 дн., визначення добової протеїнурії - 1 р. на місяць, проба за Зимницьким - 1 р. на квартал. 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові - 1 р. на квартал. 5. Визначення артеріального тиску. 6. Огляд спеціалістами: ЛОР, офтальмолог, при необхідності - іншими спеціалістами 7. Постійне спостереження нефрологом

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія: стіл N 5 2. Постгоспітальне лікування згідно рекомендацій стаціонару: - мембраностабілізатори, - препарати амінохінолінового ряду 3. Санація хронічних вогнищ інфекції 4. Планове обстеження в стаціонарі на 6, 12 місяці від початку захворювання, потім - щорічно 5. Школа вдома. 6. Профщеплення згідно загального графіку.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Зворотний розвиток: відсутність екстраренальних симптомів, покращання або відсутність сечового синдрому. 2. Відсутність ефекту та прогресування сечового синдрому, виникнення чи зростання ознак порушення функції нирок. 3. Диспансерне спостереження (обстеження в нефрологічному відділенні) на першому році - один раз на 6 місяців, другому та третьому - 1 раз на рік. При стійкій клініко-лабораторній ремісії протягом 3 років - зняття з обліку.

II. Нефротичний синдром. Спадкова нефропатія. Алергічна пурпура (з переважним враженням нирок).

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. Загальний аналіз крові - 1 р. на тиждень або місяць 3. Загальний аналіз сечі - 1 р. на 5 дн., аналіз сечі за Нечипоренком - 1 р. на 7 дн., визначення добової протеїнурії - 1 р. 5 - 7 дн., Зимницьким - 1 р. на місяць 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові, загальний білок сироватки крові - 1 р. на 1 - 3 місяці 5. Визначення артеріального тиску. 6. Огляд спеціалістами: ЛОР, офтальмолог, за необхідності - іншими спеціалістами 7. ЕКГ, УЗД.

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія: стіл N 5 2. Постгоспітальне лікування згідно рекомендаціям стаціонару: - кортикостероїди - цитостатики - далагіл (в підтримуючих дозах) - антиагреганти - антикоагулянти - інгібітори АПФ 3. Щоквартальне обстеження в нефрологічному стаціонарі (на фоні лікування підтримуючими дозами препаратів), двічі на рік після їх відміни, щорічно - в подальшому 4. Школа вдома, після відміни препаратів - відвідання школи в міжепідемічний період 5. Санація хронічних вогнищ інфекції

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Зворотній розвиток: 2. Повна ремісія відсутність екстраренальних симптомів, покращання або відсутність сечового синдрому. 3. Часткова ремісія (покращання сечового синдрому, повна або часткова ліквідація екстраренальних проявів) 4. Перехід в хронічну форму (ранній рецидив, часткова ремісія) 5. Відсутність ефекту та прогресування сечового синдрому, виникнення чи

зростання ознак порушення функції нирок. 6. Формування ХНН. 7. З диспансерного нагляду не знімається. Обстеження в стаціонарі в період патогенетичного лікування кожні 3 місяці. Після відміни препаратів на першому році огляд 1 раз на 6 місяців, в подальшому - 1 раз на рік. 8. З диспансерного обліку не знімається. 9. Обстеження в стаціонарі 1 раз на рік.

III. Рецидивна та персистувальна гематурія. Ізольована протеїнурія. Ураження внаслідок ниркової тубулярної функції (токсикоалергічна нефропатія; дизметаболічна алергія; спадковий нефрит; синдром Альпорта без нефротичного синдрому; інтерстиціальний нефрит).

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. Загальний аналіз крові - 1 р. на місяць 3. Загальний аналіз сечі - 1 р. на 10 дн., аналіз сечі за Нечипоренком - 1 р. на 14 дн., визначення добової протеїнурії - 1 р. на місяць, Зимницьким - 1 р. на 3 місяці 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові, загальний білок сироватки крові - 1 р. на 1 - 3 місяці 5. Визначення артеріального тиску 6. Огляд спеціалістами: ЛОР, офтальмолог - при необхідності 7. іншими спеціалістами 8. Постійне спостереження нефрологом 9. ЕКГ, УЗД 10. Аудиометрія щорічно (при синдромі Альпорта)

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія. 2. Санація вогнищ інфекції. 3. Корекція кристалурії (алопуринол, цистон, фітолізин тощо). 4. Корекція кислотно-лужного стану (мінеральні води, соляна кислота тощо). 5. Мембраностабілізатори та препарати амінохінолінового ряду згідно рекомендаціям стаціонару. 6. Обстеження в стаціонарі щорічно. 7. Загальний режим.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Ліквідація сечового синдрому, збереження протягом року нормальних аналізів. Збереження сечового синдрому. 2. Перехід у конкретну нозологічну форму, інші нозології.

IV. Хронічна ниркова недостатність.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. Загальний аналіз крові - 1 р. на 7 дн. 3. Загальний аналіз сечі - 1 р. на 10 дн., аналіз сечі за Нечипоренком, Зимницьким - 1 р. на місяць 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові, електролітів - 1 р. на місяць 5. Визначення артеріального тиску 6. Огляд спеціалістами: ЛОР, офтальмолог, при необхідності - іншими спеціалістами 7. Постійне спостереження нефрологом 8. ЕКГ, УЗД

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія, режим з обмеженнями. 2. Протианемічна терапія. 3. Дезінтоксикаційна терапія. 4. Гіпотензивна терапія. 5. Ентеросорбенти (активоване вугілля, ентеросгель, пектини тощо). 6. Корекція Са-Р обміну. 7. Корекція кислотно-лужного стану. 8. Антигеморагічна терапія. 9. Санація вогнищ інфекції. 10. Обстеження в стаціонарі 1 раз на 3-6 місяців. 11. Рекомендовано організувати навчальний процес в домашніх умовах або відвідувати школу за індивідуальним розкладом, зі звільненням від фізкультури, додатковими 1-2 вихідними днями.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Тривалість додіалізного періоду та рівень соціальної адаптації 2. З диспансерного обліку не знімається. 3. Обстеження в стаціонарі 1 раз на 3-6 місяців.

Пацієнти повинні бути щеплені проти гепатиту В (у подвійній дозі – 40 мкг в/м для дітей старше 10 років, 20 мкг – для дітей до 10 років – 0,1,2,6 місяців). Під час діалітичних процедур показані щеплення проти грипу щорічно та планові - проти дифтерії та правця, а також проти бактеріальних респіраторних інфекцій (бронхомунал, рибомуніл).

V. Гострий тубулоінтерстиціальний нефрит. Хронічний тубулоінтерстиціальний нефрит.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. Загальний аналіз крові - 1 р. на 5 - 7 дн. 3. Загальний аналіз сечі - 1 р. на 5 дн., аналіз сечі за Нечипоренком - 1 р. на 7 дн. 4. Проба за Зимницьким - 1 р. на 14 дн. 5. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові, загальний білок сироватки крові - 1 р. на 7 - 10 дн. 6. Посів сечі на флору та чутливість до антибіотиків 7. УЗД, ЕКГ 8. Екскреторна, мікційна цистограма за показниками 9. Огляд спеціалістами: уролог, при необхідності - іншими 10. Визначення артеріального тиску 11. Постійне спостереження нефрологом

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія. 2. Антибактеріальна терапія в проф. режимі. 3. Фітотерапія (трави з уросептичним ефектом). 4. Загальний режим з обмеженням фізичних навантажень. 5. Щорічне обстеження в умовах стаціонару. 6. Санація хронічних вогнищ інфекції.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Повна ремісія: відсутність екстраренальних ознак, сечового синдрому та асимптоматичної бактеріурії. 2. Часткова ремісія та латентний перебіг: відсутність клінічних ознак чи наявність неспецифічного симптомокомплексу інтоксикації чи бактеріурії 3. Рецидивуючий перебіг: чергування повної ремісії чи загострень 4.

Прогресування: розвиток парціальної ниркової недостатності з подальшим формуванням ниркової недостатності. 5. При стійкій клініко-лабораторній ремісії та нормалізації функції - зняття з обліку через 3 роки.

VI. Спадкова нефропатія. Тубулоінтерстиціальні ураження нирок при порушенні обміну речовин. Ураження внаслідок ниркової тубулярної функції. Нефрогенний нецукровий діабет. Поліурія. Глюкозурія.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд 2. Загальний аналіз крові. 3. Загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком - 1 р. на 14 дн., визначення добової протеїнурії, добова глюкозурія, ортостатична проба, проба за Зимницьким - 1 р. на квартал. 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові, електролітів - 1 р. на квартал. 5. ЕКГ, УЗД 6. Огляд спеціалістами: ЛОР, офтальмолог, кардіолог, ендокринолог - при необхідності. 7. Визначення антропометричних даних. 8. Визначення артеріального тиску. 9. Постійне спостереження нефрологом.

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія. 2. Корекція кислотно-лужного стану (мінеральні води, соляна кислота тощо). 3. Вітамінотерапія. 4. Симптоматична терапія (мембраностабілізатори, делагіл). 5. Дезінтоксикаційна 6. терапія (сорбенти та інші). 7. Замісна хронічна терапія 8. Режим з обмеженням фізичних навантажень. 9. Щорічне обстеження в умовах стаціонару. 11. Санація вогнищ інфекції.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Тривалість додіалізного періоду. 2. Рівень фізично-розумового розвитку. 3. Компенсація електролітного обміну. 4. Відсутність формування конкрементів у сечових шляхах. 5. З диспансерного обліку не знімається. 6. Обстеження в стаціонарі 1 раз на рік.

VII. Гломерулярні порушення при хворобах крові та імунних порушеннях. Гемолітично-уремічний синдром.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд. 2. Загальний аналіз крові, тромбоцити, ретикулоцити - 1 р. на 10 дн., тривалість та час кровотечі - 1 р. на місяць. 3. Загальний аналіз сечі - 1 р. на 7 дн., аналіз сечі за Нечипоренком - 1 р. на 14 дн., визначення добової протеїнурії - 1 р. на 14 дн., проба за Зимницьким - 1 р. на місяць. 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові, загальний білок сироватки крові, коагулограма, загальний білок сироватки крові, печінкові проби - 1 р. на 6 місяців. 5. ЕКГ, УЗД. 6. Екскреторна урографія, мікційна цистограма. 7. Огляд спеціалістами: ЛОР, гематолог - при необхідності. 8. Визначення артеріального тиску. 9. Постійне спостереження нефрологом

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія. 2. Фітотерапія (трави з гемостатичним ефектом). 3. Постсиндромна терапія: антикоагулянти, антиагреганти, делагіл, протианемічні препарати, сорбенти, інгібітори АПФ - за рекомендаціями стаціонару. 4. Домашній режим або обмеження фізичних навантажень. 5. Щорічне обстеження в умовах стаціонару. 6. Санація вогнищ інфекції.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Повна ремісія: відсутність екстраренальних ознак захворювання та сечового синдрому. Відсутність ефекту - формування ХНН. 2. З диспансерного обліку не знімається. 3. Обстеження в стаціонарі 1 раз на рік.

VIII. Гіпертензивна (гіпертонічна) хвороба з переважним ураженням нирок. Реноваскулярна гіпертензія.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд. 2. Загальний аналіз крові. 3. Загальний аналіз сечі, аналіз сечі за Нечипоренком, визначення добової протеїнурії - 1 р. на місяць, проба за Зимницьким - 1 р. на квартал. 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові. 5. ЕКГ, УЗД. 6. Огляд спеціалістами: кардіолог, 7. офтальмолог, невропатолог, при необхідності - іншими 8. Визначення артеріального тиску 2 - 3 р. на день. 9. Постійне спостереження нефрологом

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія. 2. Гіпотензивні препарати. 3. Діуретики. 4. Симптоматична терапія (мембраностабілізатори, каліотропні препарати за показниками). 5. Щорічне обстеження в умовах стаціонару 6. Режим з обмеженням фізичних навантажень. 7. Санація вогнищ інфекції.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Контрольована гіпертензія. 2. Злоякісна гіпертензія. 3. З диспансерного обліку не знімається. 4. Обстеження в стаціонарі 1 раз на рік.

IX. Рецидивна та персистувальна гематурія. Хронічний нефритичний синдром. Спадкова нефропатія. Хронічний гломерулонефрит (сечовий синдром, гематурична форма) Гломерулярні порушення при: 1. системному червоному вовчакові 2. геморагічному васкуліті 3. спадковому нефриті 4. хронічному гепатиті 5. вузликовому полі артеріїті.

1. Клініко-діагностичні заходи

1. Клінічний огляд. 2. Загальний аналіз крові - 1 р. на місяць. 3. Загальний аналіз сечі - 1 р. на 7 дн., аналіз сечі за Нечипоренком - 1 р. на 14 дн., визначення добової протеїнурії - 1 р. на 10 дн., ортостатична проба, проба за Зимницьким - 1 р. на квартал. 4. Визначення креатиніну та сечовини сироватки крові, загальний білок сироватки крові - 1 р. на квартал. 5. ЕКГ, УЗД. 6. Визначення артеріального

тиску. 7. Огляд спеціалістами: ЛОР, офтальмолог, при необхідності - іншими спеціалістами. 8. Постійне спостереження нефрологом.

2. Лікувально-профілактичні заходи

1. Дієтотерапія. 2. Санація вогнищ інфекції. 3. Симптоматична патогенетична та протисклеротична терапія згідно рекомендаціям стаціонару (кортикостероїди, цитостатики, антикоагулянти, антиагреганти, нестероїдні протизапальні препарати, інгібітори АПФ, кардіо- та гепатотропні препарати - за показниками). 4. Режим з обмеженням фізичних навантажень. 5. Щорічне обстеження в умовах стаціонару.

Критерії ефективності лікування. Тривалість диспансерного спостереження.

1. Повна ремісія: ліквідація екстраренальних ознак, сечового синдрому та 2. Часткова ремісія: ліквідація екстраренальних ознак при збереженні сечового синдрому. 3. Прогресування: приєднання набряків, гіпертензія, біохімічних змін, формуванням хронічної ниркової недостатності. 4. З диспансерного обліку не знімається. 5. Обстеження в стаціонарі 1 раз на рік.

XI. Цистит. Пієлонефрит. Інтерстиційний нефрит.

При досягненні ремісії хворий обстежується в умовах нефрологічного стаціонару (кабінету) щорічно, амбулаторно - оглядається педіатром 1-2 рази на місяць в перший рік та щоквартально в наступному (при можливості - нефрологом не рідше 1 разу в 6 місяців). Під час огляду звертається увага на регулярність обстеження у ЛОР, стоматолога, гінеколога, уролога (бажано - 1 раз в 6 місяців); дотримання рекомендацій стаціонару; загальний стан та фізичний розвиток дитини; адекватність питного режиму; артеріальний тиск; наявність сечового синдрому; функціональний стан нирок; виникнення побічних ефектів та ускладнень терапії; усунення чинників, що провокують погіршення стану (хронічні вогнища інфекції, інсоляції, ГРВІ, стреси, переохолодження); психологічну реабілітацію, профорієнтацію підлітків; профілактику небажаних статевих контактів.

Після завершення програми лікування розширюється режим – дозволяється відвідання школи (при хронічному ПН, ІН - в міжепідемічний період та при сприятливій метеобстановці) зі звільненням від фізкультури або обмеженням занять на снарядах, на вулиці в холодну пору року. Дошкільнятам не рекомендується постійне відвідання дитячих колективів у зв'язку з ризиком приєднання дитячих та вірусних інфекцій, що можуть спровокувати рецидив ПН та ІН.

Можливе лікування в умовах місцевих нефрологічних санаторіїв в період ремісії (загально-зміцнюючий ефект).

За необхідності лікування інтеркурентних інфекцій, соматичної патології слід пам'ятати про нефротоксичність препаратів і обмежуватися необхідним мінімумом медикаментів.

Вакцинація проводиться за графіком профілактичних щеплень, але не раніше ніж через місяць від початку ремісії з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та, в деяких випадках, антигістамінних препаратів (5-7 днів напередодні і після вакцинації). Реакція Манту – за графіком.

Збереження стійкої ремісії протягом 1 року при циститі, 3 років при гострому ПН і 5 – при хронічному ПН і ПН дозволяє констатувати одужання.

Показання для направлення дітей із хворобами нирок та сечових шляхів на санаторно-курортне лікування

№ з/п	Код за МКХ-10	Нозологічна форма	Термін лікування (дні)
1	N 03	Хронічний гломерулонефрит без ниркової недостатності в стадії стійкої клініко-лабораторної ремісії	24
2	N 11, N 30	Хронічний пієлонефрит або цистит, повна ремісія, функція нирок збережена	24
3	N 20 - N 21	Сечокам'яна хвороба, не раніше ніж через 3 місяці після загострення або оперативного втручання	24
4	N 28	Інші хронічні захворювання нирок I - II стадій поза активними проявами	24

Протипоказання для направлення дітей із хворобами нирок та сечових шляхів на санаторно-курортне лікування

1. Гломерулонефрит, інтерстиціальний нефрит, люпус-нефрит в активній фазі та поза активними проявами для курортів з питними лікувальними водами (N 02, N 03, N 11).

2. Порушення уродинаміки, що вимагають хірургічного втручання (N 11.1, N 13).

3. Хронічна ниркова недостатність I - IV стадій (N 18).

V. Матеріали методичного забезпечення заняття Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Диспансерне спостереження хворих з гострим гломерулонефритом в умовах поліклініки
2. Диспансерне спостереження хворих з гострим пієлонефритом в умовах поліклініки
3. Диспансерне спостереження хворих, що перенесли гостру ниркову недостатність
4. Диспансерне спостереження хворих з хронічним і вторинним гломерулонефритом
5. Диспансерне спостереження хворих з хронічним пієлонефритом
6. Диспансерне спостереження дітей з дизметаболическими нефропатіями.
7. Рекомендації з профілактики загострень, режиму, дієти, фізичних навантажень, вакцинації хворих з патологією сечової системи на амбулаторно-поліклінічному етапі.
8. Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з патологією сечової системи.
9. Визначення тривалості диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку дітей з патологією сечової системи.
10. Показання і протипоказання щодо санаторно-курортного лікування хворих з патологією сечової системи.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. У дівчинки 1,5 років після переохолодження наголошується підвищення температури тіла до 38,8°C. При огляді шкірні покриви бліді, пастозність м'яких тканин нижніх кінцівок. Дихання через ніс вільне. Тони серця ритмічні, прискорені, декілька приглушені. Живіт при пальпації помірно болючий. Печінка на 1,5 см нижча за край ребрової дуги. Сечовипускання прискорені, болезненні, малими порціями. Сеча каламутна. Дитина направлена на госпіталізацію з попереднім діагнозом інфекція сечової системи. Яке дослідження необхідно призначити до призначення етіотропного лікування?

- A. Загальний аналіз крові
- B. ЕКГ
- C. УЗІ нирок і сечового міхура
- D. Загальний аналіз сечі
- E. Бак посів сечі з визначення мікробного числа

2. Хлопчик 8 років страждає хронічним гломерулонефритом, нефротическая форма, період часткової клініко-лабораторної ремісії, з порушенням функції

нирок. Регулярно проводиться дослідження активності процесу і функціонального стану нирок. Яке з перерахованих досліджень відображає концентраційну функцію нирок у дитини?

- A. Загальний аналіз сечі
- B. Аналіз сечі по Нечипоренко
- C. Проба по Зімніцкому
- D. Добова протеїнурія
- E. Рівень креатиніну в сироватці крові

3. Дівчинка 9,5 років знаходиться на диспансерному обліку з приводу гострого гломерулонефриту з нефритическим синдромом, період ремісії. На прийомі у дільничного педіатра з скаргами: на болі в горлі при ковтанні, підвищення температури тіла до 38,3°C. Хворіє другий день. При огляді – слизова оболонка ротоглотки гіперемірована, мигдалини рихлі, ін'єктовані, в лакунах серозно-гнійний выпот. Регіонарний лімфаденіт. Яке лікування слід призначити дитині?

- A. «Захищений» напівсинтетичний пеніцилін
- B. Антигістамінний препарат
- C. Амінохіноліновий препарат
- D. Деагрегант
- E. Місцевий антисептик

4. У хлопчика 7 років через 3 тижні після перенесеної стрептодермиї з'явилася макрогематурія, субфебрильна температура, болі в животі. При огляді видимих набряків не виявлено. АТ 140/80 мм.рт.ст. Симптом Пастернацького негативний. Сечовипускання безболісні, 6 разів на добу. Як визначити наявність прихованих набряків у дитини?

- A. Загальний аналіз крові
- B. ЕКГ
- C. УЗІ нирок і сечового міхура
- D. Загальний аналіз сечі
- E. Проба Мак-кляра

5. Хлопчик 5 років протягом року знаходиться на диспансерному обліку з приводу гострого гломерулонефриту з нефротическим синдромом, гормончувствительний варіант з порушенням функції нирок в дебюті захворювання. Проведене обстеження свідчить на користь клініко-лабораторної ремісії захворювання. Як довго хлопчик знаходитиметься на диспансерному обліку?

- A. Протягом 3-х років

- В. Протягом 5-ти років
- С. Протягом 3-х років після відміни патогенетичної терапії
- Д. Протягом 5-ти років після відміни патогенетичної терапії
- Е. З диспансерного спостереження знімати не рекомендується

6. Хлопчик 7,5 років перебуває на диспансерному обліку з приводу дисплазії нирок, хронічної ниркової недостатності, субкомпенсованої стадії. Як часто повинен оглядатися даний пацієнт дільничним педіатром?

- А. 1 раз на тиждень
- В. 1 раз на місяць
- С. 1 разу на квартал
- Д. 1 раз на 6 місяців
- Е. 1 разу в 12 місяця

7. Хлопчик 12 років протягом 10 місяців спостерігається педіатром з приводу гострого (постстрептококового) гломерулонефриту з нефритичним синдромом. Двічі на фоні ГРВІ спостерігалися 3–5-денних епізодів макрогематурії. При огляді видимих набряків немає. АТ – 110/70 мм рт. ст. Піднебінні мигдалини гіпертрофовані 2-3 ступені, рубцево змінені. Передньошийні і підщелепні лімфатичні вузли збільшені до 0,8-1,0 см в діаметрі, безболісні при пальпації. Загальний аналіз крові – Ер. 3,9 Т/л, Нв – 125 г/л, ЦП – 0,9, Л. – 6,5 Г/л, е – 2%, п – 4%, с – 48%, л – 38%, м – 8%, ШОЕ – 7 мм/год. Титр АСЛО – 625 МЕ/мл. Загальний аналіз сечі – відносна щільність 1020, білок 0,33 г/л, лейкоцити – 2–4 в п/зр., еритроцити – 1-2 п/зр., циліндри – зернисті 2–3 в п/зр., солі – оксалати. Яка тактика педіатра з метою профілактики прогресування захворювання?

- А. Направити до нефролога для вирішення питання про проведення нефробиопсії
- В. Направити до нефролога, для вирішення питання про призначення пульс-терапії
- С. Направити до ЛОР-лікаря, для вирішення питання про проведення тонзилектомії
- Д. Направити до ЛОР лікаря, для вирішення питання про проведення консервативної терапії хронічного тонзиліту
- Е. Призначити мембраностабілізатори і вітаміни

8. Дівчинка 11,5 років перебуває на диспансерному обліку з приводу дизметаболическої (уратної) нефропатії протягом 3-х років. Дільничним педіатром складений об'єм лікувально-профілактичних заходів на рік – обстеження в

стаціонарі 1 раз на 3 місяці, призначення вітамінотерапії і мембраностабілізаторів 2 рази на рік, корекція кислотно-лужного стану і обмеження фізичних навантажень. Що необхідно змінити в плані диспансеризації даного пацієнта?

- A. План складений вірно
- B. Призначення вітамінів і мембраностабілізаторов 1 раз на 3 місяці
- C. Призначення уросептиків 2 рази в році
- D. Обстеження в стаціонарі 1 раз на рік
- E. Обстеження в стаціонарі 1 раз на 6 місяців

9. Дитина 12 років перенесла гострий постстрептококовий гломерулонефрит з нефритичним синдромом 7 місяців тому. Отримував базисну і симптоматичну терапію. При черговому огляді дільничним педіатром видимих набряків не виявлено. АТ – 105/70 мм рт. ст. Тітр АСЛ-О – 500 МЕ/мл. Загальний аналіз сечі: відносна щільність 1016, білок – 0,033 г/л, Л – 2 – 4 в п/зр, Ер. – изм. і неизм. 4 – 6 в п/зр., солі – оксалати зрідка. Добова протеїнурія – 0,06 г. Який період захворювання у дитини?

- A. Початкових проявів
- B. Зворотного розвитку
- C. Тенденція до затяжної течії
- D. Затяжна течія
- E. Перехід в хронічний гломерулонефрит

10. Батьки дівчинки 7 років звернули увагу на збільшення частоти сипускання та вживання рідини їх дитиною. При обстеженні виявлена глікемія надше 6,9 ммоль/л. Висловлено припущення про цукровий діабет. Яка тактика дільничного педіатра в даній ситуації?

- A. Направити в стаціонар.
- B. Спостерігати, досліджуючи цукор крові в динаміці
- C. Провести оральний глюкозотолерантний тест
- D. Досліджувати сечу на цукор
- E. Обмежити прийом вуглеводів.

1 E, 2 C, 3 A, 4 E, 5 E, 6 E, 7 A, 8 D, 9 A, 10 A.

Ситуаційні задачі:

Задача 1.

Дівчинка 10 років звернулась до лікаря на 2-й день захворювання зі скаргами на часті до 20 разів на день болісні сечовипускання невеличкими порціями.

Загальний стан не порушено. Температура тіла нормальна. З боку органів грудної клітини патології не виявлено. Живіт м'який, болісний при пальпації у надлобковій ділянці. Аналіз крові без особливостей. В аналізі сечі – лейкоцитурія до 50 в полі зору, мікрогематурія, позитивний нітратний тест.

Завдання:

1. Найбільш вірогідний діагноз:
2. Який препарат Ви призначите дитині?

Еталон відповіді:

1. Гострий цистит
2. Нітрофурантоїн

Задача 2.

Дівчинка 9 років на протязі 3 років знаходиться під диспансерним наглядом. Тричі лікувалась стаціонарно. При черговому огляді виявлена блідість шкіри і слизових, пастозність обличчя, позитивний симптом Пастернацького зліва. В загальному аналізі сечі: питома вага 1004, білок 0,33 г/л, лейкоцити на 1/2 поля зору, еритроцити 5-6 в полі зору; при посіві сечі виявлена кишкова паличка; в пробі по Зимницькому добовий діурез 890 мл, переважає нічний, коливання питомої ваги сечі 1000-1006; в біохімічному аналізі крові загальний білок 70,3 г/л, холестерин 5,92 ммоль/л, сечовина 5,92 ммоль/л, креатинін 0,101 ммоль/л. При рентгенологічному обстеженні обструктивних змін в нирках не виявлено.

1. Сформулюйте діагноз.
2. Які критерії характеризують функцію нирок?
3. Перерахуйте антибіотики, які можна призначити в даному випадку.

Еталон відповіді:

1. Первинний хронічний пієлонефрит, рецидивуючий, активна фаза з порушенням функції нирок.
2. Гіпостенурія.
3. Гентаміцин, канаміцин, ампіцилін, карбеніцилін, левоміцетин.

Задача 3.

Дівчинка 5 років скаржиться на частий сечопуск, нудоту, блювання, підвищення температури тіла до 38,1 о С, біль в животі. Захворіла 3 дні тому. При огляді: блідість шкірних покривів. АТ 100 і 50 мм. рт. ст. Тони серця гучні, ЧСС 100 за 1 хв. Симптом Пастернацького позитивний справа. В загальному аналізі

крові: еритроц. $3,8 \times 10^{12}/л$, Нв 118 г/л, к.п. 0,9, лейкоц. $13,2 \times 10^9/л$, п. 12%, с. 47%, л. 35%, м. 6%, ШОЕ 19 мм/год; в загальному аналізі сечі: питома вага 1012, білок 0,183 г/л, лейкоц. на все поле зору, еритроц. 3-4 в полі зору, бактерії у великій кількості.

1. Поставте діагноз.
2. Перерахуйте характерні симптоми захворювання.
3. Які можливі шляхи проникнення інфекції в нирку?

Еталон відповіді:

1. Гострий пієлонефрит, активна фаза.
2. Інтоксикаційний, дизуричний, больовий, сечовий (протеїнурія менше 1 г/л, лейкоцитурія переважає над гематурією, бактеріурія).
3. Висхідний, гематогенний, лімфогенний.

Задача 4.

Дівчинці 14 років. Скаржиться на головний біль, зниження апетиту, біль в животі. Хворіє протягом 5 років. Періодично спостерігалась лейкоцитурія, незначна протеїнурія. При огляді: блідість шкіри і слизових, пастозність гомілок, язик обложений білою осугою. ЧСС 88 за 1 хв., тони серця послаблені, систолічний шум в У точці, АТ 140 і 90 мм.рт.ст. Живіт болючий при глибокій пальпації в ділянці нирок, печінка на 4 см виступає з-під реберної дуги, симптом Пастернацького позитивний з обох боків. Сечовипускання безболісне. Загальний аналіз сечі: питома вага 1009, білок 0,181 г/л, лейкоц. 30-40 в полі зору, еритроц. 6-8 в полі зору. В біохімічному аналізі крові: загальний білок 64,2 г/л, сечовина 14,72 ммоль/л, креатинін 0,28 ммоль/л. В пробі по Зимницькому коливання питокої ваги 1002-1009. На екскреторній урограмі повне подвоєння обох нирок, збільшення їх у розмірах.

1. Поставте діагноз.
2. Перерахуйте критерії ниркової недостатності у даної хворої.
3. Який метод лікування показаний дівчинці при неефективності консервативної терапії?

Еталон відповіді:

1. Вроджена аномалія нирок (повне подвоєння), вторинний хронічний пієлонефрит, період загострення. Хронічна ниркова недостатність.
2. Підвищення артеріального тиску, сечовини та креатиніну, гіпоізостенурія.
3. Хронічний гемодіаліз.

Задача 4.

Мати дівчинки 5 років звернулася до лікаря із скаргами на наявність у дитини підвищення температури тіла до 39°C, болі в животі, болі в попереку, нудоти, частого сечовипускання. Тиждень тому дитина перехворіла на ГРВІ. При об'єктивному обстеженні виявлено: блідість шкіри і слизових, обкладеність язика, помірна гіперемія зіву; ЧСС 96 за 1 хв., АТ 95 і 45 мм.рт.ст., тони серця ослаблені, функціональний систолічний шум в точці Боткіна Ерба, в легенях везикулярне дихання; живіт болючий при глибокій пальпації в лівій половині, симптом Пастернацького позитивний зліва.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які клінічні аналізи необхідно призначити дитині у першу чергу?
3. Яких змін у цих обстеженнях можете очікувати?

Еталон відповіді:

1. Гострий пієлонефрит, активна фаза.
2. Загальний аналіз крові (нейтрофільний лейкоцитоз, збільшення ШОЕ); загальний аналіз сечі (лейкоцитурія не більше 1 г/л, лейкоцитурія, бактеріурія).
3. Ліжковий режим. Дієта №5. Медикаментозне лікування: ампіцилін по 500тис ОД 4 рази на день в/м, діазолін по 0,05 2 рази на день, ацетилсаліцилова кислота по 0,25 3 рази на день, відвар трави ведмежих вушок во 1 ст. ложці 3 рази на день, аскорутин по 5 таблеток 3 рази на день, після нормалізації температури тіла – озокеритові аплікації на поперекову ділянку.

V. Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для
формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворого з патологією сечової системи.	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	. На основі , об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз ендокринного захворювання
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок з патологією сечовивідної системи.
2	Оцінити показники додаткових лабораторних	1.Оцінити дані загального аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули,

	досліджень	2.Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження дітей з патологією сечової, системи, давати інтерпретацію отриманих результатів -
3	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Рo-графії органів грудної клітки та УЗД, лeнситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки остеопорозу, синовіту, кардиту, наявність рідини, тощо.
4.	Провести диференційну діагностику.	1.Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів. 4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз.
5	Сформулювати клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Сформулювати клінічний діагноз. • На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу. 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, що супроводжуються патологією сечової, системи, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
6.	Призначити лікування пацієнту	1.Призначити немедикаментозне лікування. 2.Призначити	Визначати групи препаратів для профілактики загострень захворювань сечової,

		медикаментозне лікування	ендокринної та кровотворної систем. Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно захворюванню. Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне медикаментозне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання
7	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми з патологією сечової системи.	<p>25. Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями;</p> <p>26. Оцінюють стан дитини на момент огляду;</p> <p>27. Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати;</p> <p>28. Формулюють діагноз;</p> <p>29. Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень;</p> <p>30. Визначають групу з фізкультури, групу інвалідності;</p> <p>31. Вирішують питання вакцинації;</p> <p>32. Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку.</p>	Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план диспансерного нагляду за дітьми з захворюваннями нирок, ендокринної системи, кровотворних органів. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)
8	Визначити показання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією сечової системи.	Сформулювати показання та протипоказання щодо санаторно-курортного лікування дітей з патологією сечової, системи.	Оформити санаторно-курортну карту (форма 077/о).

5.1. Граф логічної структури теми «Диспансерне спостереження за дітьми з патологією сечової системи в поліклініці»

	Гострий нефритический синдром (гострий гломерулонефрит нефритический синдром)	Нефротичний синдром (алергічна пурпура)	Гострий і хронічний тубуло-інтерстиціальний нефрит
Частота клінічних оглядів	На першому році – 1 раз на півроку, потім 1 раз на рік	1 р. в 3 міс. – на фоні патогенетичного лікування 1 р. в 6 міс. – 1 рік 1 р. в рік – постійно	1 р в 1 рік – постійно
Частота додаткових обстежень	Кл.ан. сечі– 1 раз в 10 дн.; Ан. сечі по Нечипоренко – 1 р. в 14 дн.; Кл. ан. крові, добова протеїнурія – 1р. у 1 мес.; Креатинін, сечовина сироватки крові, проба по Зімніцкому – щокварталу	Кл. ан. крові, сечі, ан. сечі по Нечипоренко, сут. протеїнурія – 1 р. в нед. Креатинін, загальний білок, сечовина в сироватки крові, проба по Зімніцкому – 1 р. в 1 – 3 мес.; ЕКГ, УЗД – 1 р. в рік	Кл. ан. крові, сечі – 1 р. в 5 дн. креатинін, сечовина загальний білок сироватки крові, ан. сечі по Нечипоренко – 1 р. в 7 – 10 дн. проба по Зімніцкому 1 р. в 14 дн. ЕКГ, УЗД, бак. посів сечі 1 раз на рік екскреторная, мікційна цистоскопія – за показниками
Лікувальні заходи	мембраностабілізатори, препарати амінохінолінового ряду – по показанням	кортикостероїди, цитостатики; далагил (підтримуюча доза), антикоагулянти, антиагреганти, інгібітори АПФ	Корекція кислотно-лужного стану; мембраностабілізатори, амінохінолінового ряду – по показанням
Профілактичні заходи	Санация вогнищ хр. інфекції. При ОРВІ – антибіотики + антигістамінні (7-14 днів)	Санация вогнищ хр. Ін.-фекції.	Санация вогнищ хр. инф., обмеження фізичних навантажень, антибактеріальна, фітотерапія
Тривалість спостереження	Не менш 3-х років	Постійно	Не менш 3-х років
Терміни сан-кур. лікування	Період зворотного розвитку		

VI. Матеріали контролю для заключного етапу:

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію патології сечової, системи у дітей	Перерахувати основні етіологічні фактори патології системи у дітей
Вивчити патогенез патології сечової, ендокринної та кровотворної систем у дітей	Виділити ключові ланки патогенезу даних захворювань
Вивчити клінічні прояви патології сечової системи у дітей	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу поставити імовірний діагноз захворювань сечової, системи у дітей
Вивчити діагностичні критерії захворювань сечової системи у дітей	Скласти структурну схему захворювань, при яких розвивається патологія сечової системи у дітей
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для патології сечової системи у дітей зміни даних додаткових методів дослідження	Скласти план обстеження захворювань сечової системи у дітей та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз захворювань сечової системи
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого з патологією сечової системи у дітей	Визначити лікувальну тактику при патології сечової системи у дітей
Визначити схему диспансерного спостереження за хворим з патологією сечової системи у дітей	Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого і визначити прогноз при патології сечової системи у дітей
Визначити показання та проти показання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією сечової системи у дітей.	Перерахувати показання та протипоказання до санаторно-курортного лікування дітей з патологією сечової системи у дітей

2. ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Педіатрія: Підручник для студентів вищих мед. навчальних закладів III – IV рівнів акредитації. 2-е видавництво, іспр. і доп. / В.Г.Майданник. – Харків: Фоліо, 2006.
2. Шабалов Н.П. Дитячі хвороби: Підручник (5-е видання). – Спб.: Пітер, 2002. – Т.1. – 832 с., Т.2. – 736 с.
3. Чеботарьова В.Д., Майданник В.Г. Пропедевтична педіатрія. – До.:Прогрес. – 1999. – С. 421 -428.
4. Возіанов А.Ф., Майданник В.Г., Бідний В.Г., Багдасарова І.В. Основи нефрології дитячого віку. – До.:Книга плюс, 2002.
5. Наказ МОЗ України № 302 від 27.12.1999 р. “Про затвердження форм облікової статистичної документації, що використовується в поліклініках (амбулаторіях)”
6. Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 р. “Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні”
7. Протокол лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиційним нефритом (наказ моз україни №627 від 03.11.2008)
8. Карманный справочник участкового педіатра /С.С. Казак, А.Б. Виленский. - 4-е изд., перераб. и доп.. -К.: ООО "Интервакцина-Био", 2003.-111 с.
9. Леженко Г.О., Резніченко Ю.Г., Компанієць В.М., Гиря О.М. Госпітальна педіатрія. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань сечової системи у дітей. Невідкладна допомога при основних невідкладних станах. (Навчально-методичний посібник для викладачів та студентів 6 курсу медичного факультету).-Запоріжжя, Просвіта.-160 с.

Додаткова література

1. Нефрология детского возраста/под ред. Е.В. Прохорова, Борисовой Т.П. – Донецк. – 2008. – 158 с.
2. Волосовець О.П.,Кривопустов С.П. Єршова І.Б., Рещіков В.А. Фізична реабілітація в педіатрії. Навчальний посібник. - Київ. -Луганськ, 2009. – 182с.
3. Смян И.С., Луговая О.И. Заболевания мочеполовой системы у детей.- К.:Здоров'я,1994.-С.60-109.
- 4.Невідкладні стани в педіатрії: Навч. посіб. / За редакцією проф. О.П.Волосовця та Ю.В.Марушка - Х.: Прапор. - 2008. – 200 с.

Тема 54. Синдром раптової смерті у дітей і раптова серцева смерть.

Синдром раптової смерті немовляти і апное. Епідеміологічні фактори. Клінічна картина. Обстеження. Фактори ризику раптової серцевої смерті.

I. Актуальність теми.

Синдром раптової смерті визначається як несподівана смерть дитини віком від 7 днів до 1 року, за якої відсутні адекватні для пояснення причин смерті дані анамнезу і патологоанатомічного дослідження. Частота синдрому раптової смерті складає в середньому 1 випадок на 500 живонароджених дітей (коливається від 0,2 до 3,5 випадків на 1000 дітей в різних країнах). У США цей синдром є провідною причиною постнатальної смертності немовлят. Найчастіше прояви синдрому раптової смерті спостерігаються у дітей віком від 2 до 4 місяців. Наведені дані визначають потребу знань лікарів-педіатрів факторів ризику розвитку цього синдрому, вміння організації профілактичного нагляду і реабілітації дітей групи ризику.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

1. Студент повинен уміти:

- Визначити частоту оглядів педіатра дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.
- Уміти скласти план клініко-діагностичних заходів при диспансерному спостереженні за хворими з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.
- Уміти скласти план лікувальних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті;
- Визначити частоту і характер протирецидивного лікування хворих з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті;
- Визначити необхідність і терміни проведення додаткових обстежень хворим з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті;
- Уміти скласти частоту виникнення ускладнень, найближчого та віддаленого прогнозу у хворих з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті;
- Визначити характер дієти і терапії після випису зі стаціонару дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті;
- Визначити показання і терміни санаторно-курортного лікування дітей з

ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті;

- Визначити можливість і критерії зняття з обліку дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.

2. Студент повинен знати:

- Методи оцінки стану у дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.
- Захворювання соматичного та інфекційного генезу, що призводять до виникнення синдрому раптової дитячої смерті або раптової серцевої смерті у дітей.
- Визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.
- Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті

– Студент повинен оволодіти: б3

Навичками:

44. Збирання скарг та анамнезу захворювання;
45. Обстеження хворих з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті, проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
46. Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
47. Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);
48. Визначити тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
49. Визначати кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
50. Визначати план профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за хворим з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті;
51. Визначати характер дієти, режиму, фізичних навантажень, продовження лікування після стаціонарного лікування, проведення вакцинації.
52. Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.
53. Визначати показання та протипоказання до санаторно-

курортного лікування дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.

Вміннями:

- 1.2.37 Призначати обстеження хворим з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.
- 1.2.38 Призначати лабораторне обстеження дітям з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті та трактувати показники отриманих даних.
- 1.2.39 На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз
- 1.2.40 Складати алгоритм диференційної діагностики хворих з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей різних вікових груп.
- 1.2.41 Визначати групи препаратів для лікування дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті
- 1.2.42 Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті
- 1.2.43 Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті та його батьками;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги хворому з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.

IV. Зміст теми заняття може бути представленим:

Синдром раптової смерті дітей (СРСД) визнаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я як одна з основних причин постнеонатальної малюкової смертності в економічно розвинутих країнах світу 199. Рівень малюкової смертності від СРСД варіює в різних країнах від 0,04 до 7,3 %.. Пошук причин раптової смерті дітей ґрунтується, насамперед, на вивченні епідеміології даного синдрому і визначенні факторів ризику його розвитку. Поглиблений ретроспективний аналіз трагічних випадків дозволив виявити певні

закономірності, властиві СРСД: віково-статевий розподіл жертв, сезонність зв'язок з позою дитини уві сні і характером вигодовування, деякі соціально-демографічні аспекти. Обкреслені концепції, що зв'язують раптову смерть з особливостями функціонування дихальної, серцево-судинної, нервової систем і метаболізму. У 1996 р. сформульовано повне сучасне визначення СРСД: несподівана і ненасильницька смерть дитини у віці від 7 до 365 днів, при якій відсутні адекватні для пояснення причини смерті дані анамнезу і патологоанатомічного дослідження, смерть залишається непоясненою і після вивчення обставин, при яких вона сталася. За останні десятиліття в багатьох країнах світу був досягнутий певний прогрес у зниженні частоти СРСД, який став можливим, насамперед, завдяки проведенню профілактичних заходів, заснованих на усуненні факторів ризику СРСД в анте- і постнатальному періодах. Класичним прикладом успішного застосування профілактичного підходу до проблеми раптової дитячої смерті з'явилися широкомасштабні компанії по недопущенню укладення дітей на живіт під час сну; таке положення було ідентифіковано як один з головних факторів ризику СРСД. Після проведення цих компаній частота СРСД у багатьох країнах суттєво знизилась.

Раптова серцева смерть (РСС) - це смерть, зумовлена кардіальною причиною і розвивається у вигляді несподіваної втрати свідомості протягом однієї години від початку гострих симптомів. Спричинити її можуть близько 30 захворювань. Серед найпоширеніших причин: серцево-судинні захворювання, кардіальна патологія, спадкові фактори. Водночас майже у 12 відсотках випадків раптова серцева смерть залишається незрозумілою з огляду на те, що після аутопсії чи всебічного обстеження пацієнтів, які пережили зупинку серця, не знаходять ознак серцевого захворювання. Факторами ризику, що сприяють РСС, є: вік понад 50 років, паління (а палить 43% наших громадян), високий рівень холестерину (5 ммоль/л), підвищений артеріальний тиск (вищий за 140 мм рт. ст.) Але є так звані одинарні фактори ризику, тобто коли раптово підвищується тиск до 180/110 і рівень холестерину сягає вище 8 ммоль/л. Можна мати лише один високий холестерин і померти! Супутніми чинниками є також цукровий діабет, детренованість, ожиріння. Тим часом про свій рівень холестерину знають лише 1,3% українців. Своєчасне лікування артеріальної гіпертензії, боротьба з іншими факторами ризику, включаючи збалансованість харчування, нормалізація ліпідного обміну значно зменшують ризик раптової серцевої смерті. Добре відомо про зв'язок між значним фізичним навантаженням та РСС, однак основні механізми не з'ясовані. Оскільки ризик раптової серцевої смерті та інфаркту міокарда значно зростає під час фізичного навантаження, важливою є відповідь на питання: чи зменшується ризик їх виникнення при регулярних помірних фізичних вправах? Після корекції інших коронарних факторів було встановлено,

що частота РСС у осіб, які регулярно виконували помірні фізичні навантаження (робота в саду або прогулянка) чи вправи протягом не більше 60 хвилин на тиждень, була на 70% нижчою, ніж у тих, хто не робив нічого з вище перерахованого. Отож для профілактики РСС помірна активність необхідна. Це доведено на практиці при всіх кардіологічних захворюваннях(окрім окремих, де фізична активність протипоказана). Проводитися навантаження повинні під ретельним контролем реабілітолога та з моніторингом основних показників стану серцево-судинної системи.

Аби убезпечити себе від РСС потрібно періодично проводити обстеження стану серцево-судинної системи. Необхідні такі обстеження: молекулярний генетичний аналіз, ЕКГ в спокої, ЕКГ з навантаженням, еходоплерокардіографія. А вже після встановлення діагнозу для більшості захворювань розроблені ефективні методи профілактики . Треба також пам'ятати, що втрата кожної хвилини від початку раптової серцевої смерті- це втрата 10% можливості врятувати пацієнта. Показовим може стати досвід Великобританії, де з 1981 по 2000 рік показники раптової серцевої смерті вдалося зменшити на 50%. Завдяки чому? На 60% - через вплив на фактори ризику, 80% - рання діагностика та лікування кардіологічних захворювань і 40% - адекватне їх лікування.

Синдром раптової смерті немовляти (СВСМ)— раптова смерть дитини в віці до 1 року, що залишилася непоясненою надалі повного розслідування випадку, включаючи проведення аутопсії, тест обставин смерті і клінічній історії захворювання. Одна з найбільш частих причин синдрому— правошлуночкова аритмогенная дисплазія. Частота - 0,5—4 випадки на 1 000 новонароджених. Переважаючий вік— перший рік життя, пік— на 2—4 міс. Переважаюча підлога — чоловічий (52—60%) . етіологія багатофакторна. Більшість гіпотез пояснюють СВСМ як результат серцевих (летальні тахіарітмії) і дихальних розладів (тривале апное унаслідок порушень в системі сурфактанту або нервової регуляції дихання). Не виключено значення перинатального ураження головного мозку. Одна з найбільш частих причин СВСМ— правошлуночкова аритмогенная дисплазія (див. Кардіоміопатія ділатационная).

Чинники ризику:

- Вік — 2—4 мес життя дитини
- Сезонність з жовтня по травень
- Недоношеність і мала маса тіла при народженні
- Синдром подовження інтервалу Q-T
- Положення дитини в сні на животі
- Укладання дитини спати на м'яке ліжко

Попередня раптова смерть дитини в грудному віці від неясної причини в даній сім'ї

Діти з нападами ціанозу і апное

Куріння і вживання наркотиків матері в час вагітності

Юні матері (молодше 17 років)

Погані житлово-побутові умови, неповноцінне живлення матері.

Діагностика

Аналіз прижиттєвого оцінка: дослідження ОВД ЕКГ, рентгенографія ЕЕГ, рн у стравоході

Посмертне лабораторне обстеження проводять для виключення інших причин смерті (наприклад, визначення електролітів крові для виключення обезводнення і електролітного дисбалансу). Диференціальний діагноз

Асфіксія насильницького походження

Гостра недостатність надниркових

Порушення метаболізму жирних кислот (наприклад, недостатність ацетил-коа дегідрогенази)

Ботулізм.

Лікування не розроблено, потрібно буде удосконалювати методи профілактики.

Профілактика

Регулярне спостереження лікарем-педіатром малюків з групи ризику

За свідченнями — кардіореспіраторний монітор для безперервної реєстрації пульсу і частоти дихання

СКРИНІНГ-ЕКГ новонародженим в перші дні життя

Здоровий спосіб життя вагітної жінки (відмова від куріння, наркотиків)

Грудне вигодовування

Дітей раннього віку потрібно буде оберегати від пасивного куріння (наприклад, регулярне провітрювання кімнати)

Не рекомендують укладати дитини м'яке ліжко

Національний інститут здоров'я США прийняв рекомендації про обов'язковому положенні дитини в сні — лежачи на спині (за винятком малюків з шлунково-стравохідним рефлюксом і аномаліями верхніх дихальних шляхів) або на боку. За оптимальний вважають сон на боку з валиком з м'якої тканини, що заважає перекинутися вниз обличчям

Деякі автори рекомендують контроль за станом ССС у сибсів з сімей з випадками СВСМ. Смерть дитини при СВСМ— важка психологічна травма для батьків. Деонтологічно важливо надати батькам повну інформацію про СВСМ, спробувавши позбавити їх від помилкового відчуття провини.

Учені-медики до цього часу остаточно не з'ясували причини раптової смерті немовляти. Дитина до трагічної події почуває себе добре, не має жодних ознак хвороби чи якихось порушень. Швидше за все, причини раптової смерті немовлят – трагічний збіг провокуючих факторів і обставин. Найбільш небезпечним в плані розвитку синдрому раптової дитячої смерті є період між 1-м і 4-м місяцями життя. Частіше СРДС спостерігається у холодну пору року (з жовтня по березень), в другій половині ночі та у вихідні дні. Приблизно 60% померлих становлять хлопчики. Групу ризику по розвитку СРДС становлять недоношені діти, діти від матерів молодших 20-ти років, діти на штучному вигодовуванні та в сім'ях, де вже були подібні випадки, від жінок з великою кількістю пологів, з наявністю в анамнезі викиднів. На думку деяких дослідників, у 35% випадках синдрому раптової дитячої смерті пов'язаний з низьким соціальним рівнем сімей. Суттєвим фактором ризику синдрому раптової дитячої смерті медики вважають положення тіла малюка під час сну. Найнебезпечнішим є сон дитини на животі. В 6 разів збільшує небезпеку СРДС нікотин, як для активних курців (вагітних), так і для пасивних курців (дітей). Важливу роль відіграє температура повітря в кімнаті, де спить малюк. Для запобігання перегріву необхідно провітрювати кімнату та підтримувати температуру повітря в межах 20-22 градусів. Небезпечним в плані розвитку СРДС є забруднення повітря, мала вага дитини при народженні (менше 2000 г), перерва між вагітностями менше 1 року, недостатнє харчування вагітних, анемія під час вагітності. Доведено, що вакцинація не є причиною синдрому раптової дитячої смерті. При відсутності медичних протипоказань малюку необхідно зробити щеплення. Існує версія, що використання сосок-пустышок (безхарчове смоктання) зменшує ризик розвитку СРДС, можливо через те, що вони гарантують доступ свіжого повітря. Однак відомо, що використання пристроїв, що імітують сосок матері, негативно впливає на грудне вигодовування і також може збільшити небезпеку розвитку СРДС.

Причини раптової смерті немовлят :

Причини виникнення синдрому раптової смерті немовлят не відомі. Але лікарі активно працюють над вирішенням цієї проблеми. Зокрема, розглядається версія апное – патологічної затримки дихання дитини. Так би мовити, дитина просто "забуває" дихати. Кажуть, якщо вчасно помітити, що малюк не дихає уві сні, та вчасно розбудити його, то можна врятувати дитя від раптової смерті.

Можливо, апное спричиняє тютюновий дим чи респіраторні вірусні інфекції на тлі загальної незрілості немовлят. Також відомо, що в недоношених немовлят та в дітей з низькою вагою тіла при народженні підвищена частота апное, тому саме вони потрапляють у групу ризику щодо синдрому раптової смерті.

Також серед причин раптової смерті немовлят розглядають летальну аритмію.

Профілактика синдрому раптової смерті немовлят:

Згідно з проведеними дослідженнями, частота синдрому раптової смерті немовлят зростає втричі серед жінок-курців. Тож висновки очевидні. Відмова від куріння під час вагітності на 40% зменшує імовірність раптової смерті малюка.

Профілактичними заходами синдрому раптової смерті немовлят вважають: Вкладати дитину спати лише на спину, поверхня для сну повинна бути твердою; рекомендовано перебувати в одній кімнаті з дитиною, але не в одному ліжку; не слід залишати в ліжечку м'які предмети, подушки та незакріплені постільні речі, для зменшення ризику задухи, удушення та утискання; виключно грудне вигодовування протягом перших шести місяців життя; постільна білизна з натуральних тканин, – запобігання перегріву малюка, відмова від пухових ковдр, відмова від сповивання немовляти; відсутність різких запахів та світлових подразників під час сну немовляти.

У 1994 році вчені Педіатричної академії США започаткували програму профілактики синдрому раптової смерті немовлят. З того часу лікарі почали рекомендувати класти дитину спати лише в позиції горілиць. Саме завдяки цьому заходу вдалося зменшити кількість випадків синдрому раптової дитячої смерті серед немовлят.

Існують різні визначення раптової серцевої смерті. Myerburg і Castellanos (2001) наводять наступне визначення: Раптова серцева смерть – це ненасильницька, обумовлена захворюваннями серця смерть, маніфестувати раптовою втратою свідомості в межах 1 год від моменту появи гострих симптомів, при цьому попереднє захворювання серця може бути відомо або невідомо, але смерть завжди несподівана. Подібні визначення наводяться також експертами ВООЗ (1964, 1979), відмінність полягає лише в термінах настання серцевої смерті. Експерти ВООЗ вважають, що раптова серцева смерть настає протягом 1-6 годин з моменту появи перших ознак серцевого нападу. В залежності від тривалості інтервалу між початком серцевого нападу і моментом настання смерті розрізняють миттєву серцеву смерть (хворий гине протягом декількох секунд, тобто практично миттєво) і швидку серцеву смерть (хворий гине протягом години). У США щорічно вмирає раптово близько 300 000-400 000 чоловік, що складає близько 0.1-0.2% від числа всіх жителів. Майже 50% всіх випадків смерті від серцево-судинних захворювань припадає на раптову серцеву смерть. Близько 80% випадків раптової серцевої смерті обумовлені ішемічною хворобою серця (Н. А. Мазур, 1999). Така раптова смерть може бути позначена, як раптова коронарна смерть. У класифікації ІХС зазначено, що однією з форм ІХС є раптова коронарна смерть, якої можна дати наступне визначення. Раптова коронарна смерть (первинна зупинка серця) як

форма ішемічної хвороби серця – це смерть у присутності свідків, яка настала миттєво або в межах 1 ~ 6 год, обумовлена найбільш часто фібриляцією шлуночків і не пов'язана з наявністю ознак, що дозволяють поставити який-небудь інший, окрім ішемічної хвороби серця, діагноз.

Далі мова піде про раптової серцевої смерті, так як клінічні прояви раптової кардіальної і коронарної смерті однакові. Існують певні вікові та статеві особливості раптової серцевої смерті. Виділяють два вікових типу раптової серцевої смерті: серед новонароджених (у перші 6 місяців життя) і у дорослих (у віці 45-75 років) (Burch і співавт., 1965). Серед новонароджених частота раптової серцевої смерті становить близько 0.1-0.3%. У віці 1-13 років тільки 1 з 5 випадків раптової смерті обумовлений захворюваннями серця, у віці 14-21 рік цей показник зростає до 30%, а в середньому і літньому віці 88% всіх випадків раптової смерті є раптовою серцевою смертю. Є і статеві відмінності в частоті раптової серцевої смерті. Раптова серцева смерть у молодому та середньому віці відзначається у чоловіків в 4 рази частіше, ніж у жінок, у віці 45-64 років у чоловіків раптова серцева смерть реєструється в 7 разів частіше в порівнянні з жінками і тільки у віковій групі 65-74 роки частота раптової серцевої смерті у чоловіків і жінок виражається співвідношенням 2:1. Таким чином, частота раптової серцевої смерті зростає в міру збільшення віку і більш висока у чоловіків порівняно з жінками.

Етіологія

Основні причини раптової кардіогенний смерті, наведені нижче.

Основні причини раптової серцевої смерті (Myerburg, Castellanos, 2001, с изм.)

Атеросклероз коронарних артерій

Хронічна ішемічна хвороба з транзиторним дисбалансом потреби міокарда в кисні і його надходженням

Гострий інфаркт міокарда

Постінфарктний кардіосклероз

Вроджена патологія коронарних артерій

Аномальне відходження від легеневої артерії

Відходження лівої коронарної артерії від правого синуса Вальсальви

Коронарна артеріовенозна фістула

Гіпоплазія або аплазія коронарний артерій

Відходження правої коронарної артерії від лівого синуса Вальсальви

Коронарних-Інтракардіальні шунт

Коронарний артеріїт

Вузликівий поліартеріїт, системна склеродермія, гігантоклітинний артеріїт

Хвороба Кавасаки

Сифілітичний стеноз гирла коронарних артерій
Емболія коронарних артерій
Ендокардит з ураженням аортального чи мітрального клапанів
Штучний аортальний або мітральний клапан з тромбозом
Тромби на клапанах або пристінковий тромб лівого шлуночка
Змішана механічна обструкція коронарних артерій
Розшарування коронарної артерії при синдромі Марфана
Розшарування коронарної артерії при вагітності
Пролабування поліпа аортального клапана в гирлі коронарної артерії
Розшарування або розрив синуса Вальсальви
Функціональна обструкція коронарних артерій
Спазм коронарних артерій на тлі атеросклерозу або без атеросклеротичного ураження
Захворювання, що викликають гіпертрофію міокарда
Артеріальна гіпертензія без атеросклерозу коронарних артерій
Гіпертрофія міокарда лівого шлуночка у хворих на ІХС
Гіпертрофія міокарда при клапанних вадах серця
Гіпертрофічна кардіоміопатія
Первинна або вторинна легенева гіпертензія
Захворювання міокарда, що призводять до серцевої недостатності
Хронічна застійна серцева недостатність
Ішемічна кардіоміопатія ідіопатична дилатаційна кардіоміопатія алкогольна кардіоміопатія гіпертонічне декомпенсоване серце постміокардітескій кардіосклероз, післяродова кардіоміопатія
Гостра серцева недостатність
Масивний гострий інфаркт міокарда
Гострий міокардит
Гостра алкогольна кардіопатія
Зовнішні та внутрішні розриви серця
Запальні, пухлинні і дегенеративні захворювання міокарда
Вірусний міокардит
Міокардит при васкулітах
Саркоїдоз
Амілоїдоз
Гемохроматоз
Ідіопатичний гігантопеточний міокардит
Хвороба Чагаса
Внутрішньосерцеві гангліоніти
Аритмогенна дисплазія правого шлуночка

Нейром'язові захворювання (м'язові дистрофії, атаксія Фрідрейха, міотонічна дистрофія)

Пухлини (доброякісні, злоякісні, первинні, метастатичні, внутріміокардіальних, внутрішньосерцеві обструктивні)

Хвороби клапанів серця. Звуження устя аорти, недостатність клапана аорти

Розрив мітрального клапана

Пролапс мітрального клапана

Ендокардит

Дисфункція штучного клапана

Вроджені вади серця

Стеноз клапанів аорти або легеневої артерії

Синдром Ейзенменгера

Патологія електрофізіологічних процесів у серці

Порушення провідної системи (фіброз системи Пуркін'є – первинна дегенерація або хвороба Ленегра; вторинний фіброз і кальцифікація або хвороба Леві;

Поствірусний фіброз провідної системи; вроджені порушення провідної системи)

Придбані і вроджені форми подовження інтервалу QT

Блокада правої ніжки пучка Гіса і підйом сегмента ST при відсутності ішемії

Фібриляція шлуночків відомої або невідомої етіології, в тому числі фібриляція

Електрична нестабільність міокарда, обумовлена впливом факторів і центральною нервовою системою

Катехоламінзалежна летальна аритмія Обумовлена впливом центральної нервової системи

Причини змішаного характеру

Раптова серцева смерть внаслідок екстремальної фізичного навантаження

Травма області серця

Механічні перешкоди венозному поверненню крові (гостра тампонада серця, масивна тромбоемболія легеневої артерії, гострий тромбоз)

Аневризма аорти

Токсико-метаболічні порушення (електролітні, метаболічні порушення,

Проаріtmічний ефект антиаріtmічних засобів .

В осіб молодого віку найбільш частими причинами раптової серцевої смерті є запальні захворювання міокарда, кардіоміопатії, синдром подовженого інтервалу QT, вади серця (зокрема, звуження гирла аорти), аномалії грудної аорти при синдромі Марфана, аномалії коронарних артерій, порушення серцевого ритму

та провідності, іноді – недиагностованого коронарний атеросклероз.

Основними факторами, що провокують раптову серцеву смерть серед осіб молодого віку, є: фізична екстремальне перенапруження (наприклад, під час спортивних змагань); вживання алкоголю і наркотиків (наприклад, кокаїн викликає сильний і тривалий спазм коронарних артерій аж до розвитку інфаркту міокарда); прийом деяких лікарських засобів (наприклад, трициклічні антидепресанти здатні викликати значне уповільнення проведення збудження); виражені електролітні порушення; алкогольні ексцеси (особливо вживання алкогольних сурогатів).

ПРОТОКОЛ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ПРИ ЗУПИНЦІ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ

I46.0 ЗУПИНКА СЕРЦЯ З УСПІШНИМ ВІДНОВЛЕННЯМ СЕРЦЕВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

ознаки клінічної смерті: відсутність дихання, серцебиття та свідомості, шкіра блідо-ціанотична, м'язова гіпотонія, арефлексія, зіниці широкі без реакції на світло, серцево-легенева реанімація ефективна і протягом 10 хвилин відновлена серцева діяльність.

ЛІКУВАННЯ

Серцево-легенева реанімація. Невідкладна терапія на до- та госпітальному етапі, показання для переведення хворого до відділення реанімації та інтенсивної терапії.

- При асистолії: адреналін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально, атропін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально.
- При шлуночкової брадикардії: атропін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально, ізадрин 2 мкг/хв в/в крапельно.
- При фібриляції шлуночків: лідокаїн внутрішньовенно, повільно на 5% розчині глюкози, в дозі 1,0 мг/кг, за показаннями - дефібриляція.

I46.1 РАПТОВА СЕРЦЕВА СМЕРТЬ

СИНДРОМ РАПТОВОЇ СЕРЦЕВОЇ СМЕРТІ У НЕМОВЛЯТ

Раптова серцева смерть - смерть що виникла протягом від декількох хвилин до 24 годин внаслідок зупинки серцевої діяльності на тлі раптової асистолії або фібриляції шлуночків у дітей, які до цього перебували у фізіологічно та психологічно стабільному стані.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- ознаки клінічної смерті: відсутність дихання, серцебиття та свідомості, шкіра блідо-ціанотична, м'язова гіпотонія, арефлексія, зіниці широкі без реакції на світло.

Параклінічні:

- ЕКГ: механізмом розвитку раптової серцевої смерті являється фібриляція шлуночків або асистолія серця.

ЛІКУВАННЯ

- Серцево-легенева реанімація. Невідкладна терапія на до- та госпітальному етапі, показання для переведення хворого до відділення реанімації та інтенсивної терапії.

- При асистолії: адреналін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально, атропін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально.

- При фібриляції шлуночків: лідокаїн внутрішньовенно, повільно на 5% розчині глюкози, в дозі 1,0 мг/кг, за показаннями - дефібриляція.

- Якщо реанімаційні заходи не мали ефекту, необхідно виключити наступні причини: гіпотермія; тампонада серця; напружений пневмоторакс (гемоторакс); тяжка гіповолемія; тяжкі метаболічні порушення; отруєння; закрита черепно-мозкова травма з підвищенням внутрішньочерепного тиску.

146.9 ЗУПИНКА СЕРЦЯ НЕУТОЧНЕНА

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні:

- ознаки клінічної смерті: відсутність дихання, серцебиття та свідомості, шкіра блідо-ціанотична, м'язова гіпотонія, арефлексія, зіниці широкі без реакції на світло,

- ЕКГ: асистолія (реєструється пряма лінія, можливі одиничні шлуночкові комплекси або зубці P).

ЛІКУВАННЯ

- Серцево-легенева реанімація. Невідкладна терапія на до- та госпітальному етапі, показання для переведення хворого до відділення реанімації та інтенсивної терапії.
- При асистолії: адреналін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально, атропін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально.
- При шлуночкової брадикардії: атропін 0,01 мг/кг в/в або ендотрахеально, ізадрин 2 мкг/хв в/в крапельно.
- При фібриляції шлуночків: лідокаїн внутрішньовенно, повільно на 5% розчині глюкози, в дозі 1,0 мг/кг, за показаннями - дефібриляція.

○ **Матеріали методичного забезпечення заняття**

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Епідеміологія синдрому раптової смерті дітей 1-го року життя та синдрому раптової серцевої смерті у дітей старшого віку та підлітків.
2. Фактори ризику розвитку синдрому раптової смерті у дітей 1-го року життя та синдрому раптової серцевої смерті у дітей старшого віку та підлітків.
3. Патоморфологічні зміни при синдромі раптової смерті та синдромі раптової серцевої смерті.
4. Клінічна характеристика проявів синдрому раптової смерті та раптової серцевої смерті.
5. Особливості функції дихання і респіраторні розлади у дітей, які схильні до синдрому раптової смерті;
6. Кардіальні і гемодинамічні розлади при синдромі раптової смерті у дітей та синдрому раптової серцевої смерті у дітей старшого віку та підлітків.
7. Нейропатологічні знахідки і функціональні розлади центральної нервової системи у дітей з синдромом раптової смерті та синдрому раптової серцевої смерті у дітей старшого віку та підлітків;
8. Особливості обміну речовин у дітей, схильних до синдрому раптової смерті.
9. Профілактика та диспансерний нагляд за немовлятами з ризиком розвитку раптової смерті.
10. Профілактика та диспансерний нагляд за дітьми та підлітками з ризиком розвитку раптової серцевої смерті.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. У дитини 13 років ревматичний поєднаний порок мітрального клапана з перевагою недостатності. На тлі гострої респіраторної вірусної інфекції підсилилася задишка, загальна слабкість, з'явилося почуття стиснення в груді, сухий кашель. Положення напівсидяче. Вираз обличчя страждальницький, ціаноз губ. Пульс на периферичних судинах слабкого наповнення. ЧСС до 150 в 1 хв. У легенях на тлі жорсткого дихання в задненижніх відділах вислухуються різнокаліберні вологі хрипи. Печінка біля краю реберної дуги. Який невідкладний стан розвився в дитини?

- A. Гостра лівошлуночкова серцева недостатність
- B. Гостра правошлуночкова серцева недостатність
- C. Гостра тотальна серцева недостатність
- D. Хронічна лівошлуночкова недостатність
- E. Гостра судинна недостатність

2. У хлопчика 12 років, що хворіє на мітральний стеноз, після гри у баскетбол почастишало дихання, з'явилося відчуття нестачі повітря, приступ задухи та пінисте виділення на губах. У легенях (задньообазальні відділи) вислуховуються дрібно- та середньопухирчасті вологі хрипи. Найбільш ймовірна причина погіршення стану дитини пов'язана з:

- A. Гострою судинною недостатністю.
- B. Гострою серцевою недостатністю тотального типу.
- C. Гострою серцевою недостатністю за лівим типом
- D. Гострою дихальною недостатністю.
- E. Гострою серцевою недостатністю за правим типом.

3. Хворий, 6 років, на 2-му тижні перебігу скарлатини поскаржився на підвищення температури тіла до 37,6 С, запаморочення, задишку, періодичне «завмирання» серця. Дані обстеження: виражена блідість, ліва межа серця зміщена вліво на 1,5 см, частота серцевих скорочень — 110—112 за 1 хв, тони серця приглушені, систолічний шум м'якого тембру над верхівкою. Дані ЕКГ: нерегулярні надшлуночкові екстрасистоли. З боку інших органів патології не виявлено. Яка терапія порушення серцевого ритму необхідна в даному випадку?

- A. Призначення кордарону.
- B. Призначення анаприліну.
- C. Призначення дигоксину.
- D. Лікування міокардиту.

Е. Дотримання суворого постільного режиму.

4. У дитини, 2 днів життя, що народилася від першої вагітності доношеною, з явищами внутрішньочерепної травми, повертає увагу задишка до 70—80 за 1 хв, зменшення частоти серцевих скорочень до 100 за 1 хв. На ЕКГ: збережений нормальний шлуночковий комплекс ДЗ — 0,05 с, інтервал Р-0,09 с, у всіх стандартних відведеннях зубець Р позитивний, інтервал Я—Д подовжений. З яким порушенням ритму серця пов'язані вказані зміни?

- А. Синусова брадикардія.
- В. Атріовентрикулярна блокада I ступеня.
- С. Атріовентрикулярна блокада II ступеня.
- Д. Атріовентрикулярна блокада III ступеня.
- Е. Синдром Вольфа—Паркінсона—Вайта.

5. На прийом до кардіолога звернулася мати з дитиною, 8 років, в якій протягом останніх 2—3 міс відзначає періодичні напади серцебиття до 120—130 за 1 хв. Крім цього, у дитини відзначається швидка стомлюваність, запаморочення, непостійний біль у ділянці серця, вона легко й надмірно збудлива. Дитина проживає в несприятливих соціальних умовах, астеничної будови тіла, зниженого харчування, межі серця в нормі, тони ритмічні, звучні, частота серцевих скорочень 88 за 1 хв. Яке дослідження Ви призначите дитині?

- А. Електрокардіографію.
- В. Клінортостатичну пробу.
- С. Фонокардіографію.
- Д. Електроенцефалографію, реоенцефалографію.
- Е. Усе перераховане.

6. На фоні грипу дитина, 5 років, раптово різко зблідла, знепритомніла, розвинувся напад клонічних судом, частота серцевих скорочень 35 за 1 хв. Дитина спостерігається кардіологом з приводу вродженої вади серця (дефект міжшлуночкової перегородки, період компенсації). Яка патологія спричинила тяжкий стан у хворої?

- А. Напад епілепсії.
- В. Нейротоксикоз.
- С. Напад Морганьї—Адамса—Стокса.
- Д. Синусова брадикардія.
- Е. Повна атріовентрикулярна блокада II ступеня.

7. Після забігу на дистанцію 100 м хлопчик, 14 років, раптово відчув різке почастішання серцебиття, пульсацію в скронях і шийних судинах, у нього з'явилося почуття страху, запаморочення, блідість шкіри, пітливість, утруднення дихання. Під час вислуховування серця: тони ляскаючі, частоту серцевих скорочень підрахувати неможливо. Дані ЕКГ: синусовий ритм, частота серцевих скорочень — 200 за 1 хв, шлуночковий комплекс не змінений. Який захід є першорядним для купірування нападу тахікардії?

- A. Внутрішньовенне введення 0,06 % розчину корглікону.
- B. Внутрішньовенне введення 0,25 % розчину верапамілу.
- C. Рефлекторний вплив за допомогою вагусних проб.
- D. Внутрішньовенне введення 10 % розчину новокаїнамідю.
- E. Електроімпульсна терапія.

8. Вкажіть лікування гострого випадку суправентрикулярної пароксизмальної тахікардії.

- A. вплив на блукаючий нерв
- B. електроімпульсна терапія
- C. аденозин 50 мкг/кг.
- D. Все вищеперераховане
- E. Електроімпульсна терапія

9. Хлопчику в пологовому будинку встановлено діагноз природженої вади серця (дефект міжшлуночкової перетинки). У 2-місячному віці з'явилась задишка до 60 за одну хвилину, тахікардія до 170 ударів за одну хвилину, збільшення печінки до 3 см нижче краю реберної дуги. Які препарати необхідно призначити дитині першочергово?

- A. Препарати калію
- B. Нестероїдні протизапальні
- C. Серцеві глікозиди
- D. Бета-адреноблокатори
- E. Глюкокортикоїди

10. У дитини 8 років скарги на задишку, болі в животі. З анамнезу відомо, що за 2 тижні дитина хворіла на ГРВІ. Стан дитини середньої важкості. Пульс 200 за хв. "ниткоподібний". Набряк та пульсація шийних вен. АТ 60/40 мм. Нг. Межі серця зміщені у всі боки. Серцевий поштовх розлитий. Тони серця ослаблені. Печінка збільшена в розмірах, болюча. Поставте діагноз.

- A. Гострий неревматичний кардит з враженням провідникової системи серця.
- B. Ревматизм, міокардит, гострий перебіг.

- C. Ексудативний перикардит.
- D. Септичний ендоміокардит.
- E. Фіброеластоз ендоміокарду.

Еталони відповідей:

1А,2 С, 3 А, 4 Е, 5 С. 6 Е, 7 В, 8 В, 9 С, 10 А.

Ситуаційні задачі:

Задача № 1

Немовля 4 місяців залишене без нагляду в ліжку з пляшкою з молоком, жадібно ссало, вирвало. Дитина знайдена без свідомості, без дихання, серцебиття - 90 уд. за хв., м'язовий тонус різко знижений, шкіра бліда, акроціаноз.

Визначте діагноз.

Еталон відповіді:

Асфіксія в результаті аспірації молока.

Задача № 2

У дитини 9 міс, в поліклініці, на прийомі у лікаря-педіатра, розвинулась гостра дихальна недостатність на фоні обтурації дихальних шляхів стороннім тілом.

Визначте тактику і об'єм надання якісної медичної допомоги.

Еталон відповіді :

1. Видалення стороннього тіла:

- укласти дитину на своє передпліччя животом униз, голова повинна бути нижче тулуба і нанести 5 ударів по спині між лопатками основою долоні;
- перевернути дитину на спину і зробити 5 поштовхів у грудну клітину на 1 палець нижче міжсоскової лінії по подовжній осі груднини.
- якщо стороннє тіло видне в ротоглотці і немає небезпеки проштовхнути його – роблять спробу видалення.
- забезпечити прохідність дихальних шляхів і провести штучне дихання (ШД).

2. Якщо ШД не ефективне, повторити весь цикл спочатку.

Задача 3.

До дільничного лікаря звернулися батьки хлопчика 10 років. З анамнезу відомо, що він страждає дилатаційною кардіоміопатією, діагноз був встановлений ще у грудному віці. Наявність природженої вади серця була виключена у клініці серцево-судинної хірургії.

Скарги розпочалися з загальної слабкості, відчуття стиснення в грудях, задишки, сухого кашлю, головного болю. Потім дитина стала значно знервованою, вкрилася холодним потом, вираз обличчя став страдницький. В динаміці зростала тахікардія, задишка, яка перейшла в ядуху. Посилювалася робота дихальних та допоміжних м'язів. Став з'являтися центральний ціаноз. Пульс вкрай слабкого наповнення, артеріальний тиск 95/45 мм рт. ст. При перкусії зсув лівої межі відносної серцевої тупості вліво. При аускультатії тони серця різко послаблені, 115 за 1 хв., трьохчленний ритм протодіастолічного галопу, вислуховується систолічний шум з епіцентром над верхівкою серця.

ЕКГ: синусова тахікардія, вольтаж знижений, лівограма, негативний загострений зубець Т у відведеннях II, V5-6, aVL. Рентгенологічно: кардіомегалія, застій в легенях. Ехокардіографія: виражена дилатація лівого шлуночка, значне зниження фракції вигнання, відносна мітральна недостатність.

Протягом спостереження дитини під час транспортування до лікарні та у приймальному відділенні, стан її у динаміці погіршувався. Стала наростати задишка, частота дихання 40 за 1 хв., частота серцевих скорочень 130 за 1 хв., з'явилося клетотливе дихання, різке відчуття страху, хлопчик вкрився холодним потом. Кашель став вологим, з виділенням мокротиння, а над легенями стали вислуховуються різнокаліберні вологі хрипи.

Завдання:

- VII. Сформулюйте, який невідкладний стан має місце у даного пацієнта?
- VIII. Подайте план невідкладних терапевтичних заходів.
- IX. Подальша лікувальна тактика.

Еталон відповіді:

1. Гостра лівошлуночкова серцева недостатність – перехід серцевої астми у кардіогенний набряк легенів у дитини на тлі тяжкої дилатаційної кардіоміопатії.
2. Дитина має бути госпіталізована до відділення реанімації та інтенсивної терапії.
 - a. Підвищене положення пацієнта у ліжку (положення ліжку з підняттям головного кінця на 30°).

- b. Оксигенотерапія в режимі штучної вентиляції легенів з застосуванням піногасників (30% розчин етанолу або 10% розчин антифомсіналу). Відсмоктування слизу з верхніх дихальних шляхів.
- c. Петльові салуретики (фуросемід 1-2 мг/кг до 4 разів на добу) внутрішньовенно.
- d. Інфузійна терапія з використанням 10% розчину глюкози з доданням 4% розчину хлориду калія або панангіну. Добове надходження рідини обмежується до 2/3 вікової потреби. Харчування висококалорійне.
- e. Седативні, анагетичні засоби, антигіпоксанти (промедол 2% 0,05-0,1 мл/год, седуксен 0,1 мл/кг, ін.) внутрішньовенно.
- f. Інфузія допаміну 5-10 мкг/кг/хв або добутаміну – 5-15 мкг/кг хв внутрішньовенно за допомогою інфузійного насосу.
- g. Глюкокортикостероїди (преднізолон 5-7 мг/кг) внутрішньовенно.
- h. Корекція кислотно-лужного стану.
- i. Антимікробна терапія (антибіотики широкого спектру дії) внутрішньовенно.
- j. Муколітичні (ацетілцистеїн, ін.), ситуаційні засоби за показаннями. У подальшому – використання інгібіторів АПФ (каптопріл орально 12,5 мг кожні 12 годин), за показаннями – на тлі діуретичної терапії (гіпотіазід, ін.), можливо – підбір підтримуючої дози серцевих глікозидів (дігосину).
- k. У перспективі для поліпшення прогнозу та виживаємості даного пацієнта може розглядатися питання про можливість трансплантації серця.

Задача 4.

Хлопчика 2 років звернувся до поікліклініки в тяжкому стані зі скаргами на приступ збудливості, частого дихання, посилення ціанозу, знепритомнення. Напад тривав 25 хвилин.

Дитина з народження під наглядом кардіолога з приводу вродженої вади серця. При огляді - стан важкий, загальний ціаноз, відстає у фізичному розвитку. Має місце деформація пальців рук та ніг у вигляді “барабанних паличок” та “годинникових скелець”. При пальпації – посилений верхівковий поштовх, систолічне тремтіння, максимально виражене в III-IV міжребір’ях зліва від грудини. Перкуторно - права межа серця знаходиться по правій середньоключичній лінії, ліва – по лівій середньоключичній лінії. Аускультативно – грубий звучний систолічний шум максимально вздовж лівого края грудини,

проводиться за межі серця на спину. II тон на легеневою артерією різко ослаблений. Печінка на 1 см виступає з-під краю реберної дуги. Набряків немає.

На ЕКГ – зміщення ЕВС вправо, ознаки гіпертрофії правого передсердя та правого шлуночка.

На ЕхоКГ – розширена аорта “сидить” над дефектом міжшлуночкової перегородки, гіпертрофія правого шлуночку, стеноз легеневої артерії.

Обґрунтуйте діагноз та надайте невідкладну допомогу.

Еталон відповіді :

Діагноз: Вроджена вада серця зі збідненням малого кола кровообігу. Тетрада Фалло, фаза декомпенсації, гіпоксемічний приступ.

Невідкладна допомога:

Заспокоїти дитину; покласти на живіт в колінно-ліктьове положення; інгаляція зволженим O_2 через маску.

В/в крапельно:

1. Реополіглюкін 10-15 мл/кг в/венно крапельно
 2. 4% р-н натрію гідрокарбонату 4-5 мл/кг
 3. Розчин натрію гідрокарбонату 5% - 20,0
 4. 20% Глюкоза - 20 мл з 2 од інсуліну
 5. Кордіамін 0,02мл/кг підшкірно або в/мязеве
 6. При судомах 20% р-н оксибутирата натрія 50-100 мл/кг
 7. Обзидан 0,1% 0,5 мл.
 8. Обзидан 0,1% р-н 0,1-0,2 мг/кг в 10 мл 20% р-ну глюкози
- При неефективності – забезпечити ШВЛ.

Задача 5.

Дівчинка 12 років, поступила до стаціонару зі скаргами на запаморочення, підвищену втомлюваність, загальну слабкість. 1 хвилину тому відмічено втрату свідомості.

З анамнезу – протягом останнього місяця перехворіла на тяжку форму ГРВІ, на фоні якої з'явилися вищеназвані скарги.

Об'єктивно: бліда, мигдалики II ступеня, підщелепні лімфовузли дещо збільшені, не болючі. Межі серця відносної тупості: права – на рівні правої стернальної лінії, ліва – на 1 см зовні лівої середньоключичної лінії. Тони серця ослаблені, ЧСС 42 за 1 хвилину. В легенях перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно – дихання везикулярне. Живіт м'який, при поверхневій пальпації

безболісний. Печінка на 2 см виступає з під краю реберної дуги, селезінка – на 1см.

На ЕКГ – передсердний ритм (PP) регулярний і частіший за також регулярний шлуночковий ритм (RR). Зубці Р не зв'язані з комплексами QRS і знаходяться на різній відстані перед і за ними.

ЕхоКГ – зниження скоротливої здатності міокарду.

Обґрунтуйте діагноз та надайте невідкладну допомогу.

Еталон відповіді :

1. Діагноз:

2. Неревматичний кардит, враження провідникової системи, повна А-V блокада, гострий перебіг, важкий ступінь. Синдром Морган'ї-Адамса-Стокса.

Невідкладна допомога:

1. Горизонтальне положення з опущеною головою, яку обкладають пухирями з кригою.
2. Зовнішній масаж серця розпочинають з різкого удару по нижній 1/3 грудини.
3. При асистолії на фоні синкопального стану – 0,5% р-н ізадрину 0,5-2-5 мг/хв. в 100-200мл 5% р-н глюкози або 0,1% р-н адреналіну 0,1-0,5 мл на фоні продовження масажу серця.
4. При фібриляції, трипотінні шлуночків – електрична дефібриляція.
5. Термінова госпіталізація у відділення реанімації або інтенсивної терапії.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворого з патологією системи кровообігу	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку,

			колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	На основі об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз захворювання дітям з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових ІІ, ІV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок з можливістю виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожну його складову.
3	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1. Оцінити дані загального аналізу крові. 2. Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження дітей з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті, давати інтерпретацію отриманих результатів -
4	Інтерпретувати дані додаткових інстру-	Інтерпретувати дані Рo-графії органів грудної клітки	Звернути особливу увагу на ознаки остеопорозу, синовіту,

	ментальних досліджень.	та УЗД, денситометрії, ЕКГ	кардиту, наявність рідини, тощо.
5.	Провести диференційну діагностику.	<p>1.Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів.</p> <p>4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.</p>	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз.
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Сформулювати остаточний клінічний діагноз. • На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу. 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, що супроводжуються ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
7.	Призначити лікування пацієнту	<p>1.Призначити немедикаментозне лікування.</p> <p>2.Призначити медикаментозне лікування</p>	<p>Визначати групи препаратів для профілактики загострень захворювань з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті. Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно захворюванню.</p> <p>Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої</p>

			патології призначити сучасне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання
8	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті.	<p>33. Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями;</p> <p>34. Оцінюють стан дитини на момент огляду;</p> <p>35. Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати;</p> <p>36. Формулюють діагноз;</p> <p>37. Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень;</p> <p>38. Визначають групу по фізкультурі, групу інвалідності;</p> <p>39. Вирішують питання вакцинації;</p> <p>40. Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку.</p>	Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план диспансерного нагляду за дітьми дітям з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію патології, що супроводжується ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті	Перерахувати основні етіологічні фактори ризику виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей
Вивчити патогенез виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей	Виділити ключові ланки патогенезу даних захворювань
Вивчити клінічні прояви виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу поставити імовірний діагноз захворювань з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей
Вивчити діагностичні критерії виникнення раптової смерті або	Скласти структурну схему захворювань, при яких розвивається раптова смерть або

раптової серцевої смерті у дітей	раптова серцева смерть у дітей
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей зміни даних додаткових методів дослідження	Скласти план обстеження захворювань з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз захворювань з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого з патологією, що супроводжується ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті	Визначити лікувальну тактику при патології, що ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей
Визначити схему диспансерного спостереження за хворим з ризиком виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті	Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого і визначити прогноз при ризику виникнення раптової смерті або раптової серцевої смерті у дітей

VI ЛІТЕРАТУРА

1. Проект «Здоров'я матері та дитини». Національна конференція з питань малюкової смертності та попередження синдрому раптової дитячої смерті в Україні (Матеріали). //Современная педиатрия. – 2007. № 4(17).- С. 25-41.
2. Аряев М.Л., Кукушкін В.Н., Драгомирецкая О.І. Епідеміологічний підхід і математичне моделювання в профілактиці синдрому ранньої смерті дітей //Перинатологія та педіатрія. – 2002. - № 2.- С. 31-36.
3. Аряев М.Л., Кукушкін В.Н. Синдром внезапной смерти детей. – будет ли разгадка в XXI веке? //Перинатология и педиатрия. – 2011.- № 2 (46).- С. 72-74.
- 4.Сучасні медико-біологічні фактори ризику синдрому раптової смерті грудних дітей / Медведєва В. В., Кучеренко Н. П., Герасименко О.І. [та ін.] / Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2013. - № 1. – С. 89-93.

5. Зубов Л.А. Синдром внезапной детской смерти / Л.А. Зубов, Ю.М. Богданов, А.Ю. Вальков // Медицина неотложных состояний. — 2007. — № 2(9). — С. 114-124.
6. Морфологические особенности органов и систем при синдроме внезапной смерти младенцев / А.И. Герасименко, Т.И. Шевченко, В.В. Медведева и др. // Вестник неотложной и восстановительной медицины. — 2008. — Т. 9, № 4. — С 540-545.
7. Эпидемиология, предполагаемые факторы риска и принципы профилактики синдрома внезапной смерти детей грудного возраста / Н.В. Нагорная, Н.Н. Конопко, Е.В. Пшеничная, Е.В. Бордюгова // Здоровье ребенка. — 2007. — № 1. — С. 71-76.
8. Юлиш Е.И. Еще раз о младенческой смертности. Взгляд педиатра / Е.И. Юлиш // Здоровье ребенка. — 2007. — № 1. - С. 23-27.
9. Яковлева Э.Б. Синдром внезапной смерти грудного ребенка: акушерские проблемы / Э.Б. Яковлева, А.И. Герасименко, С.Н. Тутов // Новости медицины и фармации. — 2007. — № 12. — С. 218.
10. Infant sleep location: associated maternal and infant characteristics with sudden infant death syndrome revention recommendations / L.Y. Fu, E.R. Colson, M.J. Corwin, R.Y. Moon // J. Pediatr. — 2008. — № 153(4). — P. 503-508.
11. Ottaviani G. Crib Death: Sudden Unexplained Death of Infants / G. Ottaviani // The Pathologist's Viewpoint. — Springer. — 2007. — 146 p.
12. Sleep environment risk factors for sudden infant death syndrome: the German sudden infant death syndrome study / M.M.Vennemann, T. Bajanowski, B. Brinkmann et al. // Pediatrics. — 2009. — № 123(4). — P. 1162-1170.

Тема 55. Синдром жорстокого поводження з дитиною.

Теоретичні основи жорстокого поводження з дітьми в сім'ї. Поняття насильства в сім'ї. Категорія дітей, які пережили насильство. Причини і види жорстокого поводження з дітьми.

I. Актуальність теми:

Актуальність проблеми жорстокого поводження з дітьми полягає в тому, що різні види насильства над дітьми, ігнорування їх основних потреб тощо негативно впливають на розвиток, здоров'я та життя дитини, порушують її соціалізацію, породжують бездоглядність та злочинність серед дітей. В останні роки в Україні втілюється міжнародна практика протидіяння насильству в сім'ї. Раніше статистична інформація була виключно в компетенції правоохоронних органів; Уперше проблему жорстокого поводження з дітьми було сформульовано С.Н. Кемре в 1960 році на підставі аналізу 749 випадків так званого «синдрому побитої дитини».

Пізніше ця концепція постійно розширювалася, уточнювалася й доповнювалася. Про значення цієї проблеми свідчить «Декларація про протидіяння фактам жорстокого поводження з дітьми», яку було прийнято 36-ою Всесвітньою Медичною Асамблеєю в Сінгапурі в 1984 р., а потім доповнено у 1989 р. в Гонконгу та в 1990 р. в Іспанії. В Американській академії педіатрії існує самостійна секція «Жорстоке поводження з дітьми і занедбаність дітей», що віддзеркалює національне прагнення США до протидії насильству. Міжнародний досвід свідчить, що епідеміологічні дані постійно уточнюються з зростанням уваги до проблеми і удосконалення законодавства. В США частота жорстокого поводження з дітьми складає 6 на 1000 народжених живих.

Щорічно на кожен мільйон населення реєструється 700 випадків жорстокого поводження з дітьми, летальність становить 3%. У дітей віком від 1 до 6 місяців, жорстоке поводження як причина смерті немовлят, поступається тільки синдрому раптової смерті. У групі дітей 1-5 років ця нозоформа посідає друге місце по частоті серед причин несумісних з життям травм. Великобританії щорічно стають інвалідами 400 жертв жорстокого походження. Одна третина від загальної кількості жертв поганого ставлення – діти 1-го року життя, одна третина – у віці 1-6 років і одна третина – старші 6 років. Недоношені діти у 3 рази частіше зазнають жорстокого поводження у порівнянні з доношеними. У Польщі при патологоанатомічному дослідженні дітей, померлих від різного виду травм, 57% піддавалися жорстокому поводженню. Частота «синдрому побитої дитини» в Бельгії становить 24,6 випадків на 100000 населення. В Нідерландах щорічно

реєструється 50000 випадків жорстокого поводження з дітьми, 50 з яких гинуть. В Норвегії від сексуального насильства, здійсненого батьками над своїми дітьми постраждали 15% дітей, в Англії – 23%, в США – близько 25%. Значення негативного соціально-психологічного впливу в дитинстві на виникнення психічних розладів почало усвідомлюватися та визнаватися в середині 20 століття. Вплив жорстокого поводження з дитиною має важливу роль в патогенезі неврозів і психореактивних розладів.

Актуальним завданням є розробка і втілення технологій психологічної підтримки жертв насильства. З позиції охорони здоров'я жорстоке поводження з дітьми наносить шкоду здоров'ю дитини різного ступеню тяжкості, які нерідко вимагають довготривалої госпіталізації й значних затрат на оперативне чи консервативне лікування, загострення хронічних захворювань, викликаних фізичними чи психологічними факторами, розвиток фізичних симптомів депресії чи посттравматичного стресу, суїцидних намірів, інвалідизації, смерті.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

1. Студент повинен уміти: б1

- VII. Визначити частоту оглядів педіатра та залучення інших фахівців до онсультування дітей, що зазнали жорстокого поводження.
- VIII. Уміти скласти план клініко-діагностичних заходів при диспансерному спостереженні за дітьми, що зазнали жорстокого поводження;
- IX. Уміти скласти план лікувальних заходів при диспансерному спостереженні за дітьми, що зазнали жорстокого поводження;
- X. Застосовувати відповідну нормативно-правову базу при огляді хворого та спілкуванні з батьками дітей, що зазнали жорстокого поводження; .
Визначити необхідність і терміни проведення додаткових обстежень у хворих дітей, що зазнали жорстокого поводження;
Уміти спрогнозувати виникнення ускладнень, найближчого та віддаленого прогнозу у дітей, що зазнали жорстокого поводження;
Визначити можливість і критерії зняття з обліку дітей, що зазнали жорстокого поводження
2. Студент повинен знати: б2
- Методи оцінки загального кінчного стану у дітей, що зазнали жорстокого поводження.
 - Захворювання соматичного та інфекційного генезу, що мають симптоми схожі з тими, що мають місце у дітей, які зазнали жорстокого поводження.
 - Клінічні симптоми, які свідчать про жорстоке поводження з дитиною.
 - Принципи лікування та надання медико – психологічної допомоги дітям, що зазнали жорстокого поводження.

- Визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих дітей, що зазнали жорстокого поводження.
- Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми, що зазнали жорстокого поводження.

3. Студент повинен оволодіти:

Навичками:

54. Збирання скарг та анамнезу захворювання;
 - Обстеження хворих дітей, що зазнали жорстокого поводження.
Проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
 55. Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
 56. Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого (згідно стандартам діагностики);
 57. Визначити тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
 - А. Призначати комплекс лікувально-оздоровчих заходів у дітей, що зазнали жорстокого поводження.
 58. Визначати кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
 - Визначати план профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за дітьми, що зазнали жорстокого поводження;
 59. Визначати характер дієти, режиму, фізичних навантажень, продовження лікування після стаціонарного лікування, проведення вакцинації.
 - В. Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку за дітьми, що зазнали жорстокого поводження.
- Вміннями:
- Призначати обстеження хворим дітям, що зазнали жорстокого поводження.
Призначати лабораторне обстеження дітям що зазнали жорстокого поводження., травлення та трактувати показники отриманих даних.
- 1.2.44 На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз
- С. Складати алгоритм диференційної діагностики хворих що зазнали жорстокого поводження у різних вікових групах.
 - Д. Визначати групи препаратів для лікування дітей що зазнали жорстокого поводження.

1.2.45 Виділяти фактори ризику прогресування патології системи кровообігу.

1.2.46 Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми з патологією системи кровообігу.

1.2.47 Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)

III. Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом з патологією систем дихання, травлення та кровообігу та його батьками;
- Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги хворому з патологією системи кровообігу

IV. Зміст теми заняття може бути представленим:

Відповідно до Закону України „Про охорону дитинства” та Конвенції ООН про права дитини, кожній дитині гарантується право на свободу, особисту недоторканність, захист гідності та найкраще забезпечення її інтересів.

Проблема соціально - правового захисту дітей є актуальною для України особливо сьогодні, в часи складної ситуації на Сході України, політичної, економічної та соціальної нестабільності. Держава здійснює захист дитини від усіх форм насильства, образ, недбалого й жорстокого поводження з нею, залучення до найгірших форм дитячої праці, у тому числі з боку батьків або осіб, які їх замінюють, в першу чергу, на законодавчому рівні.

Дитина - правовий статус особи до досягнення нею повноліття. Малолітньою вважається дитина до досягнення нею чотирнадцяти років. Неповнолітньою вважається дитина у віці від чотирнадцяти до вісімнадцяти років.

Законні представники дитини - батьки, усиновителі, батьки-вихователі, прийомні батьки, патронатні вихователі, опікуни, піклувальники, представники закладів, інші особи, які виконують функції опікунів і піклувальників.

Жорстоке поводження з дитиною - будь-які форми фізичного, психологічного, сексуального або економічного насильства над дитиною в сім'ї або поза нею

Фізичне насильство над дитиною – дії із застосуванням фізичної сили стосовно дитини, направлені на спричинення їй фізичного страждання, що

заборонені законом. Фізичне насильство в сім'ї передбачає умисне нанесення одним членом іншому побоїв, тілесних ушкоджень, що може призвести до смерті, порушення фізичного або психічного здоров'я, посягання на його честь і гідність.

Сексуальне насильство або розбещення – протиправне посягання однієї особи на статеву недоторканість іншої, дії сексуального характеру стосовно дитини, що проявляються як зґвалтування, сексуальні домагання, непристойні пропозиції, будь-які образливі дії сексуального характеру.

Психологічне насильство – вплив однієї особи (групи осіб) на психіку дитини, з використанням словесних образ, погроз, переслідування, залякування, критика, маніпуляції, що може призвести до виникнення у дитини пригніченого або хронічного тривожного стану, затримки чи відставання психоемоційного, когнітивного, соціального та фізичного розвитку тощо.

Насильство в сім'ї над дитиною охоплюється поняттям жорстокого поводження з дітьми, що означає «будь-які форми фізичного, психологічного, сексуального або економічного та соціального насилля над дитиною в сім'ї або поза нею» (п. 1.4 Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або реальної загрози його вчинення, затвердженого наказом Державного комітету України у справах сім'ї та молоді, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України 16 січня 2004 р. №5/34/24/11).

Наводимо перелік ознак, які можуть вказувати на жорстоке поводження з дитиною та потребують негайного реагування:

Гематоми – подряпини, синці на сідницях, задньому боці стегон і нижній частині спини часто є наслідком застосування тілесних покарань;

1.2.48- поява гематом після того, як дитину били рукою, ременем, батоном або іншим предметом, свідчить про те, що удари були досить сильними для того, щоб викликати розрив кровоносних судин;

1.2.49- синці на щоках, мочках вух, верхній губі, передпліччі і шиї, а також ушкодження добре захищених частин тіла, таких як сідниці, черевна стінка, внутрішня поверхня стегон та геніталії – не можуть бути отримані іншим шляхом, аніж насильство;

– наявність глибокої канавки на пенісі дитини може пояснюватись тим, що пеніс неодноразово перев'язувався шнурком, щоб дитина просилась» на горщик;

1.2.50- синці на щоках або мочках вух часто виникають у результаті ляпасів або потиличників;

1.2.51- мікроскопічні крапкові синці, іноді їх можна виявити в заушній області;

- 1.2.52- обрис руки на обличчі дитини від ляпасу може свідчити про силу удару і навіть можливу черепно-мозкову травму;
- 1.2.53- гематоми на внутрішній і зовнішній поверхні верхньої губи дитини зазвичай виникають у результаті травматичного впливу пляшечки в процесі насильницького годування або коли батьки намагаються будь-якими засобами заспокоїти заплакану дитину;
- 1.2.54- сліди від щипання, захоплення, стискання, ударів рукою мають характерну форму;
- лінійні гематоми шириною 2–5 см, що іноді повторюють контури предмета, майже завжди свідчать про побиття паском або ременем характерні сліди у формі пряжки), лінійкою, батогом тощо;
 - гематоми у вигляді петельок від биття складеним удвічі шнуром або проводом;
- 1.2.55 - характерні сліди (пухирі, натертості, порізи) на щиколотках, зап'ястках від зв'язування або прив'язування до чогось;
- потертості, гематоми в ділянці рота може свідчити про те, що дитині в рот вставляли кляп, щоб змусити її припинити плакати або кричати;
- 1.2.56 - множинні шрами або гематоми на різних частинах тіла
- Опіки – сигаретні опіки, що мають округлу форму у вигляді пухирів або ерозії, приблизно однаковий розмір і заглиблення посередині;
- 1.2.57 - опіки у вигляді тавра, що повторюють обриси предмета (праски, радіатора, щипців для завивки волосся, розпеченої виделки тощо);
- 1.2.58 - опіки круглої форми, які пошкоджують тільки геніталії та сідниці, виникають від занурення дитини у гарячу воду;
- i. - «бубликовий опік» – опік, при якому ушкоджуються сідниці, геніталії, задня поверхня стегна і ніг, а непошкодженим залишається місце, яке притискається до дна ванни і тим самим захищається від довготривалого контакту з гарячою водою;
- «панчішний опік» – занурення у гарячу воду ніг дитини;
 - «рукавичковий опік» – аналогічний опік рук.

Опіки першого ступеня

Шкіра червоніє й припухає. Якщо площа такого опіку невелика, його звичайно вважають несильним і він не вимагає термінової медичної допомоги. До першого ступеня належить більшість сонячних опіків.

Опіки другого ступеня

Шкіра покривається пухирями й дрібними плямами й набуває темно-червоного відтінку. Часто відмічається сильний біль і набряки ураженого місця. Якщо розмір опіку другого ступеня не перевищує 5–7 см і він не на руках, ступнях, обличчі, сідницях, у паху або в ділянці великого суглоба, його можна вважати несильним і він не вимагає термінової медичної допомоги.

Опіки третього ступеня

Шкіра здається почорнілою або білою. Дитина може зазнавати сильного болю, а якщо сильно ушкоджені нервові закінчення – не відчувати ніякого болю. Основною причиною виникнення опіків третього ступеня є зіткнення з гарячими предметами, киплячим жиром і відкритим вогнем.

Травми голови

- ii. субдуральні гематоми – скупчення крові під твердою мозковою оболонкою;
 - ретинальні крововиливи – крововилив у сітківку очей;
- iii.- переломи черепа або ушкодження головного мозку через биття дитини по голові або об стіну, двері тощо;
- iv.- множинні або складні переломи черепа з високою ймовірністю свідчать про те, що травма була завдана навмисно;
- v.- широка залисина на голові, підшкірні крововиливи або хворобливі відчуття від доторку до волосистої частини голови, найчастіше свідчать про те, що дитину часто тягають за волосся;
- vi.- наявність синців під обома очима, нездорова набряклість і синюшний колір повік свідчить про те, що дитину неодноразово били навідріг по очах або по голові;
- vii.- скупчення крові в ділянці верхньої і нижньої повіки може бути також ознакою великої гематоми на чолі або перелому основи черепа;
 - запаморочення, неясність свідомості, ускладнене дихання, конвульсії або судоми.

Внутрішньочеревні травми

- ушкодження печінки, розриви селезінки або травми товстого кишечника і підшлункової залози можуть свідчити про серйозне побиття дитини;
- ушкодження нирок викликають удари по спині;
- viii. - гематоми на животі можуть свідчити про наявність внутрішніх ушкоджень;

- блювота, болі у животі;
- блідий або сіруватий колір шкіри, що стає прохолодною та вологою на дотик; слабе, прискорене серцебиття в поєднанні з поверхневим диханням;
- - фіксований погляд (можливі розширення зіниць), а також втрата свідомості можуть свідчити про гіповолемічний шок (зниження обсягу крові) в результаті внутрішньої кровотечі.

Переломи кісток

- спіральні переломи унаслідок хапання і викручування кінцівок;
- осколкові переломи й переломи у вигляді «вербового прута», які виникають в результаті вивертання, викручування або розтягання кінцівок дитини;
- кутовий перелом є результатом навмисно завданої травми, коли при викручуванні відбувається відрив у зоні росту кістки;
- спіральні переломи виникають у випадках, коли один кінець кістки зафіксований, а другий з силою викручують;
- переломи ребер;
- викручування суглобів;
- переломи в незвичайних місцях (лопатки, ключиці, грудини).

Самі по собі синці, звичайно, не є підставою для звернення по термінову медичну допомогу, однак здоровий глузд підказує, що будь-яка травма, що призвела до виникнення множинних гематом, може виявитися достатньою, щоб викликати інші серйозні ушкодження, особливо коли мова йде про деякі найуразливіші частини тіла. Якщо гематоми виявлено в ділянці живота, завжди є ймовірність розриву внутрішніх органів. Гематоми можуть також бути над місцями переломів. Щоб відрізнити випадкові травми від навмисно завданих, необхідно знати, де і як виникають випадкові ушкодження: у дітей будь-якого віку часто страждають випнуті частини тіла, такі як коліна, лікті, передпліччя, гомілки, чоло й підборіддя. Найбільше забитих місць, саден і синців буває на колінах і гомілках. Забиті місця на чолі є звичайним явищем для дітей, які вчаться ходити, і найчастіше трапляються у віці понад два роки, коли діти починають активно бігати й повзають. Коли діти спотикаються й падають, у них з'являються характерні синці – зазвичай округлої форми, без характерних обрисів; протягом перших декількох місяців життя діти часто самі собі роздряпають щоки, вуха, ніс і очі. Сліди подібних ушкоджень проходять, як тільки батьки починають регулярно стригти дітям нігті; у деяких випадках дивні, що часто виникають гематоми, можуть бути проявом спадкових захворювань

крові. У випадку виявлення подібних гематом необхідно, щоб лікар-гематолог взяв необхідні аналізи крові й поставив точний діагноз.

Опіки

Приблизно у 10-ти відсотках випадків фізичного насильства мають місце опіки. Про навмисність завдання травм у ряді випадків свідчить форма опіків. Сухі контактні опіки виникають у результаті того, що ту або іншу частину тіла дитини притискають до нагрівального приладу, наприклад, до праски, батареї або ґрат радіатора, або тримають руку дитини над гарячим пальником чи електричною плитою. Ступінь серйозності опіку залежить не тільки від температури гарячого предмета або рідини, але й від тривалості безпосереднього впливу. Діти інстинктивно відсуваються від джерел тепла після випадкового зіткнення з ними, наявність великої кількості дуже сильних опіків завжди свідчить про те, що дитину насильно тримали поблизу гарячого предмета або в гарячій рідині.

Травми голови

Травми голови, особливо в дітей молодшого віку, можуть призвести до серйозних незворотних ушкоджень головного мозку. Субдуральні гематоми, ретинальні крововиливи, множинні переломи черепа й будь-які інші серйозні або небезпечні для життя травми, що ніби то виникли в результаті випадання з ліжечка або колиски, необхідно кваліфікувати як наслідки насильства над дитиною. В одному дослідженні були проаналізовані травми, які дістали 246 дітей молодшого віку, що випадково випали зі своїх ліжечок або колисок. У 80 відсотках випадків діти взагалі не дістали ніяких травм. В інших 20 відсотках випадків вони обійшлися одиничними синцями, шишками або порізами. Тільки в 1 відсотку випадків діти дістали переломи черепа, до того ж ці переломи були одиничними й лінійними. Ще 1 відсоток дітей мали недавні переломи в інших місцях, найчастіше переломи ключиці або плечової кістки. Важливо відзначити, що в жодної дитини не були зареєстровані субдуральні гематоми, ретинальні крововиливи або будь-які інші серйозні або небезпечні для життя травми. У більшості випадків візуальний огляд не дозволяє виявити травми голови, однак соціальний працівник повинен негайно ініціювати лікарське обстеження, якщо в ході розслідування було встановлено, що дитина могла дістати або дістала таку травму.

Ушкодження внутрішніх органів

Внутрішні органи дітей молодшого віку слабо захищені, і їхнє ушкодження є другою за поширеністю причиною смерті дітей, що зазнали насильства. У більшості випадків травми виникають у результаті нанесення удару рукою або ногою в ділянку живота. Пошкодження внутрішніх органів можуть залишатися

непомітними протягом кількох днів. Вони дуже небезпечні й потребують негайного медичного втручання.

Переломи кісток

Переломи кісток вимагають негайного медичного втручання. Рентгеноскопічне обстеження дітей, що стали жертвами фізичного насильства, у понад 20 відсотках випадків виявляє наявність у них переломів кісток, що перебувають на різних стадіях загоєння. Це дуже важливо для виявлення випадків насильства над дітьми, оскільки вказує на їхній повторний характер. У дослідженні дітей, що дістали переломи у віці до 1 року встановлено, що у 55% випадків ці переломи були наслідком насильства. Діти, що ще не навчилися ходити, звичайно не в змозі прикласти зусилля, щоб виник перелому, і не можуть забиратися на висоту, падіння з якої може викликати подібну травму.

Виявлення сексуального насильства над дитиною

Найчастіше в літературі виділяють 7 груп наслідків сексуального насильства, але наявність будь-якого з нижче перерахованих симптомів самі по собі не є прямим показником сексуального насильства. Ці ознаки можуть підштовхнути до детальніших досліджень, щоб відкинути чи підтвердити сексуальне зловживання стосовно дитини:

Фізичні порушення

Оральні симптоми - екзема, дерматит, герпес на обличчі, губах, у ротовій порожнині; відмова від їжі (анорексія); переїдання (булімія).

Анальні симптоми - пошкодження прямої кишки; почервоніння ануса; варикозні зміни; ректальні кровотечі.

Вагінальні симптоми - порушення дівочої пліви та проникні травми геніталій; розширення піхви; свіжі пошкодження (рани, подряпини); супутні інфекції, інфекції, що передаються статевим шляхом; вагінальні кровотечі, пошкодження (рани, подряпини); супутні інфекції, інфекції, що передаються статевим шляхом;

- наявність синців у різних частина тіла;
- наявність гематом і укусів на грудях, сідницях, ногах, нижній частині живота,
- стегнах;
- вагітність;
- уретральні запальні процеси

Афективні порушення, зміни у емоційному стані

- відчуття провини, сорому;
- заглиблення у себе;
- замкненість, ізоляція, уникнення контактів з однолітками;
- фобії, страхи, тривога, зокрема, які мають неочікуваний, незрозумілий за природою початок (страх знімати білизну на медогляді, страх темряви або тривожність перед настанням вечірньої пори, страх чоловіків аб конкретних людей, страх залишатися на самоті з конкретною людиною тощо);
- прихована та придушена агресія, злість.

Когнітивні порушення

- розлади уваги;
- порушення концентрації пам'яті, сприймання;
- різке погіршення у навчанні.

Поведінкові симптоми

- агресивна і жорстока поведінка, крадіжки, делінквентність;
- регресивна поведінка дитини (тобто повернення до більш ранніх форм поведінки, які вже були подолані у зв'язку з віком), особливо у малих дітей (наприклад, смоктання пальців, нетримання сечі);
- втечі з дому (найчастіша та зрозуміла реакція у випадку інцесту);
- аддиктивна поведінка (вживання алкоголю, інших психоактивних речовин).

- іх. синдром «брудного тіла»: постійне перебування у ванній, під душем, що має характер настирливості;
- х. вжиття дитиною запобіжних заходів, щоб важче було знімати одяг
(багато пасків, одночасно надягнені декілька пар штанців тощо).

Самодеструктивна поведінка

- самокалічення;
- суїцидальні думки;
- спроби суїциду

Психопатологія – неврози;

- розлади характеру;
- психотичні риси характеру;
- депресії.

Сексуалізація поведінки

- систематична нав'язлива мастурбація (навіть у присутності інших дітей або дорослих);
- рання мастурбація (допубертатна);
- невідповідні віку сексуальні ігри, сексуалізована поведінка, ініціювання сексуальних дій з іншими, схиляння однолітків або молодших дітей до сексуальних маніпуляцій;
- відверті пропозиції або натяки дітям або дорослим щодо готовності задовольнити будь-які сексуальні бажання (просто так або ж за певну винагороду);
- нетипові для такого віку знання про секс, статеві органи тощо;
- проміскуїтет (вступ у безладні статеві стосунки, постійна зміна статевих партнерів);
- залучення до комерційного сексу

Сексуальні зловживання часто призводять до тонких поведінкових змін у дитини, яка постраждала, часто вони малопомітні, на відміну від різних медичних симптомів. Сексуально образливі дії стосовно дітей завдають їм глибокої травми, і реакція на неї може проявлятися різними способами. Реакція дітей, які зазнали сексуального насильства, більшою мірою залежить від їхнього віку, рівня розвитку, характеру зловживань, їхнього ставлення до того хто здійснював насильницькі дії тощо. В цілому підлітки, порівняно з дітьми, дають більш хворобливі і різнобічні реакції на сексуальне насильство. Вони сприймають це як катастрофу, як епізод, що кардинально змінює все життя, як явище, що не можна пережити. Страх, виражена тривожність, пригніченість, розгубленість, відраза – спектр емоційних проявів, що найчастіше трапляються у підлітків, які зазнали сексуального насильства. У разі, якщо сексуальне насильство тривало певний час і з раннього віку дитини та вчасно не виявлене, дитина може засвоювати таку поведінку як норму, у результаті відбувається сексуалізації її власної поведінки, швидше може наставати період пубертату. Часто такі діти ініціюють статеві контакти з молодшими дітьми, однолітками або ж дорослими, відверто пропонують або ж натякають дітям або дорослим про готовність задовольнити будь-які сексуальні бажання (просто так або ж за певну винагороду). Таку поведінку дорослі (навіть спеціалісти) можуть трактуватись як

результат сексуальної розбещеності дитини унаслідок «впливу друзів», підозрювати її у перегляді порнографії тощо, насправді ж це зазвичай є яскравим свідченням тяжкої психічної травми дитини, що не була своєчасно виявлена та відпрацьована.

Нормативно-правові документи, які регламентують діяльність закладів охорони здоров'я

Згідно постанови Кабінету Міністрів України від 28 листопада 2007 р. № 1364 «Про затвердження Типового положення про відділ охорони здоров'я районної державної адміністрації» відділ охорони здоров'я організовує відповідно до законодавства роботу з охорони материнства дитинства, контролює стан здоров'я дітей та забезпечує в установленому законодавством порядку розгляд звернень громадян, контролює проведення цієї роботи в закладах охорони здоров'я.

Керівник навчального закладу направляє дитину до закладу охорони здоров'я у супроводі педагогічного працівника (класного керівника, вихователя, вчителя або медичної сестри) у разі виявлення потреби дитини у негайному чи додатковому медичному огляді або лікуванні.

Спільний наказ Міністерства внутрішніх справ та Міністерства охорони здоров'я України від 10 травня 1993 року № 307/105 "Про порядок обліку випадків звернення до медичних установ і міськрайлінорганів внутрішніх справ громадян з тілесними ушкодженнями кримінального характеру" регламентує і порядок звернень громадян, які отримали тілесні ушкодження у випадках насильства в сім'ї.

Цим наказом керівників лікарень, госпіталів, профілакторіїв, клінік, травмунктів та інших медичних установ зобов'язано негайно інформувати органи внутрішніх справ про всі випадки звернення за медичною допомогою осіб з вогнепальними, ножовими пораненнями та з іншими тілесними ушкодженнями, якщо є підстави вважати, що вони отримані внаслідок правопорушень, а всі відомості про звернення таких осіб записуються до спеціального журналу медичної установи, який є документом суворої звітності. В журналі фіксуються такі відомості:

- А. дата, час звернення потерпілого;
- В. прізвище, ім'я, по батькові, місце роботи, посада потерпілого, № службового телефону;
- С. адреса потерпілого, № квартирному телефону;
- Д. обставини події (дата, час, місце, інші відомості);
- Е. прізвище, адреса особи, яка, на думку потерпілого, завдала йому тілесні пошкодження, в який спосіб;

- F. дата, час і хто із медичних працівників повідомив до міліції;
- G. прізвище чергового, який отримав повідомлення;
- H. характер та локалізація ушкоджень;
- I. примітка (куди був направлений потерпілий).

Крім того, звернення до медичної установи завжди фіксується в амбулаторній картці хворого або в історії хвороби, які також є документами, що підтверджують факт звернення та наявність тілесних ушкоджень.

Щодо порушень психічного здоров'я, жертві насильства потрібно звернутися до спеціалізованої установи допомоги жертвам насильства - центру медико-соціальної реабілітації жертв насильства в сім'ї, кризового центру, або до психоневрологічного диспансеру за місцем проживання. Подальші дії регламентує Закон України "Про психіатричну допомогу" - проведення психіатричного огляду за усвідомленою згодою особи. Жертві насильства обов'язково потрібно наголосити на причинно-наслідковому зв'язку свого психічного стану з фактом насильства в сім'ї та прослідкувати, щоб це було зазначено у медичній документації.

Порядок направлення жертви насильства на судово-медичну експертизу, проведення освідчення та судово-медичної експертизи жертви насильства

Направлення громадян на судово-медичну експертизу та порядок її проведення регламентовано наказом МОЗ України від 17.01.1995 р. № 6 "Про розвиток та вдосконалення судово-медичної служби". Цим наказом затверджено Інструкцію про проведення судово-медичної експертизи, Правила судово-медичного визначення ступеня тяжкості тілесних ушкоджень та Правила проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів в бюро судово-медичної експертизи.

За цими нормативними документами "судово-медична експертиза проводиться згідно з постановою особи, що проводить дізнання, слідчого, прокурора, судді, а також ухвалою суду" згідно з Кримінальним та Кримінально-процесуальним кодексами України. Щодо проведення судово-медичних експертиз (обстежень) з приводу статевих станів (згвалтування, статевий акт з неповнолітньою, розбещення неповнолітньої тощо), то "у виняткових випадках для своєчасного вилучення зразків для лабораторного дослідження допускається проведення обстеження за заявою потерпілих, а також за заявою батьків або законних представників неповнолітніх. Про проведення такого обстеження судово-медичний експерт повинен негайно інформувати органи слідства (дізнання)."

○ Матеріали методичного забезпечення заняття

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Дайте визначення жорстокого поводження з дитиною.
2. Які існують види жорстокого поводження з дитиною.
3. Якою є нормативно-правова база, що регламентує роботу дільничного лікаря із дитиною, що зазнала жорстокого поводження?
4. Дайте визначення поняттю фізичного насильства над дитиною.
5. Дайте визначення поняттю насильства в сім'ї.
6. Які мають бути дії дільничного лікаря згідно існуючого законодавства при виявленні випадку жорстокого поводження з дитиною?
7. Яка найтипівіша локалізація гематом при жорстокому поводженні з дітьми?
8. Яка найтипівіша локалізація опіків при жорстокому поводженні з дітьми?
9. Які відхилення у поведінці є найбільш характерними при жорстокому поводженні з дітьми?
10. Перерахуйте основні ознаки сексуалізації поведінки.
11. Яку медичну документацію необхідно оформити у випадку звернення до закладу охорони здоров'я дитини, що зазнала жорстокого з нею поводження?

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Чим найчастіше супроводжується поранення статевих органів у дівчат?
 - A. Кровотечею
 - B. Інфікуванням
 - C. Розладом функції суміжних органів
 - D. Больовим синдромом
 - E. Всі відповіді вірні.
2. У хлопчика 10 років в результаті травми внаслідок жорстокого поводження відзначається компресійний перелом тіла Th10" хребця, Які групи симптомів повинні бути вивчені?
 - A. Ознаки перелому тіл хребців
 - B. Неврологічні симптоми
 - C. Ознаки ушкодження, клініка ушкодження внутрішніх органів

D. Ознаки перелому хребців, неврологічна симптоматика.

E. Ознаки перелому хребців, неврологічна симптоматика, стан внутрішніх органів і систем

3. Зазначте найбільш часте пошкодження кісток у дітей при фізичному насильстві

A. Частковий розрив зв'язок гомілковостопного суглоба.

B. Епіфізеолізи дистального відділу великогомілкової кістки.

C. Епіфізеоліз дистального відділу променевої кістки.

D. Епіфізеолізи дистальних відділу пальців стопи.

E. Переломи тазових кісток.

4. Ознакою чого вважається поява крепітації при пальпації повік у випадку травми ока внаслідок фізичного насильства у дитини ?

A. Пошкодження гратчастої кістки.

B. Крововилив у порожнину орбіти.

C. Розрив повік.

D. Пошкодження слізних каналців.

E. Гематоми повік.

5. До чергового лікаря невідкладної допомоги у поліклініці звернулася дівчинка 5 років, яку привів старший брат із скаргами на те, що під час сварки з матір'ю батько дитини у стані алкогольного сп'яніння жбурнув на дівчинку відкриту пляшечку з фукарцином, після чого у дитини виникла пекуча біль у глазу та слезотеча. Чим нейтралізувати цей аніліновий барвник при наданні невідкладної допомоги дитині?

A. Борною кислотою

B. Содовим розчином

C. Таніном

D. Левоміцетіном

E. Розчином марганцевокислого калію.

6. Яка площа опіків III а-б ступеня у дітей від 1 до 3 років не є критичною:

A. 15%

B. 20%

C. 25%

D. 30%

E. 35%

7. У дитини 4 років внаслідок недбалого ставлення до неї виник опік верхніх кінцівок 3 ступеню. При якій мінімальній площі глибокого ураження розвивається опікова хвороба у дітей 3-5 років:

- A. 1-3%
- B. 3-5%
- C. 5-7%
- D. 8-10%
- E. 11-15%

8. Дівчинка, 8 років, батьки ведуть асоціальний спосіб життя, вириває волосся на волосистій частині голови, кусає руки, при цьому посміхається, як би відчуваючи насолоду. Усамітнюється для цих дій. Пояснює: "мені подобається"

- A. Мазохистські порушення потягів
- B. Садисткі порушення потягів
- C. Нав'язливість
- D. Параноїдальне марення.
- E. Усі відповіді вірні.

9. У дівчинки 7 років, батьків якої позбавили батьківських прав, порушився сон, зник апетит. Похмура, мова тиха, рухи повільні, на вечір тривожна, плаксива, з'являється ознобоподібне тремтіння, тахікардія, скаржиться на неприємні відчуття усередині, говорить "Я - погана"

- A. Іпохондричний синдром
- B. Синдром вітальної депресії
- C. Кататонічний синдром
- D. Астенічний стан
- E. Сенсорна афазія

10. Поставте діагноз. Хвора, 13,5 років, примхлива, після постійних конфліктів в сім'ї скаржилася на похитування при ході, потім на неможливість пересуватися. У постілі рухова функція кінцівок збережена

- A. Конверсивний розлад
- B. Паралічі і парези
- C. Соматоформний розлад
- D. Адаптаційні реакції
- E. Депресія

Відповіді: 1 А, 2 D, 3 С, 4 А, 5 С, 6 А, 7 С, 8 А, 9 В, 10 А.

Ситуаційні задачі:

Задача 1:

Швидка допомога доставила у медичний заклад дівчину Ганну. Вік: 15 років. Вага: 32 кг. Зріст: 169 см. Після обстеження дівчині встановлено діагноз: анорексія. Бабуся, що супроводжувала дівчинку до лікарні, просила лікарів матір до Ганни не пускати. Прохання бабусі не виконали, мати відвідувала Ганну. Після візиту матері стан дівчинки різко погіршився: вона постійно плакала, відмовлялась дотримуватись порад лікаря, кричала про те, що не хоче жити. Така ситуація повторювалась ще декілька разів, після чого лікарі вирішили дійсно заборонити пускати матір до лікарні.

Запитання

- Виділіть проблему або комплекс проблем у цій ситуації.
- Встановіть можливі причини, що призвели до розвитку такої ситуації.
- Чи можна припускати жорстоке поводження щодо дитини у сім'ї? Які індикатори про це свідчать?

Еталони відповідей:

1. Дитина навмисно відмовляється від їжі, протестуючи проти відповідних стосунків матері, що склалися у сім'ї.
2. Причинами, що призвели до розвитку даної ситуації є конфлікт з матір'ю, можливе постійне приниження дитини.
3. Так, не виключене жорстоке поводження щодо дитини та недбале відношення до неї. Про це свідчать ознаки стресової ситуації на протязі тривалого часу, значне зниження ваги дитини та відмова від їжі.

Задача 2:

Лідія А. – 20 річна мати-одиначка, яка живе зі своєю донькою Тамарою (2,5 року). В минулому Лідія працювала, але на сьогодні вона утримує себе і Тамару за рахунок грошей, які отримує на дитину. Двічі на тиждень Лідія ходить на курси, і в ці дні вона віддає дитину в дитячий садок. Нещодавно вихователька помітила, що у Тамари регулярно почали з'являтися помітні синці на передпліччях, ногах та спині, а також сліди (як їй здалось) від опіків та ременя на сідницях. Вона проінформувала з цього приводу Службу у справах дітей. Вихователька розповіла працівнику Служби, що вже протягом декількох місяців Тамара плакала і опиралась, коли її відводили до туалету, також дитина ховалась, коли «ходила під себе», а коли цей факт викривали – дуже плакала і закривала

обличчя або взагалі намагалася втекти. Крім того, дівчина підвищено тривожилась, коли хтось говорив про туалет. Вихователька заявила про те, що це було зовсім не схожим на Тамару, яка завжди була веселою, усміхненою дитиною, яка залюбки спілкувалась з персоналом та іншими дітьми.

Запитання

- ▶ Виділіть проблему або комплекс проблем у цій ситуації.
- ▶ Встановіть можливі причини, що призвели до розвитку такої ситуації.
- ▶ Чи можна припускати жорстоке поводження щодо дитини у сім'ї? Які індикатори про це свідчать?

Еталони відповідей:

1. У дитини виник страх покарання з приводу енкопрезу, що може бути фізіологічним у цьому віці.
2. Причиною даної ситуації є неадекватне ставлення матері дитини до цього та відповідне фізичне покарання за це.
3. Так, наявне жорстоке ставлення до дитини у вигляді фізичного насильства. Про це свідчать синці на кінцівках та сліди від побиття ременем на спині дитини.

Задача 3:

Світлана (29 років), розлучена і одна виховує двох дітей – Ваню (9 років) і Валю (4 роки). Світлана та її діти живуть на кошти, виплачувані на дітей. Ваня ходить до школи, Валю Світлана тричі на тиждень водить в дитячий садок, коли відвідує курси шиття. Медсестра у школі повідомила соціальному педагогу, що Ваня прийшов до школи з великим синцем на лобі та під оком. На відповідне запитання медсестри, хлопчик сказав, що впав з велосипеда. Під час огляду медсестра виявила численні гематоми на інших частинах тіла Вані – на сідницях, передпліччях, ногах та спині. Деякі з них вже майже загоїлися, а деякі були новими. Медсестра сказала Вані, що він ніяк не міг дістати всі ці пошкодження, впавши з велосипеда, і попросила його розповісти, що трапилось насправді. Ваня розплакався і відповів, що «мати розлютилась і запустила у нього сковорідку, тому що вона посмажила рибу, а він її не захотів їсти». Він також повідомив: «Вона інколи б'є мене, коли сердиться. Вона каже, що якщо вона не примусить мене бути слухняним, то, коли я виросту, стану таким, як батько».

Запитання

- Чи мають підстави підозри медсестри щодо жорстокого поводження з Ванею? Обґрунтуйте, чому?
- Як передовсім має вчинити соціальний педагог школи?
- Які фахівці мають бути залучені до розв'язання ситуації?
- Розробіть конкретну програму дій щодо покращення ситуації

Еталони відповідей:

1. Так у медсестри є підозри щодо жорстокого поводження з дитиною, оскільки наявні численні гематоми та синці на різних частинах тіла.

2. Повідомити адміністрацію закладу с подальшим повідомленням соціальних служб у справах дітей.

3. Лікар, психолог, судово - медичний експерт.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для
формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворої дитини з наявними наслідками фізичного насильства	1.Провести збір скарг, анамнезу.	Звернути увагу на особливості перебігу даних симптомів, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникненню ознак жорстокого поводження з дитиною.
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	На основі об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз.
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок

		систем	з наявними зовнішніми ознаками щодо фізичного насильства дитини.
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожен його складову.
3	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1. Оцінити дані загального аналізу крові. 2. Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження, давати інтерпретацію отриманих результатів -
4	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Рентгенографії органів грудної клітки та УЗД, денситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки остеопорозу, синовіїту, кардиту, наявність рідини, тощо.
5.	Провести диференційну діагностику.	1. Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів. 4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз.
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Сформулювати остаточний клінічний діагноз. • На підставі попе- 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення

		реднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу.	основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
7.	Призначити лікування пацієнту	1. Призначити немедикаментозне лікування. 2. Призначити медикаментозне лікування	Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання
8	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми з патологією системи кровообігу.	41. Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями; 42. Оцінюють стан дитини на момент огляду; 43. Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати; 44. Формулюють діагноз; 45. Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень; 46. Визначають групу по фізкультурі, групу інвалідності; 47. Вирішують питання вакцинації; 48. Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку.	Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план диспансерного нагляду за дітьми що зазнали фізичного насильства та жорстокого поведіння. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію та види жорстокого поведіння з дітьми	Перерахувати основні етіологічні фактори патології системи кровообігу у дітей
Вивчити патогенез патології системи кровообігу у дітей	Виділити ключові ланки патогенезу даних захворювань
Вивчити клінічні ознаки фізичного насильства щодо	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу

дітей.	поставити імовірний діагноз.
Вивчити діагностичні критерії жорстокого поводження з дитиною.	Скласти структурну схему захворювань та невідкладних станів, до яких призводить жорстоке поводження з дитиною.
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для ознак фізичного насильства щодо дитини, зміни даних додаткових методів дослідження	Скласти план обстеження захворювань системи дихання у дітей та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз захворювань та невідкладних станів, до яких може призвести жорстоке поводження з дитиною.
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування дитини, що зазнала жорстокого поводження.	Визначити лікувальну тактику.
Визначити схему диспансерного спостереження за дитиною, що зазнала фізичного насильства.	Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого і визначити прогноз.

Граф логічної структури
«Інтегроване ведення роботи щодо попередження жорстокого та
зневажливого ставлення до дитини»
 (Р.О. Моїсеєнко , 2013).

Чи є дитина жертвою насильства або зневажливого ставлення?
 ЯКЩО у дитини є фізичні ушкодження або ушкодження статевих органів,
 АБО недостатня вага/ознаки недостатнього харчування,
 АБО затримки/вади розвитку,
 АБО дитина не щеплена,
 АБО батьки не звертаються за медичною допомогою,
 ТОДІ ПЕРЕВІРТЕ НАЯВНІСТЬ ОЗНАК ЖОРСТОКОГО І ЗНЕВАЖЛИВОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДИТИНИ

СПОСТЕРІГАЙТЕ ТА ПЕРЕВІРЯЙТЕ	
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Наявність підозрілих фізичних ушкоджень/травм</u> , що можуть бути результатом жорстокого ставлення (напр. велика кількість синців, виділення слизу, ушкодження (шрами) статевих органів або заднього проходу, шрами від ременя, опіки і переломи у дітей молодше 1 року).
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Батьки не поспішають звертатися за медичною допомогою</u> у випадку фізичного ушкодження.
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Недостатні пояснення або пояснення не відповідає типу травми</u> або виділенням зі статевих органів.
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Недостатній догляд за дитиною</u> : Ігнорування захворювань, не проведені щеплення, поганий стан шкіри, зубів, волосся і нігтів, дитина знаходиться без догляду.
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Аномальна поведінка дитини</u> : сексуально забарвлена, "заморожена", агресивна гіперактивність, дитина уникає зорового контакту з батьками.
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Аномальна поведінка батьків/опікунів</u> : байдужі, караючі, що обороняються, гіпераклопотані, з низьким рівнем самооцінки, що знаходяться в депресії.
<input checked="" type="checkbox"/>	<u>Фактори ризику в родині</u> : насильство в родині, алкогольна/наркотична залежність, психічні захворювання, соціальна ізоляція, безпритульна/покинута дитина.

Класифікуйте ознаки жорстокого поводження

Симптоми (будь-що з наведеного)	Вірогідність жорстокого/ зневажливого відношення	Послідовність необхідних дій
Наявність підозрілих фізичних пошкоджень Батьки не звертаються за допомогою Пояснення не відповідає травмі	Висока	1. ТЕРМІНОВО спрямувати у спеціалізоване відділення 2. ПОВІДОМИТИ відділ опіки та піклування щодо попередження жорстокого/зневажливого ставлення до дитини
Недостатній догляд за дитиною Аномальна поведінка дитини Аномальна поведінка батьків/опікунів Наявність факторів ризику в сім'ї	Середня	1. Запланувати відвідання вдома протягом 10 діб 2. Спрямувати у відділ опіки та піклування, соціальні служби для профілактичної роботи 3. Проконсультувати батьків з метою розвитку позитивних навичок у вихованні дитини 4. Поінформувати батьків про особливості розвитку дитини та заходах безпеки
Відсутність ознак сумісних з вірогідністю жорстокого/зневажливого відношення до дитини	Низька	1. Проконсультувати батьків з метою розвитку позитивних навичок у вихованні дитини (доступність, уважність, взєморозуміння, співробітництво, постійність) 2. Поінформувати батьків про особливості розвитку дитини та заходах безпеки

VI ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Р.О. Моїсеєнко. Окремі питання розвитку соціальної педтрії в Україні. - Современная педиатрия.5(53), 2013- с.24-28.
2. Судебно-медицинская экспертиза половых состояний (Практическое руководство для студентов, врачей, юристов). – Симферополь: Издат. Центр КГМУ, 2001 – 206 с.
3. Бухтіарова Т.М., Мішалов В.Д., Кулініченко В.Л., Карагодіна О.Г., Онишко Ю.В. Жорстоке поводження з дітьми: етичні, правові, медичні та організаційні аспекти. \Навчально-метод. Посібник. – Київ, 2009. – 102 с.
4. Герасименко О.І. Судово-медична експертиза (загальна частина). – Донецьк: Норд-Прес, 2007. – 508 с.
5. Жестокое обращение с детьми: Помощь детям, пострадавшим от жестокого обращения, и их родителям (Под ред. Т.Я. Сафоновой и Е.И.Цымбала) – М.: ПМСЦ «ОЗОН», 2001. – 123 с.
6. Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» (Відомості Верховної Ради (ВВР), 2002. – № 10. – С.70.
7. Загальна декларація прав людини від 10 грудня 1948р.
8. Зверєва І.Д., Безпалько О.В., Марченко С.Я. Соціальна робота в Україні.– К.: Наук.світ, 2003. – 233 с.
9. Журавлева Т. М., Сафонова Т. Я., Цымбал Е. И. Помощь детям — жертвам насилия. — М. : Генезис, 2006. — 112 с.
10. Закон України «Про правила етичної поведінки» від 17 травня 2012 року № 4722;
10. Наказ Міністерства соціальної політики України, Міністерства внутрішніх справ України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства охорони здоров'я України від 19.08.2014 року № 564/863/945/577 «Про затвердження Порядку розгляду звернень та повідомлень з приводу жорстокого поводження з дітьми або загрози його вчинення», який зареєстрований в Міністерстві юстиції України 10.09.2014 за № 1105/25882);
11. Закон України «Про охорону дитинства» від 26 квітня 2001 року № 2402-III;

12. Закон України «Про попередження насильства в сім'ї» від 15 листопада 2001 року № 2789-III;
13. Постанова Кабінету Міністрів України від 15 лютого 2006 року № 148 «Про затвердження типового положення про центр для ВІЛ-інфікованих дітей та молоді»;

Додаткова:

1. Бондаровська В.М. Школа для батьків / Бондаровська В.М. – К. : «Батискаф», 2003. – 320 с.
2. Будзинська Аліція. Як опитувати дитину: poradnik для фахівців, які беруть участь в опитуванні малолітніх свідків та потерпілих /Будзинська Аліція. – Варшава: Фундація “Нічийні діти”, 2007. – 34 с.
3. Методичні матеріали для працівників освіти, спрямовані на покращення алгоритму виявлення випадків насильства щодо дітей / [Буров С., Онишко Ю., Смилова Л., Ясиновська М.] – К. ВГЦ «Волонтер», 2007. –56 с.
- 4 . Організація роботи підрозділів ОВС, що здійснюють профілактичну роботу серед дітей, у сфері протидії жорстокому поводженню з дітьми та насильству в сім'ї: методичний посібник/ Авт. кол.: Гришко А.А., Журавель Т.В., Кочемировська О.О., Лазаренко О.О., Сергеева К.В.; за ред. Т.В. Журавель, О.О. Кочемировської. – К.: «Обнова», 2013. – 172 с.
5. Защита детей от жестокого обращения / Под ред. Е. Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2007. – 256 с.: ил.- (Серия «Детскому психологу»).
6. Проблемы насилия над детьми и пути их преодаления / Под ред. Е. Н. Волковой. – СПб.: Питер, 2008. – 240 с.: – (Серия «Детскому психологу»).
7. Райкус Дж., Хьюз Р. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: Практическое пособие: В 4 т. Т. II. Планирование и семейно-ориентированная социальная работа. – СПб.: Питер, 2009. – 256 с.
8. Райкус Дж., Хьюз Р. Социально-психологическая помощь семьям и детям групп риска: Практическое пособие: В 4 т. Т. I. Концептуальные основы социальной работы с детьми. – М.: Национальный фонд защиты детей от жестокого обращения, 2008. – 288 с.

Тема 56. Організація невідкладної допомоги дітям в амбулаторних умовах.

Провідні клінічні симптоми та синдроми при невідкладних станах у дітей: укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, чужорідні тіла, утоплення.

I. Актуальність теми:

Поняття “екстрена медична допомога ” (ЕМД) і “невідкладна медична допомога” Закон трактує як однотипні за суттю і визначає їх як вид медичної допомоги, який надається на догоспітальному етапі на місці події або у відділенні екстреної (невідкладної) медичної допомоги пацієнту у невідкладному стані силами працівників екстреної (швидкої) медичної допомоги (фахівців з медицини невідкладних станів) на основі клінічних протоколів і стандартів з екстреної медичної допомоги, в тому числі й під час виникнення надзвичайних ситуацій і ліквідації її наслідків. Тому невідкладні стани у дітей, які зазнали впливу таких екзогенних чинників, як укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, наявності чужорідних тіл, утоплення потребують надання кваліфікованої та адекватної допомоги перш за все на догоспітальному етапі, оскільки такі хворі звертаються найчастіше до найближчих за містом події поліклінічних заходів охорони здоров'я.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

- Студент повинен уміти: б1

А. - На підставі анамнестичних даних і об'єктивного обстеження уміти в короткий термін розпізнати провідний синдром невідкладного стану дитини, пов'язаний з укусами тварин та комах, перегріванням та переохолодженням дитини, отруєнням, наявністю чужорідних тіл, утопленням на амбулаторно - поліклінічному етапі спостереження.

В. - Провести диференціальну діагностику зазначених невідкладних станів на догоспітальному етапі.

С. - Здійснювати невідкладну допомогу при укусах тварин та комах, перегріванні та переохолодженні дитини, отруєнні, наявності чужорідних тіл, утопленням на догоспітальному етапі.

Д. - Визначити подальшу тактику при спостереженні за дитиною, що перенесла відповідний невідкладний стан

- Студент повинен знати: б2

- - Методи проведення об'єктивного і додаткового обстеження із відповідними невідкладними станами та трактувати їх дані.
- --Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем та основні патогенетичні механізми розвитку відповідних невідкладних життєвонебезпечних станів у дітей.
- -Основні групи фармакологічних препаратів, необхідних для надання екстреної медичної допомоги при вищезазначених невідкладних станах у дітей.
- - Як визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих після перенесених відповідних невідкладних станів.
- - Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми, що перенесли укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, після вилучення чужорідних тіл, утоплення.

- Студент повинен оволодіти: 63

Навичками:

60. -Збирання скарг та анамнезу захворювання;
61. -Обстеження хворих з вищезазначеними невідкладними станами, проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
62. -Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
63. -Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого після перенесених відповідних невідкладних станів. (згідно стандартам діагностики);
64. -Визначити тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
65. -Призначати комплекс лікувально-оздоровчих заходів після перенесених вищезазначених невідкладних станів.;
66. -Визначити кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
67. -Визначити план профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за дітьми, що перенесли укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, після вилучення чужорідних тіл, утоплення.
68. -Визначити характер дієти, режиму, фізичних навантажень, продовження лікування після стаціонарного лікування, проведення вакцинації.
69. -Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни

спостереження, зняття з обліку дітей, що перенесли відповідні невідкладні стани..

70.

Вміннями:

- 1.2.59-Призначати обстеження дітям, що перенесли укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, вилучення чужорідних тіл, утоплення.
- 1.2.60-Призначати лабораторне обстеження дітям, що перенесли відповідні невідкладні стани та трактувати показники отриманих даних.
- 1.2.61 - На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз
- 1.2.62 - Скласти алгоритм диференційної діагностики хворих при відповідних невідкладних станах.
- 1.2.63- Визначати групи препаратів для лікування дітей при укусах тварин та комах, перегріванні та переохолодженні дитини, отруєнні, вилученні чужорідних тіл, утопленні.
- 1.2.64 -Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми, що перенесли вищезазначені невідкладні стани. .
- 1.2.65- Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)

Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- - Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при спілкуванні з пацієнтом з патологією систем дихання, травлення та кровообігу та його батьками;
- - Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги дітям при укусах тварин та комах, перегріванні та переохолодженні дитини, отруєнні, наявності чужорідних тіл, утопленні.

Зміст теми заняття може бути представлений:

НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ЕКЗОГЕННОГО ГЕНЕЗУ

Утоплення

Діагностичні критерії:

1. З'ясувати (по можливості) обставини випадка (скільки часу знаходився у воді, механізм утоплення, властивості води на догоспитальному етапі практичного значення не мають).

2. При справжньому втопленні (аспірація рідини в легені) спостерігається ціаноз шкіри і слизових оболонок, набрякання шийних і великих підшкірних вен, виділення з ротової порожнини пінистої рідини.

3. При сінкопальному виді утоплення (рефлекторна зупинка серцевої діяльності і подиху при швидкому зануренні у воду) - шкіра бліда, виділень з носу і ротоглотки немає.

4. При асфіктичному утопленні (спочатку виникає ларінгоспазм із гіпоксією і гіперкапнією) - клініка подібна до справжнього втоплення; при цьому велика кількість води попадає в шлунок.

5. Термінова оцінка стану подиху і серцевої діяльності.

Медична допомога:

1. Покласти дитину, що потонула, через стегно своєї ноги лицем вниз і видалити воду з ротоглотки, дихальних шляхів і шлунка; очистити ротову порожнину від стороннього вмісту.

2. Провести реанімаційні заходи по загальним принципам (див. прот. - клінічна смерть).

3. При збереженому або відновленому подиху - інгаляція 100% кисню в кількості 10-12 л/хв; після попередньої премедикації 0,1% атропіну сульфату 0,1 мл/рік життя (не більш 0,5 мл) внутрішньо, рання інтубація трахеї, ШВЛ.

4. Додати потерпілому положення Тренделенбурга (з піднятим ножним кінцем), зігріти пацієнта.

5. Дренування шлунка через зонд.

6. Термінова госпіталізація до ВІТ.

7. При підозрі на травму шийного відділу хребта:

7.1. Уникати зсуву голови стосовно корпусу, підтримувати голову і шию потерпілого на одному рівні зі спиною.

7.2. Укласти потерпілого на дошку і зафіксувати до неї (простирадлом, ковдрою, ременями і т.п.).

7.3. Накласти комір Шанца.

7.4. При проведенні реанімації - шию не розгинати.

Теплова травма

Діагностичні критерії:

1. Тривалий вплив теплового фактора на організм дитини може викликати загальне перегрівання і/або тепловий удар.

2. При загальному перегріванні скарги на слабкість, головний біль; шкірні покриви вологі, підвищення температури тіла, тахікардія, ортостатична гіпертензія. У важких випадках спостерігаються нестабільність АТ, аритмії серцевої діяльності, мігреноподібні і міньєроподібні пароксизми, астенія, уповільнення зорово-моторних реакцій.

3. При тепловому ударі розрізняють 4 ступеню тяжкості стану:

* тепловий удар легкого ступеню - слабкість, головний біль, запаморочення, спрага, нудота; температура нормальна або субфебрильна, рясне потовідділення; тахікардія;

* тепловий удар середньої тяжкості - пульсуючий головний біль, нудота, блювота; температура тіла підвищена до 38-39 град. С, шкіра гіперемірована, рясне потовідділення; дратівливість, немотивований гнів; гіперрефлексія, порушення координації рухів; виражена тахікардія;

* тепловий удар важкого ступеню - сильний головний біль, запаморочення, порушення зору, багаторазова блювота; психомоторне порушення, дезорієнтація, порушення свідомості; гіперрефлексія, тонічні і клонічні судороги, патологічні рефлекси, парези і паралічі; температура тіла підвищена до 40-41 град. С, виражена тахікардія, аритмія серцевої діяльності; може розвиватися мозкова кома;

* тепловий удар у край важкого ступеня - клінічна смерть.

Медична допомога:

1. Ізолювати потерпілого в прохолодне місце. Холодна вода або лід (у целофанових мішках) на шию, у пахвові западини, на пахові області. Жаропонижуючі ліки недоцільні.

2. Інгаляція 100% кисню в кількості 10-12 л/хв.

3. Бензодіазепіни (седуксен, реланіум, діазепам, сибазон) у дозі 0,2-0,5 мг/кг внутрім'язово.

4. Глюкокортикоїди в дозі 2-3 мг/кг (по преднізолону)

внутрім'язово.

5. При судомах - бензодіазепіни 0,5 мг/кг внутрієнно або 1% гексенал 5-7 мг/кг, при відсутності ефекту - інтубація трахеї (без премедикації атропіном) і переведення на ШВЛ.

6. Інфузія 0,9% NaCl з 5% розчином глюкози в співвідношенні 1:1 у дозі 20 мл/кг/година.

7. При необхідності - СЛЦР.

8. Госпіталізація до соматичного стаціонару, у важких випадках - до ВІТ.

Холодова травма

Діагностичні критерії:

1. При впливі низьких температур на організм дитини можуть виникати місцеві (локальні) ушкодження у вигляді відморожень і/або загального переохолодження організму.

2. З'ясувати час перебування на холоді, можливість вживання алкоголю.

3. Враховувати, що в механізмі загального переохолодження ведучу роль має не стільки температура навколишнього середовища, скільки його підвищена вологість.

4. При локальних відмороженнях розрізняють 4 ступеню ушкодження тканин:

I ступінь - шкіра бліда, оніміла, "задубілі" кінцівки,

II ступінь - міхури із серозно-геморрагічним умістом,

III ступінь - повний некроз шкіри,

IV ступінь - некроз сухожиль і м'язів.

5. При загальному переохолодженні розрізняють 4 ступеню важкості стану:

* перший ступінь - температура тіла в межах 36-37 град. С за рахунок збільшеної теплопродукції, біль різної інтенсивності, гіпо- або анестезія шкіри;

* другий ступінь - температура знижується до 35-34 град. С, бліда і холодна шкіра, помірна тахікардія, артеріальна гіпертензія, легке психічне порушення;

* третій ступінь - температура тіла знижується до 34-30 град. С, м'язовий тремор переходить у задубіння, зникнення больового відчуття; свідомість

поплутана, тахікардія змінюється брадикардією і аритмією, артеріальна гіпотензія;

* четвертий ступінь - холодний шок.

Медична допомога:

1. При відмороженнях - зігрівання уражених ділянок грілками, пластиковими мішками з теплою водою; заборонено розтирати снігом або льодом. Помістити потерпілого в тепле приміщення.

2. Накладення на відморожені ділянки сухих асептичних пов'язок.

3. При загальному важкому замерзанні - реанімаційні заходи.

4. При загальному замерзанні - не змінювати різко положення тіла (можливе виникнення фібриляції, а при заледенінні - травми).

5. При виникненні фібриляції - дефібриляція, при відсутності ефекту - продовжити зігрівання і повторна дефібриляція при температурі тіла не менш 35 град. С.

6. При загрозованих порушеннях подиху - після попередньої премедикації 0,1% атропіну сульфату 0,1 мл/рік життя (не більш 0,5 мл), введення внутрієнно, кетаміну в дозі 5 мг/кг і проведення інтубації трахеї і переведення хворого на ШВЛ теплою киснево-повітряною сумішшю, при неможливості інтубації - крікоконікотомія.

7. При явищах холодного шоку - катетеризація магістральних судин, інфузія теплої (38-40 град. С) ізотонічного розчину натрію хлориду в кількості 10-20 мл/кг за годину.

8. Аналгезія: трамадол 1-2 мг/кг або ренальган 0,5-5,0 мл, або 50% анальгін 0,3-0,5 мг/кг із діазепамом (седуксеном) 0,2-0,3 мг/кг внутрієннєво або промедол 0,01 мг/кг внутрієннєво з діазепамом.

10. Госпіталізація: при легких ступенях відмороження - доставка до травматологічного пункту, при середньоважких і важких - до опікового відділення; при холодному шоці - до ВІТ.

Укуси отруйних членистоногих

Укуси скорпіонів викликають гострий болісний біль в зоні попадання отрути. Виразима почервоніння і набряку в зоні поразки варіює в дуже великих межах. Іноді в зоні жалення виникають поверхневі пухирі з рідиною. Симптоми загального отруєння організму наголошуються лише в окремих потерпілих,

переважно в дітей дошкільного віку. Спостерігаються загальне нездужання, головний біль, запаморочення, познабливання, болі в області серця, задишка, серцебиття.

Укуси каракурта не викликають скільки-небудь вираженої місцевої реакції на отруту, але супроводжуються значним і своєрідним отруєнням організму. Протягом 5-20 хвилин розвивається різко виражена м'язова слабкість, порушення ходи, з'являються різкі болісні болі в кінцівках, поперековій області і животі.

Укуси інших павуків і сколопендри супроводжується слабою місцевою реакцією на отруту і не вимагають спеціального лікування.

Жалення **ос** і **бджіл** супроводжується різко локальною больовою реакцією, появою в зоні поразки поміркованого почервоніння і набряку. Важкі загальні отруєння – судороги, втрата свідомості, блювота – спостерігаються лише при множинних жаленнях (смертельні виходи зареєстровані при декількох сотнях жалень).

Допомога при укусах бджіл (ос, джмелів), змії

З усіх комах найбільшу небезпеку для людини становлять оси (шершень, звичайна оса тощо) і бджоли. Вони мають отрутний апарат, який складається із двох залоз (кислої і лужної), що з'єднуються з жалом. Оси доволі часто залітають у будинки, коли там варять варення, у гастрономи, де продають фрукти і цукерки. Оси Легко (Подразливі і миттєво завдають укол, який супроводжується пекучим болем. На місці уколу виникає зона запалення, деколи з'являється набряк. Він може зникнути через Декілька годин або днів. Найважчі наслідки можуть бути при жаленні слизових оболонок рота (під час споживання фруктів або варення). А як першу допомогу — слід прикласти холод.

Бджоли поза гніздом чи вуликом майже не пускають у хід жало, але коли небезпека загрожує їхній домівці — вони нападають роєм. Ступінь отруєння після укусів бджіл залежить від кількості одночасних укусів, місця враження та індивідуальної реакції організму до бджолої отрути. На місці враження з'являється пекучий біль, почервоніння, розвивається набряк. Деколи можливе загальне отруєння організму. Необхідно видалити жало, промити ранку етиловим чи нашатирним спиртом. Дати випити постраждалому стакан міцного і солодкого чаю. Біль вгамовує лід, свинцеві примочки. Найнебезпечнішими є укуси ротової порожнини. Набряк, що виникає після укусу, може розповсюдитись на гортань і зів, та призвести до удушення. Отож, щоб полегшити біль при укусах комах (оси, бджоли), необхідно: видалити зі шкіри жало; прикласти примочки з розчиненої у воді харчової соди; накласти лід на 20 хв. протягом декількох годин.

За характером дії отрути змії поділяють на дві групи: «*кров'яні отрути*» (отрути гадюк) і *нервово-паралітичні* (отрути кобр). Укус гадюки особливо

небезпечний для хворих людей. Отрути гадюк викликають як місцеву дію (сильний біль, набряк, крововиливи), так і загальну токсичну дію на організм (ослаблення серцевої діяльності, зниження артеріального тиску тощо). Крововиливи у внутрішні органи бувають небезпечними для життя. У важких випадках смерть може настати від таких ускладнень навіть за кілька днів після укусу.

Отрута кобр діє на нервові центри, перш за все, на дихальний; смерть настає від паралічу дихальних м'язів. Сила дії отрути залежить від її кількості, місця укусу і фізіологічного стану людини.

Для того щоб захиститися від укусів змій та інших отруйних тварин, потрібно знати, які отруйні тварини трапляються в даній місцевості, та особливості поведінки цих тварин; уміти розрізнити ознаки отруйних і неотруйних тварин (наприклад, вужа і гадюки) і уникати з ними контакту; пам'ятати, що різкі рухи тільки привертають-увагу цих тварин і можуть викликати їх напад.

Правила першої допомоги при укусах змій: слід створити всі умови для негайного введення сироватки; *забезпечити потерпілому нерухомість*, оскільки надмірні рухи сприяють швидкому проникненню отрути у кров; звільнити кінцівки від взуття, шкарпеток, браслетів, тощо, оскільки може виникнути набряк; *не перетягувати гумовим джгутом кінцівку вище від місця укусу*, оскільки це може призвести до порушення обміну речовин в ураженій ділянці; *не надрізати краї рани і не відсмоктувати з неї кров*, оскільки через пошкодження слизової оболонки ротової порожнини отрута може швидко потрапити у кров; дати випити значну кількість рідини (води, кави, чаю). Після надання першої допомоги ***потерпілого необхідно доставити у медичний заклад для введення антитоксичної сироватки*** — у місцевостях, де трапляються отруйні тварини, у розпорядженні медичних працівників є набір таких сироваток. Особливо небезпечними для здоров'я є **нейротоксичні отрути**. При їх потрапленні в організм людини *перед лікарем стоїть завдання відновити дихання, захистити клітини мозку від ураження*.

Добре допомагає змащування, місця укусу свіжим соком цвіту нагідок чи витяжки нагідок.

- A. Богульник – витяжка, 2 ст. ложки на склянку окропу.
- B. Відвар з коріння череди.
- C. Листя петрушки – сік з листя тертого коріння петрушки, як знеболюючий засіб.
- D. Подорожник широколистий – свіжі порізані листя прикладені до місця укусу.
- E. Цвіт малини – змастити настоєм.

F. Таблетка валідолу – прикласти до місця укусу.

G. Розтерти листя м'яти, кульбаби.

Термінові міри після укусу комара москіта

Витяжкою з нагідок змащувати місце через кожні 15-20 хв. Посипати порошком фурациліну місце укусу після змащування витяжкою нагідок.

- Мазь з олії богохульника – змастити місце укусу.
- 1. Намочити місце укусу 5% содовим розчином, після цього помазати дитячим кремом.
- 2. Вкушене місце протерти розчином аміаку.
- 3. Компрес з тертої сирової картоплі.
- 4. Область укусу змастити 1-2 % розчином калію перганманату спиртової – ефірної суміші.
- 5. Соком листя петрушки змастити місце укусу.

Укус тварини.

Укушені рани завжди забруднені різними мікроорганізмами, що знаходяться в порожнині рота тварин і людини. При укусах хворих на сказ тварин можливе зараження людини. Найчастіше кусають домашні собаки, рідше кішки і дикі тварини (лисиці, вовки). Велику небезпеку представляють укуси тварин, хворих на сказ (надзвичайно важким вірусним захворюванням). Вірус сказу виділяється зі слиною хворих тварин і потрапляє в організм потерпілого від укусів через рану шкіри або слизової оболонки. Більшість укусів тварин слід вважати небезпечними в сенсі зараження сказом, тому в момент укусу тварина може не мати зовнішніх ознак захворювання. У собак сказ частіше проявляється сильним збудженням, розширенням зіниць, наростанням неспокою. Собака може тікати з дому, накидатися без гавкоту і кусати людей і тварин, проковтувати різні неїстівні предмети. Спостерігаються сильне слиновиділення і блювота. Водобоязнь не є обов'язковим симптомом хвороби.

Перша допомога. При наданні першої допомоги потерпілому від укусу тварини не слід прагнути до негайної зупинки кровотечі, тому що воно сприяє видаленню з рани слини тварини. Рану промивають мильним розчином, шкіру навколо неї обробляють розчином антисептичного засобу (спиртовим розчином йоду, розчином марганцевокислого калію, етиловим спиртом і ін), а потім накладають стерильну пов'язку. Постраждалого доставляють в травматологічний пункт або іншу лікувальну установу. Питання про проведення щеплень проти сказу вирішує лікар – інфекціоніст.

Допомога при попаданні чужорідних тіл у вухо, ніс, очі .

Сторонні тіла зовнішнього слухового проходу. Розрізняють два види чужорідних тіл - живі й неживі. Живі - це комахи (клопи, таргани, мошки, мухи та ін) , неживі - дрібні предмети (гудзики, намистини, горох, кісточки від ягід, насіння, шматки вати і ін), які потрапляють в зовнішній слуховий прохід. Неживі чужорідні тіла, як правило, не викликають ніяких больових відчуттів і знаходження їх у вусі не веде до яких-небудь серйозних наслідків. Тому невідкладної допомоги в таких випадках не потрібно.

Всякі спроби оточуючих або самого потерпілого видалити стороннє тіло можуть лише сприяти подальшому проштовхування цих тіл в глиб слухового проходу, тому видалення сторонніх тіл неспеціалістами категорично забороняється. Живі сторонні тіла можуть викликати неприємні, суб'єктивні відчуття - почуття свердління, печіння, біль.

Невідкладна допомога - необхідно заповнити слуховий прохід рідким маслом, борним спиртом або водою і змусити потерпілого кілька хвилин полежати на здоровій стороні. При цьому комаха гине негайно ж і суб'єктивні розлади проходять. Після зникнення неприємних відчуттів у вусі потерпілого необхідно покласти на хвору сторону.

Нерідко разом з рідиною з вуха видаляються і чужорідні тіла. Якщо тіло залишається у вусі, то хворого слід доставити до лікаря - отоларинголога. Сторонні тіла порожнини носа.

Частіше зустрічаються у дітей, які самі заштовхують в ніс дрібні предмети (кульки, намистини, шматки паперу або вати, ягоди, гудзики та ін.) У якості першої допомоги можна порадити хворому сильно висякатися, закривши при цьому другу половину носа. Видалення сторонніх тіл виробляє лікар. Особливою терміновості у видаленні чужорідних тіл немає, проте до лікаря слід звернутися в перші дні, так як при тривалому перебуванні в носі сторонніх тіл розвиваються запалення, набряки, а іноді виявлення і кровотечі.

Сторонні тіла очей. Дрібні не гострі предмети (смітинки, мошки, піщинки, вії тощо), затримуючись на кон'юнктиві (слизова оболонка), викликають гостре відчуття печіння в оці, посилення при миганні, сльозотеча. Якщо чужорідне тіло не видалити, виникає набряк кон'юнктиви, почервоніння, порушується функція очі (зір). Сторонній предмет зазвичай розташовується під верхнім або нижнім століттям. Чим раніше видалено чужорідне тіло, тим швидше пройдуть всі викликані явища. Терти очей не можна, оскільки це ще більше дратує

кон'юнктиву. Необхідно оглянути очей і видалити смітинку. Спочатку оглядають кон'юнктиву нижньої повіки: хворого просять подивитися вгору, який надає допомогу відтягує нижню повіку вниз, тоді добре видна вся нижня частина кон'юнктиви. Сторонній предмет видаляють щільним ватним гнотиком, сухим або вологим. Видалення чужорідного тіла з-під верхнього століття дещо складніше - необхідно вивернути повіку назовні кон'юнктивою. Для цього хворого просять направити погляд вниз, який надає допомогу, захопивши двома пальцями правої руки верхню повіку, відтягує його вперед і вниз, потім вказівним пальцем лівої руки, накладеним поверх верхнього століття, загортає його рух знизу вгору. Після видалення стороннього тіла хворого просять подивитися вгору і вивернуте повіку повертається самостійно в звичайне положення. вивертанню століття сприяє будь-яка кругла паличка, олівець і т. д. З метою профілактики інфекції після видалення стороннього тіла в око закапують 2-3 краплі 30%-ного розчину сульфацил-натрію (альбуцид-натрій). Категорично забороняється видалення сторонніх тіл, з рогівки. Це можна зробити тільки в лікувальному закладі. При проникних сторонніх тілах, а також при пораненнях, що проникають в порожнину очного яблука, в порядку першої допомоги можна закапати в око 2-3 краплі 30%-ного розчину сульфацил-натрію і накласти стерильну марлеву пов'язку. Таких хворих слід негайно відправити до лікарні.

Обструкція дихальних шляхів стороннім тілом

Діагностичні критерії:

1. При підозрі на обструкцію дихальних шляхів стороннім тілом необхідно швидко оцінити ступінь обструкції, наявність свідомості, адекватність газообміну.
2. При частковій обструкції (нормальний колір шкірних покривів, збережений кашель) втручання на догоспітальному етапі не показано.
3. При обструкції з порушенням дихання (слабкість, неефективний кашель, хрипи, що свистять на вдиху, ціаноз, втягнення міжреберних проміжків) і швидкому наростанні гіпоксії необхідне термінове втручання; при обтурації (хворий не може говорити, кашляти, дихати) - також необхідно термінове втручання.

Медична допомога:

1. Видалення стороннього тіла в грудних дітей (молодше 1 року):

1.1. Укласти дитину на своє передпліччя животом униз, голова повинна бути нижче тулуба і нанести 5 ударів по спині між лопатками основою долоні.

1.2. Перевернути дитину на спину і зробити 5 поштовхів у грудну клітку на 1 палець нижче міжсоскової лінії по подовжній осі груднини.

1.3. Якщо стороннє тіло видне в ротоглотці і немає небезпеки проштовхнути його - роблять спробу видалення. Видалення стороннього тіла наосліп у маленьких дітей протипоказано через небезпеку збільшити обструкцію.

1.4. Забезпечити прохідність дихальних шляхів і провести ШВЛ.

1.5. У випадку неефективності ШВЛ - змінити положення голови і повторити спробу ШВЛ.

1.6. У випадку безуспішності заходів - повторити весь цикл спочатку.

У дітей 1-8 літнього віку:

2.1. Утримувати дитину на своєму стегні вниз головою, ударити 5 разів між лопатками.

2.2. Перевернути дитину на спину. Швидко натиснути на грудину на рівні міжсоскової лінії 5 разів.

2.3. Оглянути ротоглотку, спробувати видалити стороннє тіло. Після видалення - ШВЛ.

2.4. При безуспішності заходів - повторювати весь цикл до витягнення стороннього тіла.

3. У дітей старше 8 літнього віку:

3.1. Зробити прийом Геймліха: стати позад сидячої або стоячої дитини, обхопити її руками навколо талії, надавити на живіт і зробити різкий поштовх нагору по середній лінії живота між пупком і мечоподібним відростком.

3.2. Виконати кожен поштовх 5 разів.

3.3. Якщо хворий лежить - використовувати положення "вершника": зробити різкий поштовх проксимальною частиною нижньої долоні хрестоподібно складених рук між пупком і мечоподібним відростком, поштовхоподібно натискати в напрямку усередину і нагору 5 разів.

3.4. З появою стороннього тіла в ротоглотці спробувати його видалити і зробити ШВЛ.

3.5. При неефективності заходів - зробити 5 ударів між лопатками і 5 ударів по грудині, потім - ШВЛ.

3.6. Продовжувати прийом Геймліха до ліквідації обструкції, чергуючи зі ШВЛ.

3.7. Невідкладна госпіталізація до ЛОР-відділення.

Примітки: * при повній обтурації дихальних шляхів стороннім тілом варто вибирати метод, що виявиться ефективним, тому що він є актом життєзабезпечення;

- у дитини, що знаходиться у свідомості, вищенаведені прийоми проводяться в положенні стоячи або сидячи, у дитини без

свідомості - лежачи на боці;

- у новонароджених і маленьких дітей маніпуляції проводять у положенні лицем вниз на стегні реаніматора, тиск на грудну клітку робиться двома пальцями, компресія живота не застосовується.

Отруєння продуктами горіння

Діагностичні критерії:

1. Тяжкі ушкодження органів подиху виникають у всіх осіб, що знаходилися поблизу вогню, особливо при пожежах у закритих приміщеннях.

2. Важка патологія може розвиватися у потерпілих навіть без видимих ознак опіку шкіри, однак можуть бути опіки лица, грудної клітини, ротоглотки, обпалені волоски носових ходів, сажа в мокротинні.

3. Об'єктивно спостерігаються диспное, захриплість голосу, стрідор і різнокаліберні хрипи на видиху.

4. Синдром нерідко поєднується з черепно-мозковими травмами та травмами кісток, іншою патологією, що супроводжується порушенням свідомості.

5. Ознаки наростаючої гіпоксемії з метаболічним ацидозом.

6. Причинами важких ускладнень і смерті є глибокі порушення гемодінаміки і перфузії тканин, гіповолемія, карбоксигемоглобінемія, отруєння ціанідами, пригнічення функцій міокарда, аритмії серцевої діяльності, падіння вазомоторного тону, обструкція дихальних шляхів в наслідок набряку слизуватої і/або тотального бронхіолоспазму.

Медична допомога:

1. Корекція загрозливих для життя розладів: гіповолемії, обструкції дихальних шляхів, коматозних станів.

2. Інгаляція 100% кисню в кількості 6-10 л/хв.

3. При явищах обструкції дихальних шляхів - інгаляція бета-2-агоністів (сальбутамол, вентолін) 2-3 мг через інгалятор протягом 5-10 хв. або комбінованих бронхолітиків (беродуал 1-2 мл).

4. При необхідності - після попередньої внутрівеної премедикації 0,1% атропіну сульфату 0,1 мл/рік життя (не більш 0,5 мл), внутрівено ввести кетамін в дозі 5 мг/кг - інтубація трахеї і переведення на ШВЛ із подачею 100% кисню.

5. Термінова госпіталізація до ВІТ.

○ **Матеріали методичного забезпечення заняття**

Питання для контролю початкового рівня знань:

- Найбільш часті обставини невідкладних станів при укусах тварин та комах, перегріванням та переохолодженням дитини, отруєнням, наявністю чужорідних тіл,
- Основні прояви гострих отруень у дітей.
- Специфічні симптоми гострих отруень, перша допомога і антидотна терапія при гострих отруєннях у дітей.
- Перша допомога та невідкладна терапія при утопленні у дітей.
- Перша допомога на догоспітальному етапі і основи невідкладної терапії при укусах комах у дітей
- Перша допомога на догоспітальному етапі і основи невідкладної терапії при укусах змій, тварин у дітей
- Перша допомога на догоспітальному етапі і основи невідкладної терапії при укусах тварин у дітей
- Перша допомога на догоспітальному етапі та невідкладна терапія при холодовій травмі та обмороженні у дітей.
- Перша допомога на догоспітальному етапі та невідкладна терапія при тепловій травмі у дітей.
- Перша допомога на догоспітальному етапі та невідкладна терапія при обструкції дихальних шляхів чужорідним тілом у дітей.

- Принципи диспансеризації та подальшого обстеження дітей, які перенесли холодову та теплову травми, укуси комах, змій та тварин, отруєння, обструкцію дихальних шляхів чужорідним тілом.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. Дитину, 2 років, за праву долоню вкусила комаха, на місці укусу з'явилося почервоніння, поширився набряк тканин. Температура тіла підвищилася до 38°C.

Такий стан діагностують у разі:

- A набряку Квінке
- B кропив'янки
- C анафілактичного шоку
- D сінної гарячки
- E молочного струпу

2. До лікаря у поліклініку привели дівчинку 7 років, яку під час прогулянки вжалила оса. При огляді у ділянці правого плеча спостерігається біль, гіперемія, набряк. Які дії фельдшер повинен провести першочергово?

- A Обробити місце жалення спиртом, прикласти холод
- B Видалити пінцетом жало
- C Дати кисень
- D Ввести 2 мл 0,5% розчину новокаїну у місце жалення
- E Ввести 0,5 мл 0,5% розчину строфантину в/в

3. У хлопчика 5 років через 10 хв. після жалення бджоли з'явилися неспокій, гіперемія та зуд шкіри обличчя, нудота, свистяче дихання, ринорея, потім втрата свідомості, блідість, пітливість. Ви встановили діагноз: анафілактичний шок.

Визначить препарат, який слід

ввести дитині у разі анафілактичного шоку.

- A Анальгін
- B Преднізолон
- C Еуфілін
- D Корглікон
- E Фуросемід

4. Дитина 5 років отруїлась невідомою речовиною. Лікар для негайного промивання шлунку використає воду, одноразова кількість якої складає:

- A 300-350 мл
- B 100-110 мл
- C 150-180 мл
- D 200-250 мл
- E 40-50 мл

5. Дитина віком 1 року проковтнула декілька невідомих таблеток. Лікар призначив провести промивання шлунку. Скільки рідини одноразово Ви повинні ввести?

- A 60 – 90 мл
- B 40 – 50 мл
- C 150 – 200 мл
- D 300 – 350 мл
- E 450 – 500 мл

6. В оздоровчому таборі діти з молодшого загону під час прогулянки знайшли гриби та з'їли їх. Які заходи треба провести першочергово в цьому випадку?

- A Промити шлунок 5% розчином натрію хлориду
- B Ввести обволікальні препарати – вазелінову олію
- C Ввести ентеросорбенти – активоване вугілля
- D Провести очисну клізму
- E Виміряти температуру тіла

7. До лікаря звернулась мати з 3-ох річною дитиною, зі слів матері її дитина приблизно 45 хвилин тому випадково з'їла 8 таблеток тазепама. Батьками ніяких медичних втручань не проводилось. Ваші дії?

- A Промивання шлунка до чистих промивних вод
- B Очисна клізма
- C Спостереження
- D В/в крапельно 0,9% розчин натрію хлориду
- E Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії

8. Лікар діагностував у дитини клінічну смерть на фоні отруєння продуктами горіння. Які заходи він повинен провести в першу чергу при первинній серцево-легеневій реанімації?

- A Провести дефібриляцію
- B Провести непрямий масаж серця
- C Ввести медикаменти
- D Відновити прохідність дихальних шляхів

Е Провести ШВЛ

9. Хлопчик 5 років у спекотний день на протязі 3 годин грався у подвір'ї .Які клінічні симптоми слід очікувати при перегріванні:

- A. Колапс
- B. Кома
- C. Гіперкінези
- D. Всі перераховані
- E. Жоден з перерахованих

10. Бабуся, яка залишилась із дівчинкою 2 років щойно помітила, як вона проковтнула 5 пігулок ацетилсаліцілової кислоти та негайно викликала швидку допомогу. З чого почне невідкладну допомогу лікар у цьому випадку?

- A. Введення в шлунок через зонд лужних розчинів
- B. Введення в шлунок вазелінового масла
- C. Використання кортикостероїдів
- D. Промивання шлунку фізіологічним розчином.
- E. Промивання шлунку розчином перманганату калію.

Відповіді: 1 А, 2 А, 3 В, 4 А, 5 С, 6 А, 7 А, 8 D, 9 D, 10 В.

Ситуаційні задачі:

Задача 1:

Хлопчик 10 років при купанні в озері став тонути. Був піднятий рятувальником з дна водойми через 3 хвилини в стані клінічної смерті. Після успішної первинної реанімації відновлено дихання і серцева діяльність. У свідомість не приходив. До моменту прибуття реанімаційної бригади служби «Швидкої допомоги» дихання в дитини стало із клекотінням , з частотою 48 за хв. При огляді: дитина без свідомості. Періодично спостерігаються судоми з переважанням клонічного компонента. Зіниці дещо розширені, реакція на світло визначається. Корнеальні, глотковий і больовий рефлекси збережені. Шкіра та слизові оболонки бліді. При аускультатії у легенях маса вологих хрипів. Тони серця приглушені, ритмічні. ЧСС - 100 ударів на хв, АТ - 80/40 мм рт.ст.

1. Діагноз?

2. Невідкладні заходи.

3. Подальша тактика.

Еталон відповіді:

1.Діагноз: Утоплення у прісній воді. Стан після первинної реанімації. набряк легенів. Кома 1 ст. набряк мозку. Судомний синдром.

2,3,4.Невідкладні міри,тактика, транспортування:

1) Якщо нема втрати свідомості та вітальні функції збережені, необхідно зняти з дитини мокрий одяг, розтерти його спиртом, дати гаряче пиття, переодягнути у теплий одяг, при збудженні ввести в/м седуксен та піпольфен. ,

2) Якщо є втрата свідомості без ознак зупинки дихання, необхідно видалити воду., : Необхідно видалити воду, перегнув постраждалого через стегно загнути ноги, обличчям до низу, б'ючи долонями між лопатками. Потім, укласти на спину, повернувши його голову на бік, і підняти на 15-20 ° ноги. Очистити ротову .порожнину й глотку. від піску та ґрунту. Увести у м'язи дна ротової порожнини вікову дозу атропіну. Увести зонд у шлунок й розпочати інгаляцію 40 -60% киснем. Далі розтерти спиртом та укутати постраждалого.

3) Якщо є втрата свідомості та ознаки зупинки дихання без зупинки кровообігу, необхідно видалити воду з дихальних шляхів, очистити ротову порожнину й глотку. Розпочати штучне дихання. Потім ввести зонд у шлунок через ніс після попередньої ін'єкції атропіну.. Зволожений Зволожуючий. 80-100% O₂ через маску. У випадку судом - седуксен 0,3-0,5 мг/кг в/м.

Задача 2:

Виклик бригади «Швидкої допомоги» в дитячий садок. У дівчинки 4 років серед повного здоров'я під час обіду раптово з'явився сухий, нав'язливий кашель і задишка. З анамнезу відомо, що дитина ніякими бронхолегеневими захворюваннями не страждає. На час огляду: дитина у свідомості, неспокійна, вдих різко утруднений. Над легкими перкуторний звук не змінений. Дихання поверхневе, рівномірно проводиться з обох сторін. Тони серця звучні, ритмічні. ЧСС - 100 ударів на хв, АТ - 95/55 мм рт.ст. Живіт м'який, безболісний. Печінка у краю реберної дуги. Під час огляду стан дівчинки різко погіршився, вдих став переривчастим, судомним, швидко наростає ціаноз. Чужорідне тіло в ротоглотці не видно.

1. Діагноз?
2. Невідкладні заходи.
3. Подальша тактика

Еталон відповіді:

1. Діагноз: Чужорідне тіло дихальних шляхів.
- 2, 3. Невідкладна допомога, тактика: (суворо сидячи!) – огляд ротової порожнини та носоглотки, краще прямим ларингоскопом, Механічне вибивання чужорідного тіла – у віці до 1 року животом донизу, обличчя на передпліччя лікаря, Вказівним та середнім пальцем фіксувати голову та шию, опустити передпліччя до низу на 60 градусів. Ребром долоні правої руки зробити 4 коротких удари поміж лопатками. Дітям старшим за 1 рік – спосіб Хеймліха: садити на коліна, обійняти ззаду чи покласти на бік. Руки схрестити покласти на живіт між талією та грудною клітиною. По цій платформі наносити короткі удари кулачиною під кутом 45 градусів у бік діафрагми -5-8 разів. Потім повторний огляд ротової порожнини. Якщо чужорідне тіло не знайдено – вирішують питання трахеотомії, чи інтубації. (якщо дихання не є ефективним – ще раз вибивання, якщо знову ні – трахеотомія, якщо стає ефективним – інтубація). Далі АВС – реанімація, оскільки у дітей при асфіксії можлива фібриляція.

Задача 3:

Виклик бригади «Швидкої допомоги» до підлітка 14 років на дискотеку. Скарги на гострі болі за грудиною, в животі, головний біль.

Встановлено, що друзі хлопчика вживають амфетаміни, а йому вперше перед дискотекою запропонували таблетку «Адама». При огляді: хлопчик збуджений, орієнтація порушена, зіниці розширені. Шкірні покриви бліді, гіпергідроз. Слизові оболонки сухі. Дихання до 44 в хвилину, проводиться рівномірно, хрипи не вислуховуються. Межі серця не змінені. Тони серця ясні, ритмічні, шумів немає. Пульс більше 180 ударів на хв. АТ - 190/100 мм рт.ст. Живіт м'який, при пальпації безболісний. Печінка у краю реберної дуги, селезінка не пальпується.

1. Діагноз?
2. Невідкладні заходи бригади швидкої допомоги.
3. Подальша тактика.

Еталон відповіді:

1. Передозування амфетаминами. Синдром артеріальної гіпертензії, гостра коронарна недостатність.

2, 3. Невідкладна допомога, подальша тактика: видалення отрути, що всмокталася симптоматичне лікування. При отруєнні пігулками можливо викликати блювоту у дітей шкільного віку після прийому гіпертонічного розчину NaCl (3-4 ч.л. на 1 стакан теплої води).Промивання шлунку через зонд, у екстрених випадках краще через рот, проводиться до загального об'єму рідини, що вводиться до 1 літру на рік життя, 1 цикл промивання шлунку із розрахунку 15-2- мл/кг трьохкратно. Об'єм введеної дорівнює об'єму виведеної рідин та не повинен перевищувати 500 мл у дітей старшого шкільного віку водою. Після промивання шлунку вводиться адсорбент – активоване вугілля – 1-1,5 г/кг, та сольове проносне – сульфат натрію, 250 мг/кг. .Очисна клізма - Симптоматично 2-4 мл 0,5% дезинтоксикаційного засобу, в.в фіз. розчин, глюкозу. Нейролептики з обережністю. При вираженій екстрасистолії (декілька екстрасистол за 1 хвилину – новокаїнамід – 5 мл 10 % розчину в/м, транспортування лежачи.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для формування практичних навичок та вмінь.

№	Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
1	Провести об'єктивне обстеження хворого при укусах тварин та комах, перегріванням та переохолодженням дитини, отруєнням, наявністю чужорідних тіл,	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
		2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
		3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
		4. Дослідити стан опорно-рухової системи	На основі об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз відповідного невідкладного стану.
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-	Звернути увагу на ритмічність

		судинну систему пацієнта.	пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі-чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок відповідним невідкладним станом.
2	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожен його складову.
3	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1. Оцінити дані загального аналізу крові. 2. Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження дітей давати інтерпретацію отриманих результатів удітей після перенесених відповідних невідкладних станів.
4	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Рентгенографії органів грудної клітки та УЗД, денситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки остеопорозу, синовіту, кардиту, наявність рідини, тощо.
5.	Провести диференційну діагностику.	1. Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя, об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології. 2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз.

		дослідження хворого та при схожій нозології. 3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.	
6	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<ul style="list-style-type: none"> • Сформулювати остаточний клінічний діагноз. • На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу. 	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, при відповідних евідкладних станах, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.
7.	Призначити лікування пацієнту	<p>1. Призначити немедикаментозне лікування.</p> <p>2. Призначити медикаментозне лікування</p>	Визначати групи препаратів для профілактики загострень захворювань системи кровообігу. Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно захворюванню. Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання
8	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми, що перенесли укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження, отруєння, обструкцію дихальних шляхів чужорідними тілами.	<p>49. Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями;</p> <p>50. Оцінюють стан дитини на момент огляду;</p> <p>51. Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати;</p> <p>52. Формулюють діагноз;</p> <p>53. Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень;</p>	Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план диспансерного нагляду за дітьми, що перенесли відповідні невідкладні стани. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)

	<p>54. Визначають групу по фізкультурі, групу інвалідності;</p> <p>55. Вирішують питання вакцинації;</p> <p>56. Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку.</p>	
--	--	--

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію укусів тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, потрапляння чужорідних тіл, утоплення.	Перерахувати основні етіологічні фактори укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, вилучення чужорідних тіл, утоплення.
Вивчити патогенез зазначених невідкладних станів.	Виділити ключові ланки патогенезу зазначених невідкладних станів.
Вивчити клінічні прояви укусів тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, потрапляння чужорідних тіл, утоплення	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу поставити імовірний діагноз відповідних невідкладних станів.
Вивчити діагностичні критерії вищезазначених невідкладних станів.	Скласти структурну схему зазначених невідкладних станів.
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для патології системи кровообігу у дітей зміни даних додаткових методів дослідження	Скласти план обстеження захворювань системи дихання у дітей та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз укусів тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, потрапляння чужорідних тіл, утоплення

Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого при вищезазначених невідкладних станах.	Визначити лікувальну тактику надання невідкладної допомоги.
Визначити схему диспансерного спостереження за хворими дітьми, що перенесли укуси тварин та комах, перегрівання та переохолодження дитини, отруєння, потрапляння чужорідних тіл, утоплення.	Вибрати раціональну схему диспансеризації хворого і визначити прогноз при зазначених невідкладних станах.

VI ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і дошпитальному етапах».- Наказ Міністерства охорони здоров'я України №437 від 31.08. 2004 року
2. Невідкладні стани в педіатрії. Навчальний посібник. За редакцією проф. О.П. Волосовця та Ю.В.Марушка. –Харків-«Прапор»- 2008- 199 с.
3. Гринспен П.Г. и др. «Неотложная помощь детям». М., 1999.-160 с.
4. Чернышов В.Н. «Тактика оказания экстренной помощи в педиатрии». Ростов на дону.: «Феникс», 2000.-256 с.
5. Неотложные состояния у детей/ Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Кретинина Л.Н., Ушакова С.А., Иванова Е.Е., Кайб И.Д., Балдашова Ф.Р., Левитина Е.В.- М.: Из-во «Медицинская книга», 2002.- 176 с.
6. Руководство по педиатрии (Неотложная помощь и интенсивная терапия)/Под ред. Роджерса М., Хелфайера М. - СПб, 1999. -1120с.
7. Цыбулькин Э. К. Неотложная педиатрия в алгоритмах.- СПб, 1998.-224.
8. Цыбулькин Э. К. Угрожающие состояния у детей (экстренная врачебная помощь). Справочник: 2-е издание, перераб. и доп. - СПб,2000. - 216 с.
9. Чернышев В. Н., Лебеденко А. А., Сависько А. А. и соавт. Тактика оказания экстренной помощи в педиатрии. - Ростов-на-Дону,2000. - 256 с.

10. Неотложные состояния у детей/ Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Крестина Л.Н., Ушакова С.А., Иванова Е.Е., Кайб И.Д., Балдашова Ф.Р., Левитина Е.В.- М.: Из-во «Медицинская книга», 2002.- 176 с.
11. Лихорадка у детей. Рациональный выбор жаропонижающих лекарственных средств (руководство для врачей). - М., 2000. - 68 с.

Додаткова:

1. Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI “Про екстрену медичну допомогу”.
2. Наказ МОЗ України від 28 грудня 2002 року №507 “Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю „медичина невідкладних станів”.
3. Наказ МОЗ України від 17 січня 2005 року № 24 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Медицина невідкладних станів”.
4. Постанова Кабінету Міністрів України від 5.11.2007 № 1290 “Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року”.
5. Наказ МОЗ України від 18 квітня 2012 року № 366 “Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації”
6. Медицина невідкладних станів: швидка і невідкладна медична допомога /І.С. Зозуля, А.В. Вершигора, В.І. Боброва та ін.; за ред. І. С. Зозулі. – К.: ВСВ “Медицина”, 2012. – 728 с.
7. Екстрена медична допомога (гострі серцеві стани) /Г.Г. Рошчін, О.М. Пархоменко, В.О. Крилюк та ін.; за ред. Г.Г. Рошчина. – К.: ТОВ “НВП “Інтерсервіс”, 2011. – 159 с.
8. Екстрена медична допомога: догоспітальний етап – алгоритми маніпуляції (базовий рівень). – Г.Г. Рошчін, А.А. Гудима, В.Ю. Кузьмін та ін. – К., 2012 – 84 с.
9. Политравма: хірургія, травматологія, анестезіологія, інтенсивна терапія /Под ред. Ф.С. Глумчера, П.Д. Фомина, Е.Г. Педаченко и др.. – К.: ВСИ “Медицина”, 2012. – 736 с.
10. Медицина катастроф / І.В. Кочін, Г.О. Черняков, П.І. Сидоренко: за ред. І.В. Кочіна. – К.: Здоров'я, 2008. – 724 с.

Тема 57. Організація невідкладної допомоги дітям в амбулаторних умовах.

Провідні клінічні симптоми та синдроми при невідкладних станах у дітей: запаморочення, колапс, гостра дихальна недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке. Надання невідкладної допомоги.

I.Актуальність теми:

Невідкладні стани є дуже важливою і невід'ємною частиною станів, які можуть розвинути у дітей в умовах поліклініки.

Надання кваліфікованої медичної допомоги вимагає відповідного рівня знань, уміння в стислі терміни визначити основні патологічні синдроми, які представляють загрозу життя, а також знати і використовувати на практиці алгоритми необхідних лікувальних заходів, направлених на поліпшення стану хворої дитини.

Правильно встановлений ведучий клінічний синдром або попередній діагноз, визначає можливість ефективної невідкладної допомоги. От чому на цьому етапі важливі хороші знання диференціальної діагностики, уміння швидко і чітко орієнтуватися в скаргах і об'єктивних симптомах таких невідкладних станів (або захворювань) як запаморочення, колапс, гостра дихальна недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке, , не маючи можливості використання необхідної апаратури або лабораторних даних.

II. Навчальні цілі заняття (з вказівкою рівня засвоєння, що планується)

1.2.65.1 Студент повинен уміти: б1

- Е.** - На підставі анамнестичних даних і об'єктивного обстеження уміти в короткий термін розпізнати провідний синдром невідкладного стану дитини , пов'язаний з запамороченням, колапсом, гострою дихальною недостатністю, гіпертермічному, судомному синдрому, набряку Квінке, , на амбулаторно - поліклінічному етапі спостереження.
- Ф.** - Провести диференціальну діагностику зазначених невідкладних станів на догоспітальному етапі.
- Г.** - Здійснювати невідкладну допомогу при запамороченні, колапсі, гострій дихальній недостатності, гіпертермічному, судомному синдрому, набряку Квінке, утопленням на догоспітальному етапі.
- Н.** - Визначити подальшу тактику при спостереженні за дитиною, що перенесла відповідний невідкладний стан.

1.3 Студент повинен знати: б2

- - Методи проведення об'єктивного і додаткового обстеження із відповідними невідкладними станами та трактувати їх дані.
- --Анатомо-фізіологічні особливості органів і систем та основні патогенетичні механізми розвитку відповідних невідкладних життєвонебезпечних станів у дітей.
- - Основні групи фармакологічних препаратів, необхідних для надання екстреної медичної допомоги при вищезазначених невідкладних станах у дітей.
- - Як визначати тривалість диспансерного спостереження, можливість і критерії зняття з диспансерного обліку хворих після перенесених відповідних невідкладних станів.
- - Ведення медичної документації при диспансерному нагляді за дітьми, що перенесли запаморочення, колапс, гостру дихальну недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке.

3. Студент повинен оволодіти: б3

Навичками:

71. - Збирання скарг та анамнезу захворювання;
72. - Обстеження хворих з вищезазначеними невідкладними станами, проводити об'єктивне обстеження дитини, виділяти провідний клінічний синдром;
73. -Сформулювати та обґрунтувати попередній діагноз;
74. - Визначення плану лабораторного та інструментального обстеження хворого після перенесених відповідних невідкладних станів. (згідно стандартам діагностики);
75. -Визначати тактику лікування, профілактики і прогноз даних захворювань.
76. -Призначати комплекс лікувально-оздоровчих заходів після перенесених вищезазначених невідкладних станів.;
77. -Визначати кратність огляду дітей педіатром та суміжними фахівцями;
78. -Визначати план профілактичних заходів при диспансерному спостереженні за дітьми, що перенесли запаморочення, колапс, гостру дихальну недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке.
79. -Визначати характер дієти, режиму, фізичних навантажень, продовження лікування після стаціонарного лікування, проведення вакцинації.
80. -Оцінювати ефективність диспансеризації та терміни

спостереження, зняття з обліку дітей, що перенесли відповідні невідкладні стани..

81.

Вміннями:

- 1.3.1-Призначати обстеження дітям, що перенесли запаморочення, колапс, гостру дихальну недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке.
- 1.3.2-Призначати лабораторне обстеження дітям, що перенесли відповідні невідкладні стани та трактувати показники отриманих даних.
- 1.3.3 - На підставі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини уміти поставити попередній діагноз
- 1.3.4 - Складати алгоритм диференційної діагностики хворих при відповідних невідкладних станах.
- 1.3.5- Визначати групи препаратів для лікування дітей при запамороченні, колапсі, гострій дихальній недостатності, гіпертермічному, судомному синдромі, набряку Квінке.
- 1.3.6 -Вмінням організувати диспансерне спостереження за дітьми, що перенесли вищезазначені невідкладні стани. .
- 1.3.7- Оформляти медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)
- 1.3.8

Цілі розвитку особистості (виховні цілі)

- -Студент повинен навчитися дотримуватися правил поведінки, принципів лікарської етики та деонтології при спілкуванні з дітьми, що перенесли запаморочення, колапс, гостру дихальну недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке.
- - Оволодіти вмінням встановлювати психологічний контакт з пацієнтом та його родиною;
- Засвоїти почуття професійної відповідальності за своєчасність та адекватність надання кваліфікованої медичної допомоги дітям при запамороченні, колапсі, гострій дихальній недостатності, гіпертермічному, судомному синдромі, набряку Квінке.

Зміст теми заняття може бути представлений:

Алергічний набряк Квінке

Діагностичні критерії:

1. Розвивається при влученні різних алергенів (харчових, пильцевих, лікарських і ін.).

2. Виникає гостро, відзначається набряк клітковини губ, вушних раковин, кистей, стіп, статевих органів.

3. Найчастіше виникає набряк слизової оболонки гортані, осиплість голосу, дисфонія, інспіраторна задишка.

Медична допомога:

1. Десенсибілізуючі препарати: димедрол 1% розчин 0,5-1 мг/кг в/м'язово або в/венно.

2. Лазікс 2% р-р - 1-2 мг/кг в/м'язово.

3. Адреналін 0,1% р-н - 0,2-0,3 мл підшкірно.

4. Преднізолон - 1-2 мг/кг в/м'язово або в/венно.

5. При ентеральному влученні алергену - ентеросорбенти (активоване вугілля 0,5-1,0 г/кг або 5% розчин Ентеродеза 10-50 мл), очисна клізма.

6. Госпіталізація до ВІТ.

Клінічну картину ГДН відрізняють дві характерні риси:

– Клінічні і лабораторні ознаки гіпоксії, які не ліквідуються інгаляцією кисню, наприклад $PaO_2 < 55$ мм.рт.ст. при FiO_2 (фракція кисню у повітрі, що вдихається) $> 0,5$;

– Дісемінована двостороння інфільтрація легень, що підтверджується рентгенологічно з симптомами утруднення вдиху, «надривне» дихання. Хоча на клінічну картину РДСД впливає основна патологія, що викликає синдром, але дві вищевказані основні риси є завжди.

В своєму розвитку синдром проходить 4 стадії:

1. Гострого пошкодження.

2. Латентну (через 6-48 год.)

3. Гострої дихальної недостатності.

4. Важких фізіологічних порушень.

В перших двох стадіях типова симптоматика, яка б могла свідчити про можливість розвитку синдрому, відсутня.

Третя стадія гострої дихальної недостатності розвивається раптово і супроводжується значним збільшенням частоти дихання, цианозом, притупленням перкуторного тону над легенями, ослабленням дихання при

аускультативні, дрібнопузирчастими хрипами. Іноді відокремлюється рідке, пінисте, забарвлене кров'ю харкотиння. Чітко видно, як перенапружуються м'язи хворого для забезпечення необхідного об'єму, працюють крила носа, допоміжна мускулатура. Різко знижуються життєва ємкість легень (до 1/3 від норми) і напруга кисню в артеріальній крові. Альвеоло-артеріальна різниця по кисню зростає, а альвеолярний шунт складає біля 20% серцевого викиду. Виникає метаболічний ацидоз. Рентгенологічно з'являються численні плями над усіма полями легень. Гіпоксемія, яка толерантна до оксигенотерапії.

Для четвертої стадії характерні важкі фізіологічні порушення пов'язані з фіброзом легеневої паренхіми і скороченням дихальної поверхні легень.

Лікування:

1. Негайне усунення гострої гіпоксемії:

– Дихання 100% киснем на протязі 1 години, потім FiO₂ повинно бути не більше 50%.

– Спонтанне дихання у режимі ПТКВ (позитивний тиск в кінці видиху).

– Величина позитивного оперу видиху визначається індивідуально (в середньому 8 см вод.ст.), а критерієм ефективності є усунення гіпоксемії.

2. При відсутності ефекту – переведення дитини на ШВЛ в режимі ПТКВ.

– Вибір оптимальних параметрів вентиляції (бажано зменшений об'єм вдиху з підвищеною частотою дихання).

– Кінетична дихальна терапія – вентиляція хворого навперемінно в положенні на боку і животі, віброперкусія грудної клітини.

3. Антибактеріальна терапія антибіотиками розширеного спектру дії.

4. Рентгенологічне обстеження легень

5. Вимірювання газів крові

6. Використання штучного сурфактанту, якщо дитина в віці новонародженості.

Гострий набряк легень

Шифр МКХ 10 - J 81

Розвивається при невідповідності між фільтраційною здатністю капілярного русла і лімфовідтоком із легень, як наслідок гіпертензії в малому колі кровообігу. Безпосередніми причинами гіпертензії можуть бути пере навантаження лівих відділів серця і лівошлуночкова недостатність.

Діагностичні критерії.

Першими ознаками набряку легень можуть бути ядуха, рефлексорний кашель і клекотання дихання. Шкіра та слизові оболонки блідо-ціанотичні, холодні, вологі. Аускультативно над легенями вислуховується велика кількість

дрібно- і середньопухирчастих вологих хрипів, виділення з рота пеністої білої або геморагічної мокроти. Дифереціювати треба з гострим респіраторним дистрес-синдромом.

При рентгенологічному обстеженні характерна поява облакоподібних тіней розташованих симетрично, збільшення тіні серця. Аналіз газового складу артеріальної крові свідчить про гіпоксемію і гіперкапнію, які характеризують ступінь важкості вентиляційно-перфузійних порушень газообміну.

Перелік компонентів обстеження хворого включає:

1. Огляд хворого.
2. Вимірювання АТ, ЦВТ.
3. Визначення ритмічності пульсу.
4. Вимірювання частоти спонтанного дихання
5. Рентгенографію легень.
6. Електрокардіографію, ехокардіографію.
7. Лабораторні клінічні дослідження крові, сечі.
8. Біохімічні дослідження крові (електроліти, глюкоза, загальний білок).
9. Визначення гематокриту.
10. Гази крові, кислотно-лужний стан.
11. Погодинний контроль діурезу.
12. Консультації спеціалістів.

Лікування.

Госпіталізація обов'язково у відділення інтенсивної терапії.

Невідкладна допомога включає:

1. Підвищення верхньої частини тулубу, накладання венозних джгутів на кінцівки на 20-30 хвилин, напівсидяче положення.
2. Спонтанне дихання або ШВЛ з ПТКВ і подачею кисню.
3. При вираженій дихальній недостатності - інтубація трахеї і ШВЛ з ПДКВ.
4. При задовільному системному АТ (середнє більше 70 мм рт.ст.) призначити нітрогліцерин або нітропрусід натрію. починаючи з дози 0,1 мкг/кг/хв.

5. При системному АТ - середнє нижче 70 мм рт.ст. і ЧСС рівної чи вище 120-140 за 1 хв. - призначити добутамін, починаючи в дозі 5-10 мкг/кг/хв., а при ЧСС менш 120 на 1 хв. - допамін починаючи з дози 2-3 мкг/кг/хв.
6. Дегідратація (фуросемид 1-2 мг/кг маси тіла);
7. Дімедрол 1 мг/кг в/в або в/м.
8. Седативна терапія (діазепам 0,2-0,5 мг/кг; морфін в дозі 0,1-0,3 мг/кг).
9. Кортикостероїди (при порушенні цілості капілярної мембрани).
10. Дігіталізація на протязі 2-3 днів.

До додаткових мір належать:

1. Усунення причини виникнення набряку легень.
2. Лікування основного захворювання.
3. Гемоультрафільтрація, гемодіаліз при розвитку гострої ниркової недостатності.

Лихоманка, синдром гіперпірексії

Діагностичні критерії:

1. Гіперпірексія у дітей виникає як наслідок багатьох інфекційних і неврологічних захворювань через невідповідність теплопродукції і тепловіддачі.
2. Синдром гіперпірексії у малюків може бути еквівалентом шоку: стан дитини раптово погіршується, шкіряні покрови бліді, наростаюча тахікардія, занепокоєння, прискорений поверхневий подих, судороги, може з'являтися блювота.
3. Температура тіла підвищується до 39-40 град. С, подальше підвищення температури може привести до набряку мозку з порушенням вітальних функцій організму.

Медична допомога:

Жарознижуючі препарати при гіперпірексії використовують таким чином:

- раніше здоровим дітям при температурі тіла вище 39 град. С і/або при м'язовій ломоті і головній болі,
- дітям з фебрильним судорогами в анамнезі при температурі тіла вище 38-38,5 град. С,

- дітям з важкими захворюваннями серця і легень при температурі тіла вище 38,5 град. С,
- дітям перших 3 місяців життя при температурі тіла вище 38 град. С.

1. Парацетамол 10-15 мг/кг або ібупрофен (дітям старше 3 місяців) 5-10 мг/кг усередину, або ацелізін 0,1-0,2 мл/рік життя або 50% розчин анальгіну в дозі 0,1 мл/рік життя внутрім'язово або внутрівенно.

2. При неефективності або порушеннях мікроциркуляції (холодні кінцівки при гіпертермії, озноб) - папаверин 2% у дозі 0,5 мг/кг або бензодіазепіни (седуксен, реланіум, діазепам, сібазон) у дозі 0,2-0,3 мг/кг внутрім'язово.

3. При відновленій мікроциркуляції (шкіра гаряча, гіперемірована, кінцівки теплі) застосовують фізичні методи збільшення тепловіддачі: розкрити дитину, розтерти шкіру спиртом, оцтові обгортання, обдування вентилятором; у важких випадках - пакети з льодом (холодною водою) на області проекції великих судин.

4. Забезпечити вільну прохідність дихальних шляхів, оксигенотерапія 100% киснем.

5. При явищах шоку - інфузія ізотонічного розчину натрію хлориду 10 мл/кг, або препаратів ГЕК 4-6 мл/кг.

6. За показниками - реанімаційні заходи.

7. Госпіталізація у важких випадках до ВІТ.

Судомний синдром у педіатрії

Діагностичні критерії:

1. При гіпертермії, яка ускладнюється судомами, наявність температури до нападу судом, при централізації кровообігу - виключити інфекційний токсикоз, нейроінфекції.

2. При нормальній температурі тіла з'ясувати причину виникнення судом - виключити отруєння, травми ЦНС, рахіт, спазмофілію, діабет, епілепсію, істерію.

3. Оцінити колір шкіряних покривів - ціаноз, багряні-синюшні, бліді.

4. Порушення подиху - апное, патологічні типи подиху, задишка.

5. порушення серцевої діяльності - тахі- або брадикардія, розлади гемодинаміки.

6. Менінгеальні симптоми - ригідність м'язів потилиці, позитивні симптоми Керніга, Брудзінського.

7. Вегетативні порушення - розповсюджений дермографізм, анізокорія та інші.

Медична допомога:

1. За показниками - реанімаційні заходи.

2. При збереженій свідомості - інсуфляція кисню через носовий катетер; при порушенні свідомості (ступор, сопор, кома I ст.) - інсуфляція кисню через носовий катетер або ларінгеальну маску; при комі II-III ст. з порушенням подиху - після попередньої премедикації 0,1% атропіну сульфату 0,1 мл/рік життя (не більш 0,5 мл) внутрівено, інтубація трахеї і переведення на ШВЛ.

3. Протисудомна терапія: бензодіазепіни (седуксен, реланіум, діазепам, сібазон) 0,3-0,5 мг/кг внутрівено, при неефективності 1% гексенал або тіопентал натрію в дозі 3-5 мг/кг внутрівено.

4. Дегідратаційна терапія: лазікс 2-3 мг/кг внутрим'язово або внутрівено.

5. Госпіталізація до неврологічного відділення, при порушенні вітальних функцій - у ВІТ.

Епілепсія

Діагностичні критерії:

1. Наявність судомних приступів раніше, в анамнезі - пороки розвитку дитини, токсикози вагітності і інфекційні хвороби у матері, резус-конфлікт, травми і пухлини мозку, судинні дисплазії, менінгіти і менінгоенцефаліти.

2. Приступ виникає раптово: тоніко-клонічні судороги, лице ціанотичне, піна з рота, прикус язика, мимовільні сечовипускання і дефекація, зіниці розширені, фотореакція відсутня.

3. По закінченню судомного приступу настає загальмованість або глибокий сон.

Медична допомога:

1. За показниками - реанімаційні заходи.

2. Попередити травматизацію під час нападу судом.

3. При судомах, що неприпиняються - протисудомна терапія: бензодіазепіни (реланіум, седуксен, сібазон) у дозі 0,2-0,5 мг/кг внутрівненно, при тривалому приступі з порушенням акта дихання - тіопентал натрію 3-5 мг/кг внутрівненно (1% розчин), лазікс 2-3 мг/кг внутрим'язово або внутрівненно.

4. При збереженій свідомості - інсуфляція кисню через носовий катетер; при сопорі, комі I-II ст. - інсуфляція кисню через носовий катетер або ларінгеальную маску; при комі III ст. із тривалим порушенням подиху - після попередньої премедикації 0,1% атропіну сульфат 0,1 мл/рік життя (не більш 0,5 мл) внутрівненно, інтубація трахеї і переведення на ШВЛ.

5. Госпіталізація до неврологічного відділення, при порушенні вітальних функцій - до ВІТ.

Гіперкатехоламіємія (феохромочитома. відміна клопідіну) - вв шфузія: фентоламін. лабеталол. натрію нітропрусид. перорально: празозин. можна разом з БАБ.

Синкопальні стани, непритомність

Визначення і термінологія

У побутовій лексиці, а також у медичній термінології традиційно і частіше використовується термін «непритомність». Синкопальний стан - короткочасне порушення свідомості, що виникає спонтанно, супроводжується втратою м'язового тону і нездатністю стояти прямо, що призводить до падіння. Непритомність є кількісною мірою пригнічення СВІДОМОСТІ.

Характеристика синкопальних станів

Іноді перед синкопальним станом з'являється аура у вигляді слабкості, пітливості, головного болю, головокружіння, порушення зору. тощо. Найчастіше синкопальні стани виникають раптово. Тривалість втрати свідомості при них. складає 15-30 с. іноді декілька хвилин. Синкопальні стани можуть викликати труднощі диференціальної діагностики з іншими станами, які також характеризуються порушеннями свідомості. В основі механізму розвитку синкопе є раптовий дефіцит кисню у клітинах головного мозку. Швидке погіршення його перфузії. так само як і швидке зниження оксигенації крові, призводить до короткочасної втрати свідомості. Клінічна значущість синкопе може бути різною, від невинної втрати свідомості на гостроті емоційного навантаження, до потенційно загрозливих для життя патологічних станів (інфаркт міокарда, тромбоемболія легеневої артерії, інсульт і т.п.). Крім того, сам по собі факт падіння і втрати самоконтролю внаслідок синкопе. може мати важкі, іноді

фатальні наслідки, особливо в похилому віці, та для осіб, що працюють на висоті або з рухомими механізмами.

Механізми розвитку синкопальних станів

Кардіогенними причинами падіння оксигенації мозку є зменшення серцевого викиду внаслідок порушення серцевого ритму (бради- і тахіаритмії, епізоди асистолії) або патологічних змін в міокарді, які призводять до значних порушень внутрішньосерцевої гемодинаміки, а також тромбоемболії. У пацієнтів молодого віку при відсутності органічної патології серця і судин самою частою причиною є нейроциркуляторна дистонія. В основі «нейрорефлекторного синкопального синдрому» лежить активація різноманітних рефлекторних зон, що спричиняють брадикардію та вазоділятацію. Найбільш частою причиною синкопальних станів у хворих середнього та похилого віку є порушення серцевого ритму і провідності. Тому всім хворим з синкопальними станами бажано проводити тривале ЕКГ-моніторування. Первинною причиною аритмічних синкоп можуть бути: порушення функції синусового вузла і атриовентрикулярного проведення, пароксизмальна тахіаритмія, що супроводжуються критичним зниженням серцевого викиду, у тому числі аритмії, які виникають при вроджених синдромах і порушеннях роботи імплантованого раніше кардіостимулятора.

До частих кардіальних причин синкопе відносяться: патологія клапанного апарату серця, гіпертрофічна кардіоміопатія і субаортальний м'язовий стеноз, міксома, гостра ішемія міокарда, перикардіальний виліт з гострою тампонадою, розшаровуюча аневризма аорти, ТЕЛА і легенева гіпертензія.

До цереброваскулярних причин синкопе відноситься синдром «обкрадання», що виникає внаслідок парціального розширення судин і підвищення мозаїчності мозкового кровотоку, так і внаслідок артеріальної гіпотензії, викликані іншими причинами. Рідко причиною може бути так званий «синдром підключичної артерії».

Причини нейрорефлекторного синкопального синдрому різноманітні. Найбільше значення серед них мають: емоційне перевантаження, ураження черепних нервів та оперативне втручання на обличчі, кашель із раптовим підвищенням внутрішньогрудного тиску, тривалий ортостаз, а також гостра патологія органів черевної порожнини, особливо жовчна каліка.

Ортостатичний механізм розвитку синкопе пов'язаний з нездатністю автономної нервової системи підтримувати достатній судинний тонус або є наслідком зниження об'єму циркулюючої крові (ОЦК). Вегетативна нейропатія найбільш часто спостерігається при цукровому діабеті, амілоїдозі та хворобі Паркінсона. Ортостатичні реакції можуть розвиватися на фоні прийому алкоголю і при застосуванні ряду антигіпотензивних препаратів, які блокують симпатичний

вплив на судини (бета-адреноблокаторн. антагоністи кальцію, препарати центральної дії), або зменшують ОЦК (діуретики) або призводять до депонування крові у венозному гирлі (донатори ХО-групн. у тому числі нітрати). Окрім цього, ортостатичні реакції можуть бути пов'язані з дією психотропних препаратів (нейролептики, трициклічні антидепресанти, інгібітори МАО).

Зниження ОЦК (пповолення) може бути наслідком дегідратації або кровотечі. Дегідратація найчастіше пов'язана з блювотою (в т.ч. у вагітних), діареєю, кетоацидотичним або гіперосмолярним кризом при цукровому діабеті, хворобою Аддісона.

Діагностика синкопальних станів

Встановленню причин розвитку синкопальних станів може допомогти правильна оцінка скарг і анамнестичних даних. Важливим є встановлення позиції в якій виникло синкопе (стоячи, лежачи, сидячи). Також уточнюється характер дій пацієнта, що привели до синкопе (тривале стояння, ходьба, повороти ший. фізичне навантаження, дефекація, сечовиділення, кашель, чхання. ковтання). Такий діагноз, як міксома пересердя. неможливо виключити, якщо синкопе з'являється при повороті з боку на бік. При синкопальних станах, що стереотипно виникають при дефекації, кашлю або ковтанні, мова може йти про ситуаційне синкопе. Іноді ситуацію проясняють попередні події (надмірне вживання їжі. емоційні реакції), або наявність передвісників (аури) синкопе (головний біль, запаморочення, слабкість, порушення зору). Діагностиці допомагає уточнення обставин розвитку самого синкопального епізоду - тривалість, характер падіння (навзнік, "сповзання" або поступове спускання на коліна), колір шкіри. наявність або відсутність судорог та прикусювання язика, наявність порушень зовнішнього дихання. Суттєвим також є стан хворого під час зникнення синкопе. наявність загальмованості або спутаність свідомості, спонтанне сечовиділення або дефекація, зміна кольору шкіри, нудота або блювання, серцебиття. Враховуються також анамнестичні фактори - родинний анамнез раптової смерті, захворювання серця, непритомність: наявність в анамнезі захворювань серця, легень, метаболічних розладів (в першу чергу цукрового діабету і патології наднирників): прийом лікарських препаратів: данні про попередні синкопе і результати обстеження.

На догоспитальному етапі усім хворим показано ЕКГ-дослідження. яке часто дозволяє підтвердити кардіальне походження синкопе. Аускультация тонів серця може дати інформацію відносно наявності клапанних вад. Непостійний систолічний шум. який залежить від положення тіла, дозволяє підозрювати міксому серця.

У зв'язку з ризиком порушення мозкового кровообігу, пробу з масажем каротидного синуса на догоспитальному етапі проводити не слід. При обстеженні

в стаціонарі вона з великим ступенем вірогідності дозволяє виявити «синдром каротидного синуса» - захворювання, при якому стани запаморочення можуть провокуватися побутовими причинами (тугий воріт, краватка).

Невідкладна допомога при синкопе

Вазовагальне синкопе та інші прояви нейрорефлекторного синдрому потребують заходів загального характеру. Хворого слід помістити у місце з відкритим доступом свіжого повітря, послабити тісний одяг (ремінь, воріт, бюстгальтер, краватку), придати ногам підвищене положення. Голову повернути на бік для профілактики западіння язика (за умови відсутності ураження підключичних сонних і хребтових артерій).

Больові подразнення, як правило, не потрібні. Пацієнт сам приходять до свідомості. Іноді прискорити повернення свідомості може допомогти ватка з нашатирем, піднесена до носу, або збризування обличчя холодною водою. Останні дві дії призводять до активації життєво важливих центрів подовжнього мозку.

Розвиток ортостатичної гіпотензії потребує заходів з усунення її причин. Виражена пповолемя коригується внутрішньовенним введенням плазми заміщуючих розчинів. Необхідно застосувати атропін в •в або бета-адреностимуляторн При медикаментозному колапсі можливо введення мезатону - 1 мл 1% розчин)- підшкірно або 0.3-0,5 мл в в струйно. При передозуванні антагоністами кальцію - інфузія кальцію хлориду. Недиференційоване застосування більш потужних пресорних амінів (допамін, норадреналін) не тільки не показано, але може бути потенційно небезпечним у пацієнтів з порушеннями ритму серця, з синдромом мозкового «обкрадування».

Глюкокортикоїди застосовуються тільки при первинному або вторинному аддисонізмі або коли є підозра на анафілактоїдний генез синкопе. а також при наявності синдрому відміни глюкокортикоидів. особливо на фоні фізичного або психоемоційного стресу.

Як правило. синкопальні стани не характеризуються тривалими порушеннями дихання, тому терапія дихальними аналеїггиками також не потрібна.

Хоча більшість синкопальних станів має доброякісний характер, іноді вони потребують специфічної фармакотерапії вже на догоспітальному етапі В таких випадках проводиться лікування основного захворювання, яке є безперечною причиною розладу- свідомості: 40-60 мл глюкози 40% при гіпоглікемії: підшкірне введення 0.5-1.0 мл атропіну при вираженій брадикардії: глюкокортикоїди при наднирниковій недостатності.

ГОСТРА АРТЕРІАЛЬНА ГІПОТЕНЗІЯ. КОЛАПС

Гостра артеріальна гіпотензія, або колапс - клінічний синдром, що характеризується швидким зменшенням рівню артеріального тиску нижче 100/60 мм рт. ст. у чоловіків 195/60 мм рт. ст. у жінок на фоні патологічного процесу, що вражає один, або декілька ключових механізмів підтримки нормального артеріального тиску (серцевий викид, регуляція судинного тонуусу і об'єм циркулюючої крові). При цьому до гіпотензії відносять як одночасне зниження рівня САТ і ДАТ, так і окреме переважне зниження одного з них.

Гостра артеріальна гіпотензія, як правило, не має нозологічної самостійності. Причини гіпотензії:

1. Захворювання серцево-судинної системи (інфаркт міокарду, аритмії.. серцева недостатність, синдром дуги аорти і каротидного синусу).
2. Гіповолемія, що обумовлена втратою рідини при кровотечах, опіках, обезводненні (блювання, яке неможливо зупинити, діарея, поліурія, надмірне потовиділення), перерозподілом рідини усередині тіла і виході її з циркуляційного русла (кишкова непрохідність, сепсис, внутрішня кровотеча, аневризма аорти, варикозне розширення вен нижніх кінцівок).
3. Ятрогенний вшив: медичні маніпуляції (різні види анестезії, пункції порожнин), прийом деяких препаратів, у тому числі засобів для лікування артеріальної гіпертензії, нітратів, антиаритмічних засобів, діуретиків, нейролептиків, антидепресантів, протипаркісонічних препаратів, місцевих анестетиків, засобів для інгаляційного наркозу-, протипухлинних препаратів.
4. Ендокринні хвороби (недостатність кори надниркових залоз, гіпотиреоз).
5. Астенізація після виснажливих інфекційних хвороб або інтоксикації.
6. Патологія нервової системи (дегенерація симпатичних нервових закінчень, синдромієлія, пухлини мозку, стани після струсу мозку).
7. Вагітність і пологи.
8. Епізоди непритомності після переляку, травми, болю та ін.

До основних механізмів зниження АТ відносяться:

1. Розширення резистивних судин (артеріол), при цьому насосна функція серця реалізується проти меншого опору (зниження післянавантаження).
2. Розширення венозних судин, у зв'язку із чим зменшується венозне повернення крові до серця (зниження перезавантаження), що супроводжується зменшенням серцевого викиду, особливо в положенні стоячи.
3. Зниження симпатичного впливу на серці, що супроводжується зменшенням серцевого викиду.

Пониження АТ при раптовій гіпотензії обумовлено, головним чином, змінами адекватного співвідношення між периферичним опором і хвилинним об'ємом кровообігу. Це відбувається при дисфункції вищих вегетативних центрів вазомоторної регуляції, що призводить до стійкого зниження периферичного судинного опору при недостатньому збільшенні серцевого викиду.

Типові клінічні прояви гострої артеріальної гіпотензії.

9. виражена слабкість;
10. запаморочення;
11. потемніння в очах;
12. шум у вухах;
13. головний біль різної локалізації;
14. інтенсивності і тривалості;
15. тахікардія;
16. похолодання і оніміння кінцівок;
17. непритомність.

На догоспітальному етапі колапс діагностується при швидкому (декілька хвилин або годин) зниженні АТ нижче 100 / 60 мм рт. ст. у чоловіків і 95/60 мм рт. ст. у жінок, з відповідною клінічною картиною.

Ортостатичну гіпотензію виявляють при проведенні ортостатичної проби, коли при вимірі АТ і ЧСС в горизонтальному і вертикальному положенні хворого. САТ знижується у вертикальному положенні на 20 мм.рт.ст. і більше. При цьому відзначаються виражене запаморочення, шум у вухах, поява туману перед очима, тахікардія або непритомний стан.

При виключенні банальних епізодів загострення есенціальної гіпотензії і гіпотензії, зумовленої прийомом медикаментів, артеріальна гіпотензія є симптоматичною, а значить пошук причини її виникнення проводиться відповідно до алгоритмів діагностики інфаркту міокарду, тромбоемболії легеневої артерії, шоку, наднирничкової недостатності, гострого панкреатиту та ш.).

Невідкладне лікування

У випадку виявлення фізіологічної гіпотензії, або загострення хронічної гіпотензії, що не супроводжується погіршеннями самопочуття, фармакотерапія іноді і не потрібна. У всіх інших випадках проводяться заходи, спрямовані на підтримку перфузії життєво важливих органів і одночасно діагностують і лікують основне захворювання, саме причину зниження АТ. а тактика надання ургентної допомоги залежить від походження гострої гіпотензії.

Колапс на фоні гіповолемії вимагає екстреного заповнення об'єму циркулюючої крові. Тип розчину, що вводиться, визначається причиною цього стану - зокрема при гострій крововтраті перевага надається в введенню колоїдних плазмозамішувачів розчинів (реополіглюкін. реосорбітакт).

Кристалічні розчини (ізотонічний розчин хлориду натрію, глюкоза) вимагають застосування значно більших об'ємів у зв'язку з короткочасністю затримки їх в судинному руслі.

При гіповолемічному колапсі застосування пресорних амінів (норадреналін, мезатон, допамін) вважається недоцпним, оскільки вони посилюють вже наявний судинний спазм, сприяють централізації кровообігу і наростанню міри порушення периферичної гемодинаміки.

При гіповолемії, яка пов'язана з дегідратаційним синдромом, віддається перевага в/в введенню кристалідів (ацесоль, трисоль, квартасоль). Хворим із неважким зневодненням можна рекомендувати обильне пиття, а також додавання спеціальних кристалічних розчинів для внутрішнього вживання (орали, регідрон). критеріями успіху- лікування і припинення швидкої інфузії служить стабілізація ЧС'С на рівні не вище 90-100 за хвилину, та підвищення САТ до 100 ммрт. ст.

При медикаментозній гіпотензії виправдане вв струйне введення мідодрину (гулрон) - препарату^Г, що активує периферичні альфа-адренорецептори судин, і через цей механізм забезпечує судинозвужувальну і пресорну дію. Препарат вводиться в в струйно із розрахунку 5 мг (2 мл) на кожні 10 мм рт.ст. падіння САД. Максимальна добова доза - 30 мг. Протипоказаннями до застосування мідодрину є артеріальна гіпертензія, феохромоцитома, облітеруючі і спастичні захворювання судин, закрыта форма глаукоми, аденома передміхурової залози із затримкою сечовипускання, тиреотоксикоз, важка ниркова недостатність, підвищена чутливість до мідодрину.

При важких медикаментозних колапсах допустиме застосування мезатону, препарату, що чинить пряму стимулюючу дію на альфа-адренорецептори, а також сприяє виділенню норадреналіну з передсинаптичних закінчень. Гіпертензивний ефект при вв введенні мезатону триває близько 20 хв., а при підшкірному і внутрішньом'язовому - до 1 години. Внутрішньовенно вводиться 1-5 мг (0.1 - 0,5 мл 1% розчину) мезатону у 20 мл 5% або 40% глюкози або у фізіологічному розчині. Доза для підшкірного і внутрішньом'язового введення дещо більша, і дорівнює 0.3 - 1.0 мл. При гіпотензії, пов'язаній із передозуванням опіатів бажане також внутрішньовенне введення їх специфічних антагоністів налорфіну або налоксону в дозі 0,4 мг.

При ортостатичній гіпотензії також показане внутрішньовенне струйне введення мідодрину або мезатону за вказаною вище схемою.

Лікування рефлекторного колапсу при інфаркті міокарда або тромбоемболії легеневої артерії проводиться за алгоритмами лікування цих патологічних станів. При суліравентрикулярній пароксизмальній тахікардії з гіпотензією, досить ефективним є внутрішньовенне введення мезатону. У більшості інших випадків,

гіпотензія, яка ускладнює пароксизматичні порушення ритму, служить підставою для проведення електричної кардіоверсії з наступною госпіталізацією.

Дія корекції гіпотензії при гіпотиреозі і недостатності кори надниркових залоз патогенетично обгрунтовано внутрішньовенне введення глюкокортикоїдів у дозі, яка залежить від маси тіла і важкості стану пацієнта.

Якщо причина гіпотензії залишається нез'ясованою, потрібно негайне проведення внутрішньовенної інфузії колоїдними розчинами не менше 400 мл з наступним введенням допаміну у зростаючій дозі (від 2 мкг/кг/хв до 15 мкг/кг/хв). При збереженні критично низького рівня АТ (САТ <60 мм рт. ст.) доцільно додавати інфузію норадреналіну-гідротартрату, починаючи із 10 мкг за хв з поступовим підвищенням дози до настання ефекту.

На жаль, в критичні хвилини надання невідкладної допомоги пацієнтам із колапсом різного походження, все ще можна зустріти застарілий підхід, обумовлений такими ж застарілими рекомендаціями, що частково збереглися в деяких сучасних стандартах надання медичної допомоги на догоспітальному етапі. Найбільш поширеною помилкою є застосування з метою корекції артеріальної гіпотензії дихальних аналептиків - кордіаміну, камфори і кофеїну. Їх антигіпотензивний ефект незначний, а дія короткотривала. При цьому допустиме використання кофеїну - лише в якості симптоматичної терапії артеріальної гіпотензії з метою зменшення суб'єктивних симптомів: цефалгії, нудоти і астенизації. Помилковим також є розповсюджене використання для лікування колапсу кортикостероїдів, зокрема, преднізолону. Це пов'язано з відсутністю вибірковості дії і серйозними побічними ефектами. Самий популярний адреностимулятор допамін, є препаратом вибору для лікування гіпотензії при різних шоківих станах і застосування його при інших формах гіпотензії недоцільно. У зв'язку із неселективністю і короткочасністю дії, здатністю підвищувати потребу міокарду в кисні, викликати тахікардію і гіпертензію в горизонтальному положенні, а також із урахуванням великої кількості побічних ефектів, такі симпатоміметики як адреналін, ефедрин та ефедриноподібні, зараз не мають практичного значення для системної регуляції судинного тону. Адреналін (внутрисерцево) є препаратом вибору лише при необхідності посилення збудливості і автоматизму міокарда в переліку інших реанімаційних заходів (наприклад, при зупинці серця) і при анафілактичному шоці.

Використання похідних ерготаміну в лікуванні ортостатичної гіпотензії є патогенетично обгрунтованим завдяки їх констрикторній дії на судини, передусім вени. З гемодинамічної точки зору це запобігає явищам ортостазу. Проте коефіцієнт абсорбції ерготаміну низький і складає 25-30%. Тому терапевтичний ефект настає на 3-ю добу прийому препарату, що унеможлиблює використання препаратів цієї групи в ургентній терапії.

Госпіталізація вважається обов'язковою за відсутності швидкої відповіді на ургентну терапію колапсу, і в тих випадках, коли причина гіпотензії не з'ясована, або існує реальна загроза життю хворого.

○ **Матеріали методичного забезпечення заняття:**

Питання для контролю початкового рівня знань:

1. Найбільш часті обставини невідкладних станів при запамороченні, колапсі, гострій дихальній недостатності, гіпертермічному, судомному синдромі, набряку Квінке
2. Основні прояви дихальної недостатності у дітей.
3. Перша допомога та невідкладна терапія при гострому набряку легень у дітей.
4. Специфічні симптоми набряку Квінке, перша допомога невідкладна терапія.
5. Перша допомога та невідкладна терапія при гіпертермічному синдромі у дітей.
6. Перша допомога на догоспітальному етапі і основи невідкладної терапії при запамороченні та колапсі.
7. Перша допомога на догоспітальному етапі і основи невідкладної терапії при судомному синдромі у дітей
8. Перша допомога на догоспітальному етапі і основи невідкладної терапії при укусах тварин у дітей
9. Перша допомога на догоспітальному етапі та невідкладна терапія при епілепсії у дітей.
10. Принципи диспансеризації та подальшого обстеження дітей, які перенесли запаморочення, колапс, гостру дихальну недостатність, гіпертермічний, судомний синдроми та набряк Квінке.

Зразки тестових завдань та ситуаційних задач.

Тестові завдання:

1. У дівчинки 12 років спостерігаються періодичні запаморочення, головокружіння, особливо після фізичних навантажень та зміни положення тіла. Проводиться ортостатична проба. Яка адекватна реакція пульсу при проведенні цієї проби? :

- A. Прискорюється на 20-45% від первинної,
- B. Зменшується на 20-45% від первинної.

- C. Не змінюється
- D. Прискорюється на 10-15%
- E. Зменшується на 10-15%

2. У хлопчика 13 років спостерігаються періодичні запаморочення, головокружіння, особливо після фізичних навантажень та зміни положення тіла. Як змінюється АТ при фізичному навантаженні:

- A. не змінюється,
- B. систолічний збільшується, діастолічний не змінюється.
- C. діастолічний збільшується, систолічний не змінюється
- D. систолічний зменшується, діастолічний не змінюється
- E. збільшується діастолічний та систолічний

3. Під час проведення вагусних проб у дитини з пароксизмальною тахікардією дитина втратила свідомість. Що є патогенетичною основою запаморочення в цьому випадку:

- A. Вазоспазм
- B. Вазоділятація
- C. Звуження мозкових артерій
- D. Гіперчутливість каротидного синусу
- E. Підвищення скоротливості міокарда

4. До дитячого лікаря поліклініки звернулися батьки з дитиною 5 років, яка скаржиться на головний біль, виражену загальну слабкість. Об'єктивно: слизисті виділення з носа, гіперемія кон'юнктиви та шкірних покривів, температура 39⁰C. Для зниження температури тіла з фізичних методів необхідно застосувати:

- A Прохолодна клізма
- B Тепла грілка
- C Гаряче пиття
- D Лужна інгаляція
- E Оксигенотерапія

5. До лікаря поліклініки звернувся хлопчик 12 років, який порізав палець склом. Під час перев'язки, побачивши кров, зблід і раптово втратив свідомість. Пульс ниткоподібний, кінцівки холодні. Який стан виник у дитини?

- A Геморагічний шок
- B Непритомність
- C Гостра серцева недостатність
- D Колапс

Е Гостра дихальна недостатність

6. У дитини 2 років з гіпертермічним синдромом, спостерігається блідість шкірних покривів, озноб, холодні на дотик кінцівки. Що слід застосувати для поліпшення мікроциркуляції судин?

- А Анальгін 50% внутрішньом'язово
- В Оцтові обгортання
- С Папаверин 2% внутрішньом'язово
- Д Холод на проекцію великих судин
- Е Парацетамол всередину

7. Виклик лікаря невідкладної допомоги до дитини 7 років, у якої розвився колапс після фізичного навантаження на уроці фізкультури. Вчитель поклав дитину у горизонтальне положення, підняв кінцівки, розстібнув одяг. Визначте подальші дії лікаря

- А Ввести в/м 50% розчин анальгіну
- В Надати дитині підвищене положення
- С Положити дитину набік
- Д Протерти шкіру розчином оцту
- Е Ввести п/ш розчин кордіаміну

8. У дитини 7- місяців раптово почалися судоми. Лікується в інфекційній лікарні з діагнозом: менінгококова інфекція. Які першочергові дії фельдшера при наданні невідкладної допомоги?

- А Подразнювати корінь язика
- В Провести профілактику западання язика
- С Зігріти дитину грілками
- Д Повісити міхур з льодом до голови
- Е Провести ШВЛ, закритий масаж серця

9. У дитини при різкому зниженні температури тіла виникла слабкість, блідість шкіри, кінцівки стали холодні, шкіра вкрилась холодним липким потом. Дитина втратила свідомість, артеріальний тиск різко знизився. Який препарат слід ввести першочергово?

- А 0,1% р-н адреналіну гідрохлориду
- В 0,5% р-н седуксену
- С Інсулін
- Д 40% глюкозу
- Е 1% р-н димедролу

10. Дитину, 2 років, за праву долоню вкусила комаха, на місці укусу з'явилося почервоніння, поширився набряк тканин. Температура тіла підвищилася до 38°C. Такий стан діагностують у разі:

- A сінної гарячки
- B кропив'янки
- C анафілактичного шоку
- D набряку Квінке
- E молочного струпу

Відповіді : 1 A, 2 A, 3 C, 4 A, 5 B, 6 C, 7 E, 8 B, 9 A, 10 D.

Ситуаційні задачі:

Задача 1.

Стан новонародженої дитини, яка хвора сепсисом різко погіршився: з'явилась різка блідість шкіри і слизових оболонок, рефлекси пригнічені, блювання фонтаном. З'явився ся ціаноз губ і носогубного трикутника, на шкірі гіперпігментація у виді темних плям і яскраво-червоної петехіальної висипки. Патологічний подих типу Чейн-Стокса, тони серця глухі, аритмічні, тахікардія, виражена артеріальна гіпотензія, олігурія.

- 1). Що могло стати причиною такого патологічного стану?
- 2). Яка медична допомога в цьому випадку?

Еталони Відповідей:

- 1). Синдром Уотерхауса-Фрідеріксена
- 2). Медична допомога:
 1. За показниками - реанімаційні заходи. Інгаляція 100% кисню.
 2. Катетеризація магістральних судин: внутрієнно струйно, потім крапельно гідрокортизон або преднізолон у добовій дозі 5-10 мг/кг (по преднізолону).
 3. Внутрієнно мезатон або норадреналін у ізотонічному розчині натрію хлориду, інфузія ізотонічного розчину натрію хлориду і 5% розчину глюкози в дозі 20 мл/кг/година.
 4. Симптоматична терапія.
 5. Термінова госпіталізація до ВІТ.

Задача 2.

Дівчинка 9 років була доставлена в приймальне відділення лікарні машиною невідкладної допомоги. На вулиці раптово втратила свідомість, упала,

спостерігалися генералізовані тоніко-клонічні судоми протягом 5 хвилин. Припадок супроводжувався прикусом язика та слизової оболонки щоки, виділенням піни з рота, мимовільним випусканням сечі. Потім, через декілька хвилин розвернувся новий припадок вищеописаного характеру. В приймальному відділенні судомні напади наставали один за одним, між нападами хворий повністю не приходив до тями. Зі слів батьків, в останні 2-3 місяців дитина скаржилася на головний біль, нудоту вранці, спрагу на протязі дня, стомлюваність. Батьки з цього приводу до лікарів ще не звертались.

Питання:

1. Який попередній діагноз?
2. Які методи діагностики ви можете запропонувати провести в умовах стаціонару для уточнення етіології захворювання?

Еталони відповідей:

1. Епілептичний припадок
2. Магнітно-резонансна томографія головного мозку, консультація окуліста (огляд очного дна); клінічний та біохімічний аналіз крові (рівень кальцію, глюкози тощо), консультація ендокринолога.

Задача 3.

На прийомі у лікаря медичного пункту знаходиться мати з дитиною у віці 5 років зі скаргами на виниклий у хлопчика набряк в області обличчя, млявість, загальну слабкість, нездужання. При опитуванні лікарем встановлено, що захворювання у дитини виникло кілька годин тому. Незабаром після вживання в їжу цитрусових з'явилася одутлість обличчя, яка потім змінилася його набряком. В анамнезі у дитини відзначається харчова алергія. Об'єктивно: При огляді загальний стан дитини важкий. Млявий. На обличчі обмежений набряк шкіри та підшкірної клітковини, який поширюється на губи, повіки і щоки. Шкіра на місці набряку бліда, холодна на дотик. Область набряку безболісна при пальпації, свербіння шкіри немає. При огляді порожнини рота і горла слизова рожева, волога, не набрякла. Голос у дитини не змінений. У легенях дихання везикулярне, ЧД = 24 за хвилину. Аускультативно тони серця ясні, ритмічні, ЧСС = 98 за хвилину. Пульс ритмічний, задовільних якостей. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Печінка і селезінка не збільшені. Фізіологічні відправлення в нормі.

1. Виделіть провідний клінічний синдром?
2. Попередній діагноз, обґрунтуйте його?
3. Чи є можливість ускладнення ?

4.Ваші дії в умовах МП, їх послідовність?

5. Намітьте план обстеження і лікування у відділенні інтенсивної терапії дитячої лікарні

Еталони відповідей:

1. Гостра алергічна реакція.
2. набряк Квінке
3. Гострий набряк гортані, асфіксія.

4. Припинення надходження можливих алергенів в організм дитини. Запровадження одного з перерахованих антигістамінних препаратів: димедрол, супрастин, тавегіл в разовій дозі 0,5 мл в / м, по можливості в / в. Протизапальна терапія: преднізолон у разовій дозі 1-2 мг / кг маси тіла дитини (20-40 мг). Всередину активоване вугілля. Госпіталізація у відділення інтенсивної терапії дитячої лікарні в супроводі лікаря.

5 .Загальний аналіз крові, сечі, консультація лікаря оториноларинголога. Гіпоалергенна дієта. Проведення десенсибілізуючої терапії: преднізолон у разовій дозі 1 мг/ кг маси тіла 2 рази на день в / м, антигістамінні препарати- димедрол, супрастин, тавегіл 0,5 мл 2 рази на день в / м.. Часте пиття у вигляді кип'яченої води, мінеральної води, слабого чаю.

Матеріали методичного забезпечення основного етапу заняття
Професійний алгоритм виконання курації хворого (орієнтовна карта) для формування практичних навичок та вмінь.

Завдання	Послідовність виконання	Зауваження, попередження щодо самоконтролю
Провести об'єктивне обстеження хворого при запамороченні, колапсі, гост- рій дихальній недостатності, гіпертермічному, судомному синдромі, набряку Квінке	1.Провести збір скарг, анамнезу захворювання.	Звернути увагу на особливості перебігу захворювання, фон, на якому воно виникло вік, супутні хвороби, тощо.
	2.Ретельно зібрати анамнез життя пацієнта.	Встановити наявність факторів ризику, які сприяли виникнення захворювання
	3.Провести огляд хворого	Оцінити загальний стан хворого, положення у ліжку, колір та вологість шкіри та слизових оболонок, наявність набухання вен шиї, набряків на кінцівках.
	4. Дослідити стан	На основі об'єктивного

		опорно-рухової системи	обстеження хворої дитини вміти поставити попередній діагноз відповідного невідкладного стану.
		5. Дослідити м'язову систему	Провести огляд, пальпацію м'язів, оцінити м'язовий тонус
		6. Дослідити серцево-судинну систему пацієнта.	Звернути увагу на ритмічність пульсу, його напругу і величину на обох руках, верхівковий поштовх, його властивості, границі абсолютної та відносної серцевої тупості, їх зміни, ЧСС (тахі- чи брадикардія, екстрасистолія), АТ. Звернути увагу на ослаблення чи посилення тонів серця, появу шумів та додаткових III, IV тонів.
		7. Дослідити стан інших внутрішніх органів та систем	При виявленні вісцеральної патології уточнюють її зв'язок відповідним невідкладним станом.
	Сформулювати попередній діагноз	1. Сформулювати попередній діагноз. 2. Обґрунтувати всі складові попереднього діагнозу на підставі даних скарг, анамнезу хвороби та життя, об'єктивного обстеження	Базуючись на сучасній класифікації захворювань, сформулювати попередній діагноз та обґрунтувати кожну його складову.
	Оцінити показники додаткових лабораторних досліджень	1. Оцінити дані загального аналізу крові. 2. Інтерпретувати дані біохімічного аналізу крові.	Звернути увагу на наявність лейкоцитозу, зсуву лейкоцитарної формули, підвищення ШОЕ. Вибирати найбільш адекватні методи лабораторного та інструментального обстеження дітей давати інтерпретацію отриманих результатів удітей після перенесених відповідних невідкладних станів.
	Інтерпретувати дані додаткових інструментальних досліджень.	Інтерпретувати дані Ro-графії органів грудної клітки та УЗД, денситометрії, ЕКГ	Звернути особливу увагу на ознаки остеопорозу, синовіту, кардиту, наявність рідини, тощо.
	Провести диференційну діагностику.	1. Послідовно знайти спільні риси у скаргах, даних анамнезу хвороби та життя,	На основі анамнезу, об'єктивного обстеження хворої дитини вміти

		<p>об'єктивному статусі, даних лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>2. Знайти відмінності між скаргами, даними анамнезу хвороби та життя, об'єктивними симптомами, даними лабораторних та інструментальних методів дослідження хворого та при схожій нозології.</p> <p>3. На підставі виявлених відмінностей виключити схожу хворобу зі списку ймовірних діагнозів.</p> <p>4. Провести диференційну діагностику за вище означеним алгоритмом з усіма нозологіями, які мають схожу клінічну картину.</p>	<p>поставити попередній діагноз.</p>
	Сформулювати остаточний клінічний діагноз	<p>Сформулювати остаточний клінічний діагноз.</p> <p>На підставі попереднього діагнозу, аналізу даних додаткових лабораторних та інструментальних методів дослідження, проведеного диференційного діагнозу обґрунтувати всі елементи остаточного клінічного діагнозу.</p>	<p>Базуючись на сучасній класифікації захворювань, при відповідних невідкладних станах, сформулювати клінічний діагноз, ускладнення основного захворювання та наявності супутніх захворювань.</p>
	Призначити лікування пацієнту	<p>Призначити немедикаментозне лікування.</p> <p>Призначити медикаментозне лікування</p>	<p>Визначати групи препаратів для профілактики загострень захворювань системи кровообігу. Чітко вказати режим та деталізувати дієту відповідно захворюванню. Враховуючи вік, важкість стану пацієнта, стадію захворювання, наявність ускладнень та супутньої патології призначити сучасне лікування відповідно до стандартів терапії даного захворювання</p>
	Розробити тактику диспансерного нагляду за дітьми, що перенесли запаморочення,	<p>Кратність огляду дітей педіатром, суміжними фахівцями;</p> <p>Оцінюють стан дитини на момент огляду;</p>	<p>Керуючись схемами диспансерного спостереження, викладеними в Наказах МОЗ України та Протоколах, скласти план</p>

	колапс, гостру дихальна недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке	Призначають необхідні обстеження та оцінюють їх результати; Формулюють діагноз; Призначають комплекс лікувально-оздоровчих заходів у період ремісії та загострень; Визначають групу по фізкультурі, групу інвалідності; Вирішують питання вакцинації; Оцінюють ефективність диспансеризації та терміни спостереження, зняття з обліку.	диспансерного нагляду за дітьми, що перенесли відповідні невідкладні стани. Оформити медичну документацію (форми 112/о; 131/о; 030/о; 025/о; 026/о)
--	--	---	---

Орієнтовна карта для організації самостійної роботи студентів з навчальною літературою.

Завдання	Вказівки
Вивчити етіологію запаморочення, колапсу, гострої дихальної недостатності гіпертермічного, судомного синдрому, набряку Квінке.	Перерахувати основні етіологічні фактори запаморочення, колапсу, гострої дихальної недостатності, гіпертермічного, судомного синдрому, набряку Квінке.
Вивчити патогенез зазначених невідкладних станів.	Виділити ключові ланки патогенезу зазначених невідкладних станів.
Вивчити клінічні запаморочення, колапсу, гострої дихальної недостатності, гіпертермічного, судомного синдрому, набряку Квінке.	Встановити симптоми та згрупувати їх у клінічні синдроми, що дають змогу поставити імовірний діагноз відповідних невідкладних станів.
Вивчити діагностичні критерії вищезазначених невідкладних станів.	Скласти структурну схему зазначених невідкладних станів.
Вивчити додаткові методи дослідження (лабораторні, інструментальні) та патогномонічні для патології системи кровообігу у дітей зміни даних додаткових методів дослідження	Скласти план обстеження захворювань системи дихання у дітей та перерахувати основні діагностичні критерії даних захворювань за даними додаткових методів дослідження
Встановити попередній діагноз	Поставити попередній діагноз запаморочення, колапсу, гострої дихальної недостатності, гіпертермічного, судомного синдрому, набряку Квінке.
Провести диференційну діагностику, встановити заключний діагноз	Провести диференційний діагноз та обґрунтувати основні компоненти діагнозу відповідно до сучасної класифікації
Призначити індивідуальне комплексне лікування хворого при вищезазначених невідкладних станах.	Визначити лікувальну тактику надання невідкладної допомоги.
Визначити схему диспансерного	Вибрати раціональну схему диспансеризації

спостереження за хворими дітьми, що перенесли запаморочення, колапс, гостру дихальну недостатність, гіпертермічний, судомний синдром, набряк Квінке.	хворого і визначити прогноз при зазначених невідкладних станах.
--	---

VI ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і дошпитальному етапах».- Наказ Міністерства охорони здоров'я України №437 від 31.08. 2004 року
2. Невідкладні стани в педіатрії. Навчальний посібник. За редакцією проф. О.П. Волосовця та Ю.В.Марушка. –Харків-«Прапор»- 2008- 199 с.
3. Гринспен П.Г. и др. «Неотложная помощь детям». М., 1999.-160 с.
4. Чернышов В.Н. «Тактика оказания экстренной помощи в педиатрии». Ростов на дону.: «Феникс», 2000.-256 с.
5. Неотложные состояния у детей/ Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Кретинина Л.Н., Ушакова С.А., Иванова Е.Е., Кайб И.Д., Балдашова Ф.Р., Левитина Е.В.- М.: Из-во «Медицинская книга», 2002.- 176 с.
6. Руководство по педиатрии (Неотложная помощь и интенсивная терапия)/Под ред. Роджерса М., Хелфайера М. - СПб, 1999. -1120с.
7. Цыбулькин Э. К. Неотложная педиатрия в алгоритмах.- СПб, 1998.-224.
8. Цыбулькин Э. К. Угрожающие состояния у детей (экстренная врачебная помощь). Справочник: 2-е издание, перераб. и доп. - СПб,2000. - 216 с.
9. Чернышев В. Н., Лебеденко А. А., Сависько А. А. и соавт. Тактика оказания экстренной помощи в педиатрии. - Ростов-на-Дону,2000. - 256 с.
10. Неотложные состояния у детей/ Петрушина А.Д., Мальченко Л.А., Кретинина Л.Н., Ушакова С.А., Иванова Е.Е., Кайб И.Д., Балдашова Ф.Р., Левитина Е.В.- М.: Из-во «Медицинская книга», 2002.- 176 с.
11. Лихорадка у детей. Рациональный выбор жаропонижающих лекарственных средств (руководство для врачей). - М., 2000. - 68 с.

Додаткова:

1. Закон України від 5 липня 2012 року № 5081-VI “Про екстрену медичну допомогу”.
2. Наказ МОЗ України від 28 грудня 2002 року №507 “Нормативи надання медичної допомоги дорослому населенню в амбулаторно-поліклінічних закладах за спеціальністю „медицина невідкладних станів”.
3. Наказ МОЗ України від 17 січня 2005 року № 24 “Про затвердження протоколів

надання медичної допомоги за спеціальністю “Медицина невідкладних станів”.

4. Постанова Кабінету Міністрів України від 5.11.2007 № 1290 “Про затвердження Державної програми створення єдиної системи надання екстреної медичної допомоги на період до 2010 року”.
5. Наказ МОЗ України від 18 квітня 2012 року № 366 “Про затвердження Загальних вимог щодо проведення медичного сортування постраждалих і хворих та форм медичної документації”
6. Медицина невідкладних станів: швидка і невідкладна медична допомога /І.С. Зозуля, А.В. Вершигора, В.І. Боброва та ін.; за ред. І. С. Зозулі. – К.: ВСВ “Медицина”, 2012. – 728 с.
7. Екстрена медична допомога (гострі серцеві стани) /Г.Г. Рошчін, О.М. Пархоменко, В.О. Крилюк та ін.; за ред. Г.Г. Рошчина. – К.: ТОВ “НВП “Інтерсервіс”, 2011. – 159 с.
8. Екстрена медична допомога: догоспітальний етап – алгоритми маніпуляції (базовий рівень). – Г.Г. Рошчін, А.А. Гудима, В.Ю. Кузьмін та ін. – К., 2012 – 84 с.
9. Политравма: хірургія, травматологія, анестезіологія, інтенсивна терапія /Под ред. Ф.С. Глумчера, П.Д. Фомина, Е.Г. Педаченко и др.. – К.: ВСИ “Медицина”, 2012. – 736 с.
10. Медицина катастроф / І.В. Кочін, Г.О. Черняков, П.І. Сидоренко: за ред. І.В. Кочіна. – К.: Здоров’я, 2008. – 724 с.