

ВВЕДЕННЯ В ПЕДІАТРІЮ

За редакцією професора І. О. Мітюряєвої-Корнінко

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК



МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

ВВЕДЕННЯ В ПЕДІАТРІЮ

НАВЧАЛЬНИЙ ПОСІБНИК

За редакцією
проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко

Київ
ДП «Експрес-об'ява»
2024

УДК 616-085:616.053.2(477)

В 24

**Рекомендовано до друку Вченою радою
Національного медичного університету
імені О. О. Богомольця МОЗ України
(протокол № 10 від 25.04.2024 року)**

Установа-розробник:

Національний медичний університет
імені О. О. Богомольця МОЗ України

Рецензенти:

Кліменко Т. М., д-р мед. наук, професор, зав. кафедри педіатрії № 3 та неонатології Харківського національного медичного університету, заслужений діяч науки і техніки, лауреат державної премії України.

Беш Л. В., д-р мед. наук, професор, зав. кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

В 24 Введення в педіатрію : навчальний посібник / І. О. Мітюряєва-Корнійко, Є. А. Бурлака, А. В. Чуриліна, Н. М. Кухта, С. Ю. Романенко, Г. В. Салтикова, Ю. М. Кривонос, В. В. Довгодько, Р. В. Терлецький, О. С. Качалова, Л. П. Глебова, за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. Видавництво «Експрес-об'ява», 2024. 268 с.

ISBN 978-617-7389-29-2

DOI 10.51587/9786-1773-89292-2024-12

Навчальний посібник знайомить читачів з Педіатрією як наукою та практичною галуззю медицини, її історією та сучасністю. У підручнику наведені: її розділи та вузькі спеціалізації, особливості організації педіатричної служби в Україні, роль батьків у формуванні стану здоров'я дітей, юридичні аспекти роботи лікаря-педіатра.

Цікаві, не вигадані клінічні випадки з життя, важливі переваги та труднощі щоденної копіткої роботи практикуючих лікарів, що надають допомогу дітям, їх функціональні обов'язки та необхідні особистісні риси переконують в достовірності гасла педіатрів усього світу, що «дитина – це не дорослий в мініатюрі». Значна увага в книзі приділяється якраз особливостям цієї найвідповідальнішої професії, яка вимагає постійного навчання та професійного удосконалення. Посібник буде корисним лікарям різних спеціальностей, а також студентам, інтернам, медичним сестрам, організаторам закладів охорони здоров'я, викладачам вищих та середніх закладів медичної освіти, вихователям дитячих садків та закладів освіти, психологам та педагогам, батькам та опікунам.

УДК 616-085:616.053.2(477)

© Колектив авторів, 2024
© ДП «Експрес-об'ява», 2024
© О. Норинська, дизайн обкладинки, 2024

ISBN 978-617-7389-29-2

З М І С Т

ПЕРЕДМОВА.....	9
МОЛИТВА ЛІКАРЯ XV СТОЛІТТЯ.....	12
РОЗДІЛ I ЗДОРОВА ТА ХВОРА ДИТИНА. ПЕДІАТРІЯ ЯК НАУКА, ЇЇ РОЗДІЛИ ТА СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ	
1.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	13
1.2. Цікаві клінічні випадки.....	14
1.3. Основні спеціальності та субспеціальності педіатрії.....	19
1.4. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою.....	23
РОЗДІЛ II ЕВОЛЮЦІЯ ЗАСОБІВ ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ: ВІД МИНУЛОГО ДО НАЙСУЧАСНІШОГО	
2.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	27
2.2. Цікаві клінічні питання батьків до лікаря.....	28
2.3. Історичні аспекти догляду за дитиною.....	30
2.4. Підгузники в догляді за дитиною.....	30
2.5. Сповивання дітей: історія чи сучасність?.....	31
2.6. Постільна білизна малюка.....	34
2.7. Колискові пісні чи радіоняня?.....	34
2.8. Горщики в догляді за дитиною.....	35
2.9. Сучасні пристрої для годування дітей.....	36
2.10. Одяг для дітей.....	40
2.11. Вимоги до дитячого взуття.....	44
2.12. Засоби для пересування дитини: коляски, люльки, гойдалки, ходунки.....	48
2.13. Аспіратор для носа: важливість та ефективність у догляді за немовлятами.....	51
2.14. Купання дитини.....	52
2.15. Догляд за порожниною рота у дитячому віці.....	53
2.16. Догляд за дитиною у період прорізування молочних зубів.....	55
2.17. Термометри та їх використання у дітей.....	55
2.18. Аналіз сечі у немовлят. Правила, обладнання.....	56

2.19. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою.....	57
--	----

РОЗДІЛ III ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА ТА КОМПЕТЕНЦІЇ, ЯКИМИ ВІН МАЄ ВОЛОДІТИ

3.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	61
3.2. Цікаві клінічні випадки.....	63
3.3. Особистісні характеристики лікаря, необхідні для професійної діяльності.....	66
3.4. Відповідність посадам.....	70
3.5. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою.....	71

РОЗДІЛ IV ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОBOB'ЯЗКИ ТА НАПРЯМКИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА НА АМБУЛАТОРНІЙ ТА СТАЦІОНАРНІЙ ЛАНКАХ НАДАННЯ ДОПОМОГИ. ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

4.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	75
4.2. Цікаві клінічні випадки.....	76
4.3. Функціональні обов'язки лікаря-педіатра амбулаторії.....	80
4.4. Функціональні обов'язки лікаря-педіатра стаціонару.....	81
4.5. Структура та організація педіатричної служби в Україні.....	83
4.6. Рівні надання медичної допомоги дітям в Україні....	83
4.7. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою.....	86

РОЗДІЛ V ОСОБЛИВОСТІ ЗБОРУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ДИТИНУ ТА ЇЇ ЗАХВОРЮВАННЯ, ОГЛЯД ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА

5.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	89
---	----

5.2. Цікаві клінічні випадки	91
5.3. Обстеження дитини продовжують опитуванням.....	98
5.4. Етапи опитування в педіатричній практиці.....	99
5.5. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою	102

РОЗДІЛ VI ОСОБЛИВІ КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

6.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	105
6.2. Цікаві клінічні випадки	106
6.3. Основні правила комунікації медичного персоналу в педіатричній практиці.....	111
6.4. Комунікація педіатричної медичної сестри.....	113
6.5. Комплексний підхід у комунікації педіатра	114
6.6. Особливості спілкування з пацієнтами різних вікових груп	114
6.7. Взаємовідносини між колегами в педіатричному колективі.....	123
6.8. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою	123

РОЗДІЛ VII ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ СВІДОМОСТІ, ДИХАННЯ, ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ДИТИНИ РІЗНОГО ВІКУ

7.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	127
7.2. Цікаві клінічні випадки	129
7.3. Особливості обстеження дітей різного віку для оцінки загального стану	131
7.4. Поради батькам, які планують візит до лікаря або знаходяться на прийомі	132
7.5. Оцінка загального стану дитини	136
7.6. Особливості оцінки загального стану новонародженого	142
7.7. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою	143

РОЗДІЛ VIII ОЦІНКА ПРИСУТНОСТІ БОЛЮ ТА ЙОГО ІНТЕНСИВНОСТІ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ. ОЗНАКИ ЗНЕВОДНЕННЯ ДИТИНИ

8.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	147
8.2. Цікаві клінічні випадки.....	148
8.3. Основні принципи оцінювання болю у дітей.....	150
8.4. Поведінкові реакції на біль та їх особливості у різних групах дітей.....	152
8.5. Методика оцінки болю у дітей будь-якого віку з когнітивними порушеннями.....	157
8.6. Зневоднення у дітей та його оцінка.....	159
8.7. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою.....	162

РОЗДІЛ ІХ ЩОДЕННИКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРОЇ ДИТИНИ (ХАРЧУВАННЯ, ВИПОРОЖНЕНЬ, ПЛАЧУ, ГОЛОВНОГО БОЛЮ, ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА, ГІДРОБАЛАНСУ, СЕЧОВИПУСКАНЬ)

9.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	167
9.2. Цікаві клінічні випадки.....	168
9.3. Значення щоденників спостереження в педіатрії.....	172
9.4. Температурний лист. Практика використання в педіатрії.....	173
9.5. Принципи використання щоденника харчування в педіатричній практиці.....	174
9.6. Щоденник плачу в практиці педіатра.....	175
9.7. Щоденник головного болю для лікаря педіатра.....	176
9.8. Щоденник випорожнень в практиці дитячого лікаря.....	177
9.9. Принципи використання педіатрами щоденників гідробалансу.....	179
9.10. Підрахунок добового діурезу.....	180
9.11. Добовий моніторинг сечовипускання (або щоденник сечовипускань).....	183
9.12. Принципи використання щоденника енурезу.....	185
9.13. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою.....	187

РОЗДІЛ X ОЗНАКИ ЗУПИНКИ ДИХАННЯ ТА КРОВООБІГУ У ДІТЕЙ І ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ З БАЗОВОЇ ПІДТРИМКИ ЖИТТЯ В ПЕДІАТРІЇ

10.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	191
10.2. Цікаві клінічні випадки.....	192
10.3. Базові реанімаційні заходи у дітей відповідно до рекомендацій American Heart Association 2020.....	194
10.4. Педіатричний Ланцюг Вживання American Heart Association 2020.....	194
10.5. Практичні навички високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят. Оцінка дихання та пульсу.....	198
10.6. Ознаки поганої перфузії.....	199
10.7. Вимоги до високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят.....	200
10.8. Компресії грудної клітки у дітей старшого віку.....	203
10.9. Виконання штучних вдихів.....	204
10.10. Відкриття дихальних шляхів.....	204
10.11. Безпечне використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора. Допомога при обструкції дихальних шляхів стороннім тілом у дітей. Переведення постраждалого в стабільне положення.....	207
10.12. Алгоритм дій при обструкції дихальних шляхів стороннім тілом у дітей.....	211
10.13. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою.....	216

РОЗДІЛ XI ВАКЦИНАЦІЯ – ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ В УКРАЇНІ

11.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	221
11.2. Цікаві клінічні випадки.....	222
11.3. Імунітет людини як механізм захисту від інфекційних хвороб.....	224
11.4. Вакцинація як метод формування набутого активного імунітету та профілактики інфекційних хвороб.....	226

11.5. Загальні положення про вакцинацію в Україні	228
11.6. Загальні правила до проведення вакцинації різним групам дітей.....	229
11.7. Поняття про післявакцинальні реакції.....	231
11.8. Поняття про ускладнення вакцинації	231
11.9. Алгоритм дій при проведенні вакцинації дитини.....	232
11.10. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою	233

**РОЗДІЛ XII ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА.
ПОНЯТТЯ ПРО ЛІКАРСЬКУ ПОМИЛКУ.
ПРОБЛЕМА ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ
З ДИТИНОЮ**

12.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми.....	237
12.2. Цікаві клінічні випадки	238
12.3. Основи юридичного регулювання роботи педіатра.....	243
12.4. Лікарська помилка – причини, наслідки, запобігання.....	245
12.5. Відповідальність медичних працівників за лікарську помилку.....	246
12.6. Жорстоке поведження з дітьми в аспекті практики педіатра.....	247
12.7. Роль педіатра у профілактиці жорстокого поводження з дітьми	248
12.8. Засоби для забезпечення побутової безпеки малюка	250
12.9. Контрольні питання, тестові завдання та рекомендована література для самостійної роботи над темою	252

СИТУАЦІЙНІ ЗАВДАННЯ 257

ПРАВИЛЬНІ ВІДПОВІДІ НА ТЕСТИ 259

ПІСЛЯМОВА. ПОДЯКА..... 261

ПЕРЕДМОВА

Дорогі друзі! Якщо ви тримаєте в руках цю книгу – це означає, що ви хочете краще розібратися в лікарській спеціальності «Педіатрія», яку для себе обираєте.

Історично так склалося, що медична наука з незапам'ятних часів дуже детально вивчала будову, функціональні, психологічні здібності і хвороби дорослого. Дітям приділялося значно менше уваги, більшою мірою діяв природний відбір. Проте лікарі та знахарі у давнину твердо знали, що діти хворіють інакше, а саме:

- 1) є тільки «дитячі» проблеми, які з віком або «минають», або, навпаки, не виникають зовсім;
- 2) хворобливий процес перебігає набагато швидше, з яскравішими різноманітними проявами і вимагає термінового вжиття заходів;
- 3) ліки, їх дозування і багато терапевтичних методів впливу значно відрізняються.

Крім того, емпіричним шляхом, по крупинках, збиралися відомості щодо вимог по догляду за дітьми різного віку, щоб вони могли рости здоровими і в майбутньому стали успішними довгожителами.

Остаточну крапку у вирішенні питання про виділення Педіатрії як окремої медичної науки і лікарської спеціальності про здоров'я і хвороби дитячого віку поставив професор Хотовицький С.Ф. (1796–1885). Його вердикт, що **«дитина – не дорослий в мініатюрі»** (1847) став на віки головним гаслом педіатрів усього світу.

Кожна доросла людина – «родом з дитинства», включаючи, звичайно, й внутрішньоутробний період. Саме в ранні роки життя розкриваються генетично закладені та виховуються завдяки навчанню основні риси характеру, творчі, фізичні, інтелектуальні здібності, фактично визначається «плацдарм» людської долі. Недарма вчені звертаються до батьків у книгах, таких як «Після 3-х вже пізно» Масару Ібука або «Від 0 до 5» Трейсі Катчлоу та ін. Для того, щоб світ дитини міг вчасно «заграти усіма фарбами» можливостей, вона насамперед повинна бути здоровою, розвиватися правильно, не відчуваючи ні нестачі, ні надлишку

навантажень та інформації сучасного світу, які, на жаль, часом не відповідають її фізіологічним та психологічним можливостям.

На всі ці питання повинен уміти грамотно відповісти Педіатр – головний наставник та помічник батьків у здоровому розвитку дітей.

Важливо розібратися, чи може будь-яка молода людина не тільки впоратися з багаторічним опануванням вічних та нових істин Педіатрії, а ще й уміти встояти перед психологічними «викликами» ситуацій, якими наповнені трудові будні лікаря, а в останні роки – це ще й воєнний стан в Україні.

По-перше, успішність такого лікаря визначається його високим рівнем *почуття відповідальності, доброзичливості, терпіння та чуйності*. Любов та прийняття людей, і особливо дітей, як вони є, з усіма психофізіологічними особливостями, вміння розуміти та розпізнавати найменші прояви відхилень, навички легко вступати з ними в контакт, розташовувати до себе – абсолютно необхідні в цій професії.

По-друге, важливою умовою є *врівноваженість та швидкість реакції* професіонала в Педіатрії, вміння чітко приймати часом сміливі, неординарні рішення за допомогою максимально простих та безпечних засобів. Віра в себе зазвичай приходить із роками навчання та практики, але наявні вроджені природні *почуття внутрішнього спокою, кмітливості, уміння нестандартно мислити, скромність*, дозволяють без зайвих амбіцій звернутися за допомогою до більш досвідчених фахівців.

По-третє, черга пацієнтів завжди буде до того Педіатра, який не тільки все життя *оновлює свої професійні знання, а й розвивається міждисциплінарно та багатогранно*, може цілісно оцінити стан здоров'я дитини, вміє дати ефективну пораду за вузького спеціаліста з питань психологічного, інтелектуального, спортивного, духовного розвитку малюків, підказати, як вирішити сімейну проблему, налагодити відносини батьків та дітей або правильно обрати засоби по догляду, вибору одягу чи взуття малечі.

По-четверте, *почуття оптимізму та гумору* Педіатра часто допомагає у лікуванні захворювань дітей навіть без застосування ліків та оперативних втручань, при цьому подяка батьків стає безмірною на роки.

І по-п'яте, доведено, що Педіатр повинен мати *найбільші можливості людської пам'яті* (наприклад, знати фізіологічні функції

за віком: частота серцевих скорочень, дихання, артеріальний тиск, кількість сечовипускань, обсяг шлунка, дозування препаратів та ін.). Усі ці показники треба знати, щоб швидко скористатися ними в критичній ситуації: адже у критичний найвідповідальніший момент доводиться покладатися тільки на власний розум, не звертаючись до сучасних гаджетів та додатків. Ось чому тренувати власну пам'ять педіатру доводиться все життя!

Усвідомлюючи сьогодні всі ці вимоги до професії, впевнені, що ще довго штучний інтелект не зможе замінити Людину в Педіатрії.

Адже Педіатри – особливі люди! Це, зазвичай, *дорослі, яким вдається зберегти в собі дитячу безпосередність, спостережливість і допитливість на все життя.*

І немає на світі кращої подяки за результати своєї праці, ніж дитячий заливистий сміх, яскраві нескладні малюнки, сльози радості в очах батьків, бабусь та дідусів дітей, яким ви допомогли. Відчути таке щастя дано не в кожній професії.

Відкриваючи для себе світ Педіатрії зі сторінок цього ознайомлювального, мабуть, першого вашого підручника, написаного колективом однієї з найстаріших в Україні кафедр педіатрії з відомими у світі педагогічними та науково-клінічними традиціями професорів Хохол Є.М. (1897–1964), Кошель-Плескунової Є.С. (1904–1990), Чеботарьової В.Д. (1922–2001), академіка Майданника В.Г. (1957–2020), ви зможете зрозуміти комплексність та значимість тем занять завдяки описаним спочатку реальним клінічним історіям із професійного життя авторів.

Насамкінець, з досвіду та практики величезної кількості лікарів різних спеціальностей, які пройшли саме Педіатричну школу вищої медичної освіти, можемо стверджувати, що в професійному житті їм був «вже не страшний» жоден пацієнт, незалежно від віку, діагнозу, місця проживання та кількості співчуваючих родичів.

Щасливої Вам професійної дороги, наші майбутні молоді колеги, нехай Молитва стародавнього лікаря допомагає щодня!

Професор Мітюряєва-Корнійко Інга Олександрівна, 2024

Молитва Лікаря XV століття

Я приступаю до своєї щоденної роботи лікаря.

Прийди мені на допомогу, Господи мій, щоб моя праця була успішною!

Всели мені в серце Любов до науки та творіння Твого!

Відверни від мене прагнення до збагачення та слави, бо вони суперечать любові до істини і до Твоїх творінь!

Зміцнюй, посилюй мене тілесно і душевно, щоб я скрізь і завжди був готовий допомогти бідному і багатому, доброму і злому, друзеві та ворогові – з тим, щоб я побачив у хворому Людину!

Всели в серця моїх хворих Віру в мене і в мої знання, щоб вони слухали мої поради і виконували мої розпорядження!

Видаляй від ложа страждаючих всякого лжелікаря та всіх родичів, які дають поради всупереч приписам лікаря!

Всели в мене готовність слухати поради справжніх вчених серед моїх колег, охоче їх приймати та розуміти, бо простір науки великий і безмежний!

Дай мені сил, прошу Тебе,

зміцни моє серце, щоб я міг чинити опір дурням, лжевченим, які можуть навчити мене поганому!



Розділ I

ЗДОРОВА ТА ХВОРА ДИТИНА. ПЕДІАТРІЯ ЯК НАУКА, ЇЇ РОЗДІЛИ ТА СПЕЦІАЛІЗАЦІЇ

*«Дитина завжди здатна викласти дорослому
3 уроки: вона весела без жодної причини,
завжди чимось зайнята та вміє будь-якою
ціною домагатися бажаного»*

М. Твен

1.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Здоров'я Здоров'я людини (визначення ВООЗ)	Стан живого організму, за якого всі органи здатні виконувати свої життєві функції Стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту (а не лише відсутність хвороби та недуги), здатність адаптуватися та керувати фізичними, психічними та соціальними викликами протягом усього життя
Громадське здоров'я	Наука та практика запобігання захворюванням, збільшення тривалості життя і зміцнення здоров'я шляхом організованих зусиль суспільства
Медична допомога	Діяльність професійно підготовлених медичних працівників, спрямована на профілактику, діагностику, лікування та реабілітацію у зв'язку із хворобами, травмами, отруєннями і патологічними станами, а також у зв'язку з вагітністю та пологами
Медичне обслуговування	Діяльність закладів охорони здоров'я та фізичних осіб підприємців, які мають відповідну ліцензію в установленому законом порядку в сфері охорони здоров'я

Педіатрія	Галузь (розділ) медичної науки, що вивчає періоди зростання та розвитку дитини, причини та механізми розвитку хвороб дітей та підлітків (від народження до 18 років), їх лікування та профілактику
Малюкова смертність	Смертність дітей менше 1 року Є одним із базових статистичних показників демографії та загального стану здоров'я населення країни

1.2. Цікаві клінічні випадки

Більшість практикуючих педіатрів вважають, що значна кількість захворювань у дітей виникає від незрозумілих вчинків батьків.

- 1) Дільничний педіатр спостерігала дівчинку від 1 місяця до 4 років. Батьки – освічені, матеріально забезпечені, створювали дитині всі умови для догляду та здорового розвитку: грудне вигодовування, плавання, масаж, няня, хатня робітниця. Дитина практично не хворіла, але несподівано в 3 роки у лютому з'явилася **масована алергічна реакція** на шкірі по всьому тілу – гіперемовані плями, розчіси, постійний свербіж. На питання лікаря, що нового давали в раціоні харчування, відповіла мати: «Ожину». «Це було варення?» – уточнює педіатр, а мати з гордістю та закидом парює: «Звичайно ж ні, свіжа, тільки на ринку купила!». «Навіщо ви у лютому даєте малій свіжу ягоду з ринку? Це ж не дитяче харчування!» - дивується лікар. А мати здивовано говорить: «Мені ж треба їй смакові уподобання прищеплювати!»
- 2) У спекотний літній день на прийом прийшла мати з дитиною 3-х років, загорнутою в покривало. «Я принесла доньку, щоб з'ясувати, що в неї за висип?» Коли мати розкрила дитину, лікарка навіть охнула. Все тіло, за винятком волосної частини голови, було яскраво червоного кольору. Одразу стало зрозуміло, що дитину тотально змастили спиртовим розчином фукарцину. «Що ви давали їсти?». Мати відповіла: «Банани вчора на вулиці купили, вона їх так просила, то я дала прямо з прилавка, а на вечір **все тіло покрилось висипом**». «А в цій фарбі Ви її викупали?». Мати абсолютно спокійно

відповіла: «Ні, я взяла щіточку для малярних робіт...». Батьки бувають дуже кмітливими та винахідливими, але, на жаль, часто не на користь здоров'ю дітей. «Треба завжди мити руки та банани перед прийомом їжі. І запам'ятайте, що висип перед консультацією у лікаря фарбувати медичними барвниками не можна, бо як тепер ставити діагноз?!» – заключила педіатр та призначила відповідне лікування, керуючись багаторічним досвідом роботи.

- 3) Дівчинка 12 років поступила в дитячу інфекційну лікарню з **багаторазовим блюванням, з запахом ацетону**. Їй виключили інфекційну патологію, поставили діагноз «Ацетонімічний синдром», почали проводити детоксикаційну терапію. Але у дитини спостерігалась стійка тахікардія (прискорене скорочення серця), тому викликали з іншої лікарні завідувачку відділенням дитячої кардіоревматології, яка оформила переведення хворої в своє відділення на обстеження та спостереження. При ретельній бесіді з батьками виявилось, що вони – матеріально забезпечені люди й не відмовляли єдиній донці ні в чому. Та 2 роки тому у дівчинки з'явились незначні ознаки підвищеної ваги. Батько, якого вона дуже любила, військовий генерал, повернувшись з фронту, сказав їй: «Ти дуже товста, такою бути не можна!». І мала терміново захотіла відповідати батьківським побажанням, стала через інтернет самостійно шукати засоби схуднення, почала після кожного прийому їжі активно викликати блювання (аж до появи жовчі). Так у дівчинки розвинувся синдром постійної блювоти, іноді з запахом ацетону.

У кардіологічному відділенні при наявності стійкої тахікардії виявились ознаки нефропатії (патології нирок) та на ЕКГ – прояви гіпокаліємії (зниження рівня калію в крові). Біохімічний аналіз крові показав критичний рівень калію, що дорівнював 1,2 ммоль/л (норма 4–5 ммоль/л). Дівчинка була переведена в реанімаційне відділення, де їй почали проводити відповідне лікування, але рівень калію не підвищувався. Випадково санітарка, яка прибирала її тумбочку, знайшла у великій

кількості таблетки «фурасеміду» (сечогінний засіб) та передала лікарю, який ці ліки не призначав. На питання до матері: «Від кого дитина отримувала непризначені медикаменти?», вона відповіла, що на прохання доньки вже 2 роки постійно купувала їй ці препарати (навіть зараз в реанімації), бо та бажала схуднути. І жінка не надавала цьому значення. Так випадково була знайдена причина зниження калію і незворотних змін серцевої та сечової систем.

Отже, цей клінічний випадок демонструє, як здорову дівчинку своїми завищеними вимогами та відсутністю уваги «зробили» інвалідом власні батьки.

Дитинство – це унікальний період життя людини, коли довічно закладається, з одного боку – більшість властивостей здоров'я, а з іншого – стани ризику та дебюту хронічних захворювань у дорослих аж до літнього віку. Це період, коли від лікарських висновків та призначень залежить прогноз якості та кількості всього життя людини.



Педіатрія – розділ медицини, що вивчає особливості розвитку здорової дитини від народження до 18 років, а також механізми розвитку, діагностику, методи лікування та профілактики дитячих хвороб.

Педіатрія як наука розподіляється на два основних розділи: пропедевтична (про здорову дитину) та клінічна (про її хвороби).

Предмет пропедевтики педіатрії визначає коло знань, користуючись якими лікар має можливість закласти фундамент здоров'я дитини/людини, її родини, тобто великий ресурс фізично-, соціально-, економічно-, інтелектуально- та духовно продуктивного життя всього суспільства.

Індивідуальне здоров'я людини/дитини медицина вивчає вже більше 2000 років, але з кінця XIX ст. темп життя вийшов за межі адаптивних можливостей особистості, з'явилися хвороби, від яких людина не мала генетичного захисту. В XXI столітті пристосування

до існування в сучасних умовах науково-технічної революції більшою мірою залежить від психічних можливостей людини, що має дуже важливе значення для ще неповноцінного дозрівання цієї сфери у дітей.

На сьогоднішній день не існує загальноприйнятого поняття «здоров'я дитини», більшість визначень стосується виключно дорослої людини.

Згідно з конституцією ВООЗ з 1946 р. зафіксовано, що **«Здоров'я – це стан повного фізичного, духовного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних дефектів».**

Далі ВООЗ розробила більш функціональну концепцію. Тобто, *«здоров'я – це здатність чинити опір випробуванням фізичного, психічного та соціального характеру так, щоб вони не призвели до скорочення терміну життя, життєвих функцій або погіршення психофізіологічного стану».*

У 1986 р. ВООЗ на Оттавській хартії заявила, що **«неодмінними умовами та передумовами здоров'я – є мир, дах над головою, освіта, їжа, заробіток, стабільна екосистема, стійкі ресурси, соціальна справедливість та рівність. Це та міцна основа, без якої неможливо покращення здоров'я».**

N. B. !

Головним завданням педіатрії є збереження або повернення здоров'я дитини, щоб дозволити їй повною мірою реалізувати свій вроджений життєвий потенціал.

Приблизно 130 років тому **педіатрія** стала окремою галуззю медицини, оскільки було визнано, що хвороби дітей відрізняються від захворювань дорослих та їх частота і відповіді на них змінюються з віком. Стан здоров'я дитини та пов'язані з ним проблеми та захворювання значно відрізняються в різних популяціях на різних континентах світу та залежать від багатьох факторів:

- поширеність інфекційних хвороб і їхнє середовище (більше в південних країнах);
- географічне положення та кліматичні умови (наприклад, гірські райони, віддалені від моря, де є дефіцит йоду в ґрунті та більш поширені захворювання щитоподібної залози);

- звичаї населення та сільськогосподарські ресурси регіону;
- освіта, економіка та соціально-культурні особливості;
- поширеність носіїв генів деяких спадкових захворювань (наприклад, мітохондріальні захворювання, вродженого гіпотиреозу, мітохондріальних захворювань та порушення обміну амінокислот).

N. B. !

Таким чином, **здорова дитина – це дитина, яка має гармонійне поєднання фізичного, психічного та соціального добробуту.** Саме педіатр і сімейний лікар повинні контролювати таку «здорову дитину» та вчасно надавати їй допомогу і поради щодо корекції харчування, догляду і різноманітних фізичних та ігрових занять.

В Україні функціонує етапна система медичної допомоги в сфері педіатрії. Ця система включає заклади:

- невідкладної допомоги;
- стаціонарної планової допомоги;
- стаціонарної спеціалізованої допомоги;
- амбулаторного обслуговування (без лікування в стаціонарі).

Основну допомогу надають лікарі загальної (сімейної) практики та педіатри, які працюють як **лікарі широкого профілю,** але, враховуючи складність органів і систем дитини, виникла система педіатричних спеціалізацій, особливо в спеціалізованих стаціонарах, університетських клініках та медичних консультативних центрах для дітей. Всі фахівці постійно підвищують рівень знань завдяки системі безперервного професійного розвитку, включаючи самоосвіту. Часто для надання високоякісної ефективної допомоги лікарі-педіатри та вузькі спеціалісти працюють разом у групах, оскільки вони залежать один від одного.

N. B. !

Спеціалізація в педіатрії – це виділення вузьких медичних напрямків з метою підвищення якості надання медичної допомоги дітям. За останні п'ятдесят років педіатрія набула нових форм. Підвищений інтерес до

проблем дітей різного віку призвів до розвитку нових субспеціальностей як у неонатології, так і у підліткової медицини. Серед них виділяють за органами та системами такі спеціалізації, як: дитяча кардіоревматологія, психоневрологія, гастроентерологія, нефрологія, алергологія та імунологія, гематологія та ендокринологія та ін. Вивчення обміну речовин і генетика включені в окремому розділі.

Спеціальності, такі як дитяча реабілітація, неврологія та психіатрія, і «субспеціальності», такі як психологія, логопедія, аудіологія, фізіотерапія, фізична терапія, ерготерапія, спеціальне виховання та дієтологія, збираються у мультидисциплінарні педіатричні команди для надання допомоги дітям з розумовою відсталістю або з фізичними та розумовими обмеженнями, іншою патологією, що призводить до інвалідизації. *Табл. 1* містить основні спеціальності та субспеціальності педіатрії.

Таблиця 1

1.3. Основні спеціальності та субспеціальності педіатрії

Спеціалізації в педіатрії	
1	2
Дитяча алергологія	Вивчає причини і механізми розвитку алергічних реакцій та захворювань, прояви, симптоми алергічних реакцій та захворювань, методи діагностики алергічних захворювань, їх лікування та профілактики
Дитяча анестезіологія	Вивчає всі розділи анестезіології (знеболення при певних патологічних станах у дітей) та інтенсивної терапії (реанімації) в педіатрії
Дитяча гастроентерологія	Вивчає особливості будови, становлення та функціонування травної системи в різні періоди дитячого віку, причини та механізми розвитку захворювань шлунково-кишкового тракту, методи їх діагностики, лікування та профілактики
Дитяча гематологія	Вивчає особливості будови і функції системи крові (власне крові, кровотворення і кроворуйнування) в різні періоди дитячого віку, причини і механізми розвитку хвороб крові, методи їх діагностики, лікування та профілактики

<i>Продовження табл. 1</i>	
1	2
Дитяча гінекологія	Вивчає особливості будови та становлення репродуктивної системи, властиві організму тільки дівчинки, в тому числі вроджені аномалії розвитку, причини та механізми розвитку захворювань статевих органів та репродуктивної системи дівчинки, методи їх діагностики, лікування та профілактики
Дитяча дерматовенерологія	Розділ дерматовенерології, який вивчає особливості будови та функцій шкіри в дитячому віці в нормі та при патології, вивчає та розробляє методи діагностики, лікування та профілактики захворювань шкіри у дітей, в тому числі дерматози, які проявляються в дитячому віці, низку вроджених патологій
Дитяча ендокринологія	Вивчає особливості будови, роботи, функції та хвороби залоз внутрішньої секреції (ендокринних залоз) та гормонів, які вони продукують. Вивчає та розробляє методи діагностики, лікування та профілактики захворювань ендокринної системи. Особливість дитячої ендокринології – вивчення, діагностика та лікування проблем росту та статевого розвитку
Дитяча імунологія	Вивчає функціонування імунної системи дитини в здоровому та хворому станах (в тому числі при інфекційних та неінфекційних захворюваннях)
Дитяча кардіоревмокардіологія	Вивчає та розробляє методи діагностики, лікування та профілактики захворювань імунної системи, питання вакцинації
Дитяча неврологія	Вивчає нервову систему дітей різних вікових груп, причини затримок розвитку, а також захворювань нервової системи дітей, методи їх діагностики та лікування. Включає в себе перинатальну неврологію, яка вивчає особливості розвитку нервової системи в ранньому післяпологовому періоді. Також розробляє методики нервово-психічного розвитку дітей
Дитяча нефрологія	Вивчає особливості будови і функції нирок в різні періоди дитячого віку, причини і механізми розвитку хвороб крові, методи їх діагностики, лікування та профілактики
Дитяча онкологія	Вивчає особливості будови і функції, причини і механізми розвитку доброякісних та злоякісних новоутворень (в тому числі вроджених) у дітей, методи їх діагностики, лікування та профілактики

<i>Продовження табл. 1</i>	
1	2
Дитяча ортопедія і травматологія	Вивчає причини і механізм розвитку патологічних станів та порушення системи руху у дітей (вроджених та набутих, механізм та наслідки травм), способи діагностики, лікування та відновлення функції опорно-рухового апарату консервативними та хірургічними методами
Дитяча отоларингологія	Вивчає особливості діагностики та лікування патологій вуха, горла та носа, а також голови і шиї та відновлення функції цих органів консервативними та хірургічними методами
Дитяча офтальмологія	Розділ загальної офтальмології, який вивчає розвиток зору, догляд за зором (враховуючи особливі потреби дітей) та захворювання очей, характерні для дитячого віку, консервативні та хірургічні методи лікування патології зору
Дитяча патологічна анатомія	Вивчає основи патологічних процесів в організмі з метою встановлення діагнозу та/або причини смерті. Включає в себе патоморфологію
Дитяча психіатрія	Вивчає особливості психічних розладів в дитячому та підлітковому віці, методи їх діагностики, лікування, профілактики та питання охорони психічного здоров'я дітей та підлітків
Дитяча пульмонологія	Вивчає особливості будови і функції органів дихання у дітей (трахеї, бронхів, легень та плеври), причини і механізми розвитку хвороб дихальної системи, методи їх діагностики, лікування (консервативні та хірургічні) та профілактики
Дитяча стоматологія	Вивчає особливості будови та функції зубів, ротової порожнини, щелеп в різні періоди дитячого віку. Включає діагностику та різні методи лікування їх захворювань, відновлення втрачених чи пошкоджених тканин
Дитяча урологія	Вивчає особливості будови та становлення репродуктивної системи, властиві організму тільки хлопчика, в тому числі вроджені аномалії її розвитку, причини та механізми розвитку захворювань статевих органів та репродуктивної системи хлопчика, методи їх діагностики, лікування та профілактики

<i>Продовження табл. 1</i>	
1	2
Дитяча хірургія	Вивчає патологічні стани чи захворювання (в тому числі вроджені), що лікуються за допомогою різних оперативних (хірургічних) методів
Дитячі інфекційні хвороби	Вивчає шляхи зараження, розвиток, прояви, методи діагностики та лікування дитячих інфекційних хвороб у дітей
Неонатологія	Розділ медицини, що вивчає особливості новонароджених та немовлят (від народження до 28 діб життя), захворювання та патологічні стани, характерні для цього віку, методи їх діагностики та лікування
Педіатрія	Розділ медицини, що вивчає механізми розвитку, діагностику, методи лікування та профілактики дитячих хвороб
Субнапрями педіатрії	
Підліткова терапія	Субнапрям педіатричної медицини, зосереджений на спостереженні, догляді, діагностиці та лікуванні патологічних станів у пацієнтів, які перебувають у підлітковому періоді розвитку (з початку періоду статевого дозрівання)
Медична реабілітація	Відновне лікування, що надається пацієнтам в амбулаторних, або стаціонарних умовах і включає систему медичних заходів, спрямованих на відновлення порушених чи втрачених функцій організму
Паліативна допомога	Медична допомога, що надається при невиліковних захворюваннях (в тому числі на останніх стадіях невиліковних захворювань) і включає комплекс заходів, спрямованих на полегшення фізичних та емоційних страждань пацієнтів, а також надання психосоціальної і моральної підтримки членам їх сімей
Дитяча логопедія	Вивчає та коригує порушення мовного розвитку у дітей
Дитяча аудіологія	Вивчає та коригує порушення слуху у дітей. Навчає «мови жестів», якщо це необхідно
Догляд	Вивчає і пропагує особливості догляду за здоровою і хворою дитиною різного віку
Дитяча дієтологія, нутріціологія	Вивчає і пропагує здорове харчування здорової дитини різного віку та дієтичне харчування при різних захворюваннях

Таким чином, головним завданням педіатрії є нагляд і супровід здорової дитини, контроль рівня її здорового розвитку, своєчасна вакцинація від небезпечних інфекційних захворювань, надання рекомендацій щодо харчування, фізичної активності та інших факторів, щоб запобігти виникненню захворювань та інвалідизації, а також рання діагностика та лікування хворих дітей, реабілітація тих, які мають складні вроджені або набуті вади з організацією постійного медичного догляду.

Контрольні питання до теми:

1. Дайте визначення понять здоров'я, громадське здоров'я, малюкова смертність, скористайтесь цими поняттями для розуміння мети і задач медичної науки.
2. Роль лікаря- педіатра в покращенні «якості життя дитини».
3. Назвіть загальні розділи педіатрії.
4. Види спеціалізацій та поняття «субспеціальності» в педіатрії, їх історична роль в розвитку педіатрії та перспективи розвитку нових спеціальностей (на вашу думку) в сучасній педіатрії.
5. Дайте визначення первинної медичної допомоги, де і ким вона надається.
6. Дайте визначення вторинної медичної допомоги, де і ким вона надається.
7. Дайте визначення третинної медичної допомоги, де і ким вона надається.
8. Структура організації медичної допомоги дітям в умовах реформування в Україні.

Тестові завдання:

1. Стан живого організму, за якого всі органи здатні виконувати свої життєві функції називається:
 - A. Нормальне функціонування організму
 - B. Нормальний фізіологічний стан
 - C. Здоров'я
 - D. Фізіологічна норма

2. Здоров'я людини (ВООЗ) це:
 - A. Стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту, відсутність хвороби та недуги, здатність адаптуватися та керувати фізичними, психічними та соціальними викликами протягом усього життя
 - B. Відсутність хвороби та недуги
 - C. Стан повного фізичного, психічного та соціального добробуту
 - D. Стан живого організму, за якого всі органи здатні виконувати свої життєві функції
3. Під терміном «малюкова смертність» розуміють:
 - A. Смертність дітей менше 1-го місяця життя
 - B. Смертність дітей менше 3 перших місяців життя
 - C. Смертність дітей менше перших 6 місяців життя
 - D. Смертність дітей менше 1 року
4. Розділ педіатрії, який включає проведення наукових досліджень, формування наукових парадигм та протоколів спостереження та лікування, якими керується лікар педіатричної практики в своїй роботі, називається:
 - A. Клінічна педіатрія
 - B. Практична педіатрія
 - C. Наукова педіатрія
 - D. Соціальна педіатрія
5. Головним завданням педіатрії є:
 - A. Збереження або повернення здоров'я дитині, щоб дозволити їй повною мірою реалізувати свій вроджений життєвий потенціал
 - B. Спостереження, догляд, діагностика та лікування патологічних станів у пацієнтів дитячого віку
 - C. Лікування гострих та хронічних захворювань у дітей, проведення вакцинопрофілактики та профілактики соматичних захворювань
 - D. Комплексне спостереження дитини від народження до 18 років
6. Система заходів, спрямованих на запобігання захворювань та інвалідації дітей (вакцинопрофілактика, профілактика рахіту, скринінг програми для виявлення спадкових захворювань та ін.) відноситься до розділу:

- A. Екологічна педіатрія
 - B. Соціальна педіатрія
 - C. Профілактична педіатрія
 - D. Клінічна педіатрія
7. Розділ педіатрії, який вивчає оптимальну організацію управління охороною здоров'я, в тому числі економіку та планування, вплив різноманітних факторів на здоров'я дитини, медичну освіту та виховання населення, називається:
- A. Екологічна педіатрія
 - B. Соціальна педіатрія
 - C. Профілактична педіатрія
 - D. Наукова педіатрія
8. Що з нижчеперахованого не відноситься до поняття «субспеціальність» в педіатрії?
- A. Дитяча психіатрія
 - B. Дитяча психологія
 - C. Логопедія
 - D. Аудіологія
9. Скільки рівнів надання медичної допомоги наразі існує в Україні, враховуючи амбулаторну та стаціонарну ланки?
- A. Два рівні
 - B. Три рівні
 - C. Чотири рівні
 - D. П'ять рівнів
10. Ким надається первинна медична допомога дітям (кілька правильних відповідей)?
- A. Лікарями- педіатрами
 - B. Лікарями сімейної практики
 - C. Дитячими лікарями спеціалістами
 - D. Лікарями невідкладної допомоги
11. Де надається первинна медична допомога дітям в Україні?
- A. ЦПМСД
 - B. КДЦ
 - C. Дитяча поліклініка
 - D. Дитяча клінічна лікарня

12. В консультативно-діагностичному центрі надається:
 - A. Первинний рівень медичної допомоги
 - B. Вторинний рівень медичної допомоги
 - C. Третинний рівень медичної допомоги
 - D. Всі рівні медичної допомоги
13. До якого рівня надання медичної допомоги належить центр дитячої кардіохірургії?
 - A. Первинний рівень медичної допомоги
 - B. Вторинний рівень медичної допомоги
 - C. Третинний рівень медичної допомоги
 - D. Всі рівні медичної допомоги
14. До якого рівня надання медичної допомоги належить дитяча клінічна лікарня?
 - A. Первинний рівень медичної допомоги
 - B. Вторинний рівень медичної допомоги
 - C. Третинний рівень медичної допомоги
 - D. Всі рівні медичної допомоги
15. До якого рівня надання медичної допомоги належить фельдшерсько-акушерський пункт?
 - A. Первинний рівень медичної допомоги
 - B. Вторинний рівень медичної допомоги
 - C. Третинний рівень медичної допомоги
 - D. Всі рівні медичної допомоги

Література

1. Громадське здоров'я – епідеміологія: базові ланки стратегічного планування / О. В. Любінець, В. О. Мілашовська, М. А. Децик. Актуальні проблеми профілактичної медицини, 2021 р. № 21. С. 84–89.
2. Постанова про затвердження Національної рамки кваліфікацій (від 23 листопада 2011 р., № 1341).
3. Постанова про затвердження положення про особливості ступеневої освіти медичного спрямування (від 24 лютого 2000 р. № 35).



Розділ II

ЕВОЛЮЦІЯ ЗАСОБІВ ДОГЛЯДУ ЗА ДИТИНОЮ: ВІД МИНУЛОГО ДО НАЙСУЧАСНІШОГО

*«У дитини особливе вміння бачити,
думати та відчувати; немає нічого
безглуздішого, ніж намагатися
підмінити у них це вміння нашим.
Дайте дитинству дозріти у дітях»*

Жан-Жак Руссо

2.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Догляд за дитиною	Сукупність дій по забезпеченню фізіологічного росту та розвитку дитини
Пустушка	Варіант соски для дітей раннього віку
Ніблер	Соска для фруктів для годування дітей раннього віку
Сечоприймач	Пристрій для збору сечі у немовлят
Ергономічні засоби догляду за дітьми	Засоби догляду, що максимально задовольняють фізіологічні, нервові та психічні потреби дитини
Супінатор	Ортопедичні супінатори, призначені для корекції нескладних деформацій стоп, профілактики плоскостопості, покращення опорної функції стоп
Сповивання	Закутування дитини в пелюшку, тонку ковдру або простирadlo
Прорізувач зубів (комфортер)	Пристрій, який забезпечує зменшення дискомфорту при прорізуванні зубів

2.2. Цікаві клінічні питання батьків до лікаря

1. Скажіть, будь-ласка, чи можна користуватися одноразовими підгузниками до 5 років життя дитини й більше?

Безконтрольне довготривале застосування одноразових підгузників призводить до формування т.з. «памперсних» форм нетримань сечі та енурезу (самовільного сечовипускання під час сну), оскільки, знаходячись у таких підгузниках, дитина не відчуває «мокротіння», тобто появи безумовного рефлексу – «виділення сечі при переповненні сечового міхура». Якщо своєчасно не привчати дитину до горщика, то складна рефлекторна дуга повного фізіологічного контролю за актом сечовипускання (прокидатися на поклики сечовипускання), не сформується до 4–5-річного віку.

2. Як правильно в сучасних умовах привчати дитину до горщика?

Вироблення у дітей навичок охайності проводиться поступово відповідно до віку. Дуже важливо не пропустити певні вікові періоди для початку формування у дитини умовного рефлексу «свідомого фіксування відчуття наповненості сечового міхура з пошуком горщика для сечовипускання».

З великим терпінням та з урахуванням можливостей психомоторного розвитку дитини батьки повинні поетапно проводити відповідні виховні дії в такі терміни:

- ✓ З 6 місяців, коли дитина фізіологічно сідає, висаджувати її на горщик.
- ✓ З 9 місяців – треба знімати одноразові підгузники вдома поза сном та привчати проситися на горщик.
- ✓ З 12 місяців – (у перші теплі місяці року – з травня по жовтень після 1 року життя) треба знімати одноразові підгузники вдень на весь період неспання дитини вдома та на прогулянках).
- ✓ З 18 місяців – треба знімати одноразові підгузники на денний сон.

- ✓ 3 2 років та 6 місяців – треба знімати одноразові підгузники на нічний сон.

3. За якими критеріями можна прийняти рішення про відмову від памперсів?

Це наявність їх у «сухому стані» протягом підряд 3-х денних періодів сну, а далі – 3-х нічних.

Для того, щоб дитина скоріше навчилась утримувати відповідний об'єм сечі під час денного чи нічного сну, необхідно:

- перед сном висаджувати кожні 15 хв на горщик (3–4 рази перед денним та 4–6 – перед нічним) та зменшити кількість прийому рідини безпосередньо перед сном.

4. Як правильно обрати горщик з урахуванням використання одноразових підгузників?

Сучасна промисловість враховує фізіологічну значимість горщика, розробляє та пропонує його види з музичним приладдям, що монтується на дні. При появі сечі замикається електрична дуга та з'являється мелодія чи інші звуки. Це стає для дитини своєрідним «подразником» для випускання сечі у горщик. Але з іншого боку, горщик не повинен лякати та дратувати малюка. (Можливо доведеться змінити їх кілька, поки не знайдеться «справжній друг»).

Тому переваги мають такі горщики:

- «музичні»;
- яскраві, привабливі для дитини;
- з теплої міцної пластмаси;
- з невеликою спинкою для зручної пози сидіння.

5. Які ходунки краще обирати для правильного розвитку дитини?

З медичної точки зору, найкраще використовувати моделі ходунків, в яких дитині треба робити рухи штовхання всім тілом для переміщення, а не ті, в яких вона знаходиться у підвішеному стані (мов у трусиках) і тільки перебирає ніжками. Останні можуть затримувати психомоторний розвиток дитини.

2.3. Історичні аспекти догляду за дитиною

Догляд за дитиною завжди був однією з найважливіших турбот батьків. З розвитком суспільства та медичних технологій змінювалися і методи догляду, використання предметів особистої гігієни та вигодовування. Наприклад, у минулому, мило виготовляли вдома. До появи спеціальних вологих чи одноразових серветок для дитячої гігієни, батьки користувалися марлевими. Волосся розчісували дерев'яними або металевими гребінцями та щітками. Догляд за тілом дитини обмежувався миттям водою та рослинними екстрактами. Очищали носову порожнину сморканням або видаляли виділення руками. У ХХ столітті з'явилися нові продукти для гігієни носа та ротової порожнини, такі як дитячі солоні розчини для промивання носа та м'які зубні щітки. Відкриття антисептиків та антибіотиків дало змогу зменшити ризик захворювань в ротовій та носовій порожнині.

2.4. Підгузники в догляді за дитиною

Перші підгузники з'явилися у продажу в 1961р. у США. Вони були багаторазовими, виготовлені з вологонепроникних, здебільшого з хімічно синтезованих матеріалів. Поглинання рідини здійснювалося шарами розпушеної целюлози. Перші підгузники були досить дорогими, мами часто замінювали целюлозу на бавовняну тканину. Пізніше почали випускати одноразові «вкладки» для підгузників. Промисловість та науковці інтенсивно працювали та здійснили важливі відкриття в галузі фізики та хімії процесів всмоктування, поглинання, збереження сухості шкіри. Французькі соціологи включили підгузники до списку найкорисніших винаходів ХХ століття.

Н. В. !

- Підгузники є невід'ємною частиною батьківського догляду за малюками.
- Сучасні підгузники мають високу поглинальну здатність, м'яку текстуру та ергономічну форму, що дозволяє тримати шкіру малюка сухою протягом три-

валого часу та забезпечує комфорт під час руху та активності. Спеціальні захисні шари роблять їх м'якими та зручними.

- Багато підгузників оснащені додатковими захисними елементами: ластовицями з гелевими вставками для зменшення ризику витікання та запахів, спеціальними індикаторами, які сигналізують, коли підгузник потрібно замінити.
- Багато виробників використовують біорозкладні матеріали або впроваджують програми вторинного використання пакувань.
- Історія: перші підгузники були простими тканинними шматками, які дитина носила на собі для збереження чистоти. З часом удосконалювалися, мали більш поглиблені кишені для зберігання випорожнень (рис. 1).



Рис. 1. Види підгузників

У XIX–XX ст. використовували маленькі пелюшки розміром 60x65см, з пухкого вологоємного матеріалу, частіше марлі, яка складалася в кілька шарів, або з серветкової тканини чи старої білизни. Їх було не менше 20–24 та ще 20 великих (100x100 см) пелюшок з бавовняної тканини і до 6 теплих фланелевих.

2.5. Сповивання дітей: історія чи сучасність?

Раніше немовлят сповивали туго, як солдатика, ручки і ніжки рівно та щільно стягнуті, існували навіть спеціальні сповивальники у вигляді довгої вузької смуги матерії, а пізніше використовували стріч-

ки. З часом було доведено, що така методика позбавляє малюка рухів, порушує кровообіг, дихання, затримує розвиток моторних функцій та створення фізіологічних вигинів хребта, які необхідні для амортизації поштовхів, а знерухомленість сприяє виникненню рахіту та порушенню статури. Насильно стягнуті руки та ніжки вздовж тіла збільшують поверхню тепловіддачі, порушують нормальну теплопродукцію та викликають порушення розвитку нервово-м'язового апарату.

Фізіологічно обгрунтовані методи одягання немовлят, які не порушують природні пози дитини, це широке, пухке сповивання. Проте існує кілька сучасних технік, які є більш комфортними для малюка (рис. 2).

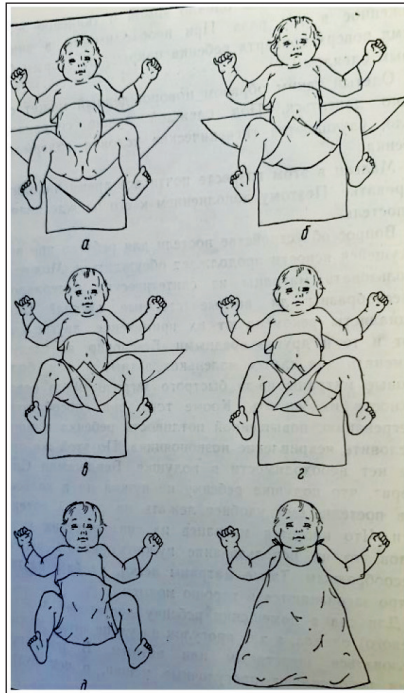


Рис. 2. Види сповивання немовлят

1. **Вільне сповивання (нетуге):** Малюка обгортають легким «конвертиком», при цьому голова лишається ззовні, а в середині «конверта» дитина може рухати ручками та ніжками. Ноги – в розслабленому стані.

2. **Сповивання з вільними ногами:** Дитина лежить у позі «жабки». В цьому випадку можна використовувати комфортні штанці для новонароджених із широкою гумкою.
3. **Сповивання з голівкою.** Різновид тугого сповивання раніше використовували в пологових будинках. Досить складно акуратно замотати немовля з головою, а нині є багато красивих чепчиків і шапочок.
4. **Сповивання без ручок.** Замотуються лише ніжки, а ручки залишаються вільними.

Вимоги до якості пелюшок для сповивання:

1. **Тканина з натурального матеріалу** не повинна викликати алергічних реакцій та подразнень на чутливій дитячій шкірі, швидко вбирати вологу та добре пропускати повітря.
2. **Теплозбереження:** треба обирати пелюшки, що забезпечують тепло.
3. **М'яка та приємна до тіла:** тканина пелюшки повинна бути ніжною на дотик, а краї – якісно обробленими.
4. **Міцність та довговічність:** повинні витримувати часте прання.

Тканини для пелюшок це найчстатіше ситець, фланель, котон.

Н. В. !

Переваги сповивання:

1. Забезпечення здорового сну.
2. Корисно для дітей із дисплазією та іншими захворюваннями кістково-м'язової системи.
3. Зменшення ризику самотравмування.
4. Забезпечення комфорту, дитина ніби все ще знаходиться в утробі матері.

Недоліки сповивання:

1. Неможливість регулювання температури, що може призвести до перегріву.
2. При тугому сповиванні тіло перебуває в неприродному положенні.

3. Уповільнений фізичний та емоційний розвиток через обмеженість дитини у рухах.
4. Підвищений ризик синдрому раптової дитячої смерті, особливо якщо дитина спить на животі.

2.6. Постільна білизна малюка

Не слід використовувати для дітей до 3 років ватні та пухові матраци, які швидко забруднюються, важко підлягають чищенню, сприяють перегріванню, підвищенню пітливості, алергізації та викривленню хребта. Головний критерій вибору – жорсткість виробу. Сон на твердій поверхні сприяє розвитку S-образного вигину хребта і м'язового корсету, запобігає утворенню сколіозу, тому для дітей від народження до 1 року обирайте матрац, який не проминається під вагою дитини. З 1 до 3 років матрац можна замінити на помірно-жорсткий з пружною поверхнею. Краще використовувати синтетичні матраци. Їх покривають бавовняним простирадлом (треба мати їх 3–4). Подушка також не потрібна, немовлята повинні перебувати на рівній поверхні. У приміщенні дитині достатньо бавовняної ковдри, а для прогулянок на вулиці взимку використовують вовняні або синтопонові з бавовняними підковдрами, а також утеплений комбінезон. Раніше використовували прогулянкові спальні мішки.

2.7. Колискові пісні матері чи радіоняня?

Українська народна культура догляду за дитиною включає багату практику виконання колискових пісень, що мали на меті заспокоїти дитину, забезпечити їй здоровий сон. («Ой ну соньку, в колисоньку, заколиши дитиньку»; «Ой ти котику біленький, ой ти котику сіренький, ой ти котку волохатий, не ходи коток по хаті. Ти по хаті не ходи, дитиньку не буди»). Сучасна «радіоняня» забезпечує безперервний та якісний сигнал, який контролює сон дитини на відстані від батьків. Датчики руху, температури та звуку оперативно повідомляють маму про найменші зміни в кімнаті дитини. Є можливість самому обирати спосіб сповіщення – звуковий сигнал або світлодіодний індикатор. Також є близько 5 варіантів шуму та кілька видів колискових пісень.

2.8. Горщики в догляді за дитиною

Горщики – важливий елемент в процесі виховання малюка, який допомагає їм відчувати комфорт та навчає гігієнічним навичкам (рис. 3).

- Сучасний розвиток технологій в галузі виробництва дитячих виробів приніс зміни у дизайні та функціональності горщиків, що робить їх більш зручними та ефективними для батьків та дітей.
- Горщики повинні відповідати всім стандартам безпеки та не містити шкідливих речовин.
- Сучасні горщики мають ергономічний дизайн, м'які матеріали та анатомічно правильна форма допомагають уникнути подразнень шкіри та забезпечують приємне відчуття під час використання.
- Багато горщиків оснащені додатковими функціями, такими як запобігання запахам, регульовані підлокітники, вбудовані сідушки та ін., а деякі моделі можна згортати для зручності зберігання та перенесення під час подорожі.
- Деякі виробники впроваджують у виробництво горщиків сенсори, які вказують, коли горщик потребує очищення, системи мобільних додатків.



Сучасний горщик



Горщик періоду 80–90-х рр. XX ст.

Рис. 3. Види горщиків

2.9. Сучасні пристрої для годування дітей

Дозатори для годування

Годування малюків часом викликає складнощі, особливо для батьків, які стурбовані правильним дозуванням та харчуванням своїх дітей. Сучасні технології принесли велику кількість інноваційних рішень у цій галузі. Дозатори дозволяють батькам точно виміряти кількість їжі, яку отримує дитина, і відслідковувати графік годування (рис. 4).



Рис. 4. Дозатори для вимірювання необхідної кількості їжі для малюка

- Деякі моделі обладнані додатковими функціями, такими як таймери годування, пам'яті про попередні дози, або можливість встановлення індивідуальних рекомендацій щодо годування.
- Ложечки для годування дітей пройшли значний шлях вдосконалення, від простих дерев'яних до сучасних, функціональних та безпечних. З простих інструментів вони перетворилися в функціональні та безпечні засоби для годування, стали незамінними помічниками батьків, забезпечуючи оптимальні умови для здорового розвитку малюків.
- Сучасні ложечки виготовляються з безпечних матеріалів, таких як м'який силікон або ВРА-вільний пластик, легко миються вручну або в посудомийній машині, що забезпечує високий рівень гігієни.
- Вони часто мають додаткові функції, такі як м'які силіконові наконечники для ніжного контакту зі слизькими ягодами або

фруктами, інтегровані резервуари для зберігання додаткової їжі або подачі ліків.

- Сучасна двостороння ложка вчить дитину їсти самостійно, виямова поверхня полегшує втримання їжі на ложці, її м'який кінець не подразнює чутливих ясен.
- Нагрудник. Міцний та зручний нагрудник застосовується для зменшення кількості пролитої їжі та виникнення плям на одязі. Велика кишеня залишається відкритою і збирає їжу, яка не потрапляє на животик.

Н. В. !

Пляшечки для годування дітей

Пляшечки для годування дітей є необхідними елементами у догляді за малюками, особливо для матерів, які використовують штучне вигодовування або зціджене грудне молоко (рис. 5).



Рис. 5. Види пляшечок для годування немовлят

- Сучасні пляшечки виготовляються різних розмірів та форм, що дозволяє підібрати оптимальну модель для віку та потреб дитини, з безпечних матеріалів (м'який силікон або ВРА-вільний пластик), ергономічний дизайн забезпечує зручність для батьків та комфорт для малюка. Деякі моделі мають спеціально розроблені форми для регулювання потоку молока.
- Багато сучасних пляшечок оснащені антикольковими системами, які допомагають у запобіганні надмірного газоутворення та дискомфорту у малюка. Вони можуть мати спеціальні клапани, вентиляційні системи або дизайн з низьким тиском, легко розбираються на частини для ефективного миття, а деякі моделі можна мити в посудомийній машині. Раніше ви-

користувались скляні, які не мали жодної з перерахованих вище характеристик.

Оптимальна температура їжі для дитини близько 37 градусів, при якій вона найкраще засвоюється. Грудне молоко завжди необхідної температури. А зціджене молоко чи суміш необхідно підігрівати. Найкращий спосіб – це скористатися спеціальним підігрівачем, який забезпечує підігрів, необхідну температуру, розмороження, стерилізацію (рис. 6).



Рис. 6. Підігрівачі для грудного молока та сумішей

Раніше таких пристроїв не було і нагрівали на водяній бані.

Таким чином, сучасні прилади для годування дітей є результатом поєднання передових технологій, безпеки та комфорту. Вони дозволяють батькам ефективно та зручно годувати малюків, забезпечуючи оптимальні умови для здорового росту та розвитку.

Н. В. !

Пустушки для дітей: переваги та недоліки

Пустушки, або дитячі соски, є важливими предметами, щоб заспокоїти та забезпечити комфорт малюкові. Раніше вони були зроблені з гуми та не мали сучасних характеристик. Сучасні пустушки стали незамінними предметами для батьків у процесі догляду за малюками, створюючи оптимальні умови для здоров'я та розвитку.

- Їх виготовляють з безпечних матеріалів (м'який силікон або ВРА-вільний пластик), ергономічний дизайн забезпечує високий рівень безпеки та комфорту, вони легко миються вручну або в посудомийній машині.
- Деякі сучасні пустушки оснащені системами, які допомагають запобігти надмірному газоутворенню та дискомфорту, а

спеціально розроблені форми підтримують правильний розвиток ротової порожнини дитини. Вони доступні у великому асортименті кольорів, форм та дизайнів, що дозволяє підібрати оптимальний варіант (рис. 7).



Рис. 7. Пустушки: колись і тепер

Н. В. !

Однак вони мають і певні недоліки та негативні впливи на дитину.

1. **Феномен «плутанина сосків»** стає причиною побоювання багатьох мам, проте немає переконливих наукових доказів, що дитина неохоче смоктатиме груди. Тож радимо дочекатися, коли малюк почне добре брати груди і тільки після цього пропонувати йому пустушку.
2. **Пустушка постійно падає**, малюк часто її впускає або випльовує на підлогу. Після цього її треба ретельно помити.
3. Неправильне або тривале використання пустушки може спричинити **проблеми із зубами**, зокрема призвести до деформації зубного ряду.

Не рекомендується використовувати пустушки дітям старше 1 року.

Форма соска пустушки

- **Ортодонтична.** Пустушка трохи стиснута з боку, що торкається язика дитини, і опукла з іншого, що торкається піднебіння. Вона зручна для малюка і при смоктанні нагадує груди матері.
- **Класична** – звичайна пустушка вузька біля основи й опукла в кінці.

- *Анатомічна* відповідає будові ясен малюка, такі пустушки щільно прилягають до піднебіння, мають сплюснуту форму на одній зі сторін і не перешкоджають формуванню правильного прикусу малюка.

Одним з варіантів сучасної пустушки є **ніблер – пустушка (соска) для фруктів** (рис. 8).



Рис. 8. Ніблери – пустушки для фруктів

Насправді ніблер був відомий ще нашим прабабусям. Тільки в ті часи це були т. з. «жуванки». Шматочок їжі (переважно хліба) просто закручували в кілька шарів марлі та давали дитині.

2.10. Одяг для дітей

Сучасний одяг для дітей досить різноманітний, добре пристосований до умов життя та забезпечує сталість температури організму. Головним призначенням одягу вважається захист тіла від впливу світлової радіації, вітру, дощу, снігу, пилу, попадання мікроорганізмів, укусів комах, зменшення несприятливої дії різних механічних та хімічних факторів, що особливо важливо для захисту ніжної та легко вразливої шкіри дитини. Одяг має значне естетичне значення, бо, з одного боку, визначає зовнішній вигляд, а з іншого – сприяє розвитку стилю, художньо-творчих здібностей, виробляє навички охайності, адекватних моделей поведінки. Але головне значення одягу – захист тіла від зайвого охолодження та перегрівання шляхом створення стійкості температурних умов. Це досягається утепленням, зниженням тепловтрат, або оптимальною

повітропроникністю одягу, що забезпечується достатнім обміном між зовнішнім повітрям та під одягом.

Загальні вимоги до дитячого одягу:

- 1) Повинен виготовлятися з м'яких, еластичних тканин, без грубих швів та зайвих застібок.
- 2) Легко звільнятися від пилу, бруду, тобто добре пратися та чиститися.
- 3) Легко надіватися та зніматися, не повинен одягатися через голову, мати зручну та нескладну застібку, краще спереду.
- 4) Бути легким.
- 5) Крій та форма повинні забезпечувати свободу рухів, не стискувати органи та тканини організму дитини.
- 6) Мікроклімат в одязі повинен бути рівним, без різких коливань температури.
- 7) Повинен бути красивим, викликати у дитини та оточуючих радісний настрій, тому краще використовувати світлі та яскраві фарби.
- 8) Білизна та літні предмети туалету повинні виготовлятися з повітропроникливих тканин, а верхній одяг – з матеріалів з низькою повітропроникливістю.
- 9) Відповідати цільовому призначенню (святковий, домашній, спортивний, повсякденний для дитячих садків, шкіл), а також порі року, погоді, віковим та гендерним (з 1 року) особливостям.

Для дитячого одягу, який прилягає до тіла, найчастіше використовують тканини з натуральних волокон рослинного та тваринного походження: льон, бавовна, вовна, шовк. Штучні (віскоза, штапель, ацетат) та синтетичні (лавсан, капрон, поліестер, ін.) мають більшу міцність, легкість, низьку гігроскопічність, високу теплопровідність та водонепроникливість, що є необхідним для виготовлення верхнього зимового одягу.

Історично: тканини з натуральних волокон використовуються з давнього часу, вони відомі з III тисячоліття до нашої ери. Їм приписували в минулому різні лікувальні властивості (білизна з вовни).

N. B. !

Вимоги до дитячої білизни:

- Віготовляється з бавовняного трикотажу з гігроскопічністю, високою повітропровідністю.
- Підлягає щоденному змінюванню, особливо у дівчаток та малюків.
- В осінньо-зимовий період повинна закривати всі ділянки тіла.
- Для нічної – максимально вільного крою, з довгими рукавами (взимку); піжамні штанці не повинні здушувати тканини тіла та порушувати шкірне дихання і кровообіг, тому гумку треба робити повністю вільною та продівати більше позаду.

З метою захисту дитини від несприятливих впливів зовнішнього середовища у **холодні пори року** використовують **багатошаровий** одяг. Оскільки теплозахисну роль відіграє в основному повітря між шарами, тому чим їх більше, тим краще зберігається тепло. Але **треба пам'ятати, що після 4-5 шару теплоізоляційна здатність вже не збільшується.**

У зимовому одязі:

- першим шаром є білизна, колготи;
- другим – сукня (сорочка), штани;
- третім – куртка/комбінезон, який складається з 2–3 шарів, в тому числі теплоізоляційний з вовняного ватину, синтопону чи пуху/ пір'я, а зовнішній шар – з синтетичних повітропроникливих та водостійких тканин.

Пальто з важкого сукна або шуби, які застосовувались у дитячому одязі у XIX–XX ст., зараз не рекомендуються, вони важкі та обмежують рухову активність (рис. 9).

Сучасні матеріали для дитячого одягу, такі як органічна бавовна, бамбук, та мікрофібра, набагато м'якші та приємніші до тіла, що забезпечує комфортніше відчуття для дитини.

Сучасні дитячі колекції пропонують різноманітність кольорів та дизайнів, що відповідають різним смакам та стилям, відображають поєднання модних тенденцій, комфорту та практичності. І не лише відтворюють стиль дорослих модних трендів, а й враховують унікальні потреби та зручність дітей.



Рис. 9. Дитячі шуби, які обмежують рухливість

Багато сучасних моделей одягу для дітей мають вбудовані захисні елементи від ультрафіолетового випромінювання, водовідштовхувальні покриття або терморегуляційні властивості.

Сучасний дитячий одяг проектується з урахуванням розвитку та рухливості дітей, що забезпечує високий рівень зручності та ергономіки (рис. 10).



Рис. 10. Сучасний дитячий одяг

- Одяг для дітей переживав значні зміни протягом історії, відображаючи соціокультурні, технологічні та економічні аспекти розвитку суспільства.
- У минулому дитячий одяг переважно мав простий дизайн, спрямований на практичність та функціональність. Він здебільшого виготовлявся з натуральних тканин, таких як бавовна, льон та вовна.
- У 20-му столітті з'явилося поняття моди для дітей, було створено спеціалізовані бренди та магазини, що пропонували високоякісний та стильний одяг для малюків.

2.11. Вимоги до дитячого взуття

До нього відносяться також шкарпетки, колготки, панчохи, які називають «внутрішнім взуттям». Історично та науково доведено, що дитяче взуття має вплив на анатомічний розвиток стопи, що призводить до порушень її функцій (опори, ресорної ходьби). Дитяча стопа відрізняється від дорослої не тільки розміром, а й формою. Вона формується протягом багатьох років. До 5–7 років закладається основа кісткового скелету стопи, а завершується процес окостеніння до 17–18 років. Важливо захистити від деформацій гнучкий кістяк дитячої стопи в результаті носіння незручного, неправильно зробленого взуття. Невідповідність сезону та температурним умовам додатково можуть викликати систематичне переохолодження та перегрівання. Перше призводить до хронічних захворювань носоглотки, а друге – до розвитку пітливості ніг.

N. B.!

Анатомічні особливості стопи у дітей перших 3–4 років життя, що враховуються при конструюванні взуття:

- пальці розташовані радіально;
- стопа розширюється до пальців;
- на підошві виражена жирова прокладка, на тильній поверхні - відсутня;
- частина судин розташована поверхньо, тому вони легко стискаються;
- у шкірі багато потових залоз, особливо в підошвенній частині.

Гігієнічні вимоги до дитячого взуття з метою профілактики плоскостопості та порушень статури:

1. **Не повинно стискувати рухи стопи, особливо пальців (здійснюють 2–3 тисячі повторів у добу), тобто його верх повинен бути з м'яких та еластичних повітря-, паропроникливих та водонепроникливих матеріалів.**
2. **Повинно повторювати форму дитячої стопи – слід променеподібний з широким носом, піднятим вгору та прямим внутрішнім краєм устілки.**

3. **Моделювання устілки не тільки в горизонтальній площині, а й у вертикальній, тобто з поглибленням для п'яти та плюсно-фалангової ділянки.**
4. **Довжину устілки збільшують на 10 мм відносно розміру стопи.**
5. **При доборі взуття необхідно враховувати невеликий простір між кінцями пальців ноги та носком взуття – до 1 см.** При покупці рекомендують надавити пальцем руки дорослого на носок вдягнутого черевика: якщо палець упирається в підошву перед пальцями дитини, це означає, що взуття підібрано правильно.
6. **Заборонено для дітей використовувати взуття з відкритим задником (босоніжки).** Задник черевика виготовляють міцним, твердим та стійким, щоб забезпечити стабільність п'яти, навантаженої під час ходьби та стояння.
7. **Каблук – є обов'язковою складовою для будь-якого віку, що обумовлено підвищеним зношуванням п'яточної частини та необхідністю збільшення низького у дітей склепіння стопи для покращення амортизації.** За віком моделюють каблук з оптимальною висотою: до 7 років – 8–10 мм, для 7–12 років – до 2 см, для 12–17 років – 2–3 см (дівчаткам – не вище 4 см). Перевищення каблука призводить до переміщення навантаження на пальці ніг, що призводить до швидкого стомлювання, а також сприяє збільшенню вигину хребта у поперековому відділі зі зміщенням внутрішніх органів, змін форми тазу, що може стати причиною тяжких положів у майбутньому.
8. **Використовують гнучку та еластичну підошву, яка полегшує ходьбу та не перешкоджає рухам пальців.**
9. **Взимку найкращими є шкіряні або сукняні черевики на хутрі з теплоізоляційною прокладкою.** Літом рекомендують для дітей старшого віку: черевики, босоніжки, сандалії, виготовлені з натуральних матеріалів: шкіри, вовняного сукна, бавовняного фетру.
10. **Для починаючих ходити найкращим взуттям за критеріями фіксації на нозі вважаються черевики, незалежно від пори року.**
11. **Кріплення на взутті у маленьких дітей повинно бути з регулюванням в залежності від повноти стопи, наприклад, шнурівка,**

ремінці на пряжках та ін. Черевики у малечі не рухаються на носі, але без її стискування.

12. **Спортивне взуття (кеди, кросівки та ін.),** яке на сьогоднішній день є елементом повсякденного одягу, часто виготовляється з прогумованих матеріалів. Через них не проникає повітря та не видаляється волога, що призводить до переохолодження шкіри та сприяє розмноженню бактерій. Це ж стосується гумових чобіт.
13. **Гумове взуття рекомендовано дітям** носити недовго (1,5–2 год підряд) з бавовняними чи вовняними шкарпетками, колготками, які треба часто прати, а також використовувати товсту повстяну устілку.
14. **Шкарпетки, гольфи, колготки** для дітей виготовляються з бавовняних матеріалів, які добре поглинають та віддають вологу. Всі матеріали, що стискають ногу, дітям молодшого віку забороняються, оскільки пригнічують рухову активність, необхідну для вправ м'язів стопи.
15. **Дітям корисно влітку ходити босоніж по піску, траві, в місцях, де рівний ґрунт, який виключає поранення ніг.**

Сучасне взуття для дітей поєднує в собі естетику, комфорт, безпеку та практичність, відображає останні модні тенденції, враховує потреби розвитку дитини та забезпечує надійний захист від ушкоджень.

Виготовляється з високоякісних та дихаючих матеріалів, таких як шкіра, текстиль або синтетичні тканини, що забезпечує високий рівень комфорту та здоров'я ніг (рис. 11).



Рис. 11. Дитяче взуття колись і тепер

- Подошви сучасного дитячого взуття зазвичай мають амортизаційні властивості, що забезпечує додатковий захист ніг під час активних рухів та гри.
- Деякі моделі мають водовідштовхувальні покриття або мембрани, які захищають ноги від вологи та забруднень, що збільшує тривалість використання.
- Багато брендів ставлять акцент на екологічну стійкість виробництва та використання еко-дружних матеріалів, що забезпечує високий рівень безпеки для дитячих ніг та довкілля.
- Широкий вибір дизайну, включаючи яскраві кольори, веселі принти та цікаві деталі роблять взуття привабливим для дітей.

N. V. !

Перші форми взуття для дітей були простими та функціональними, призначеними виключно для захисту ніг від холоду, ушкоджень та небезпек.

У середньовіччі та ранньому Новому часі, взуття для дітей стало предметом ремісництва, виготовлялось вручну та прикрашалось відповідно до модних тенденцій.

У ХХ-му столітті з'явилися нові технології та матеріали, такі як гума, штучна шкіра та текстиль, що дозволили створити більш комфортне та ергономічне взуття для дітей.

У другій половині ХХ-го століття взуття для дітей стало важливим елементом моди, відображаючи не лише функціональність, але й естетичні аспекти та відповідаючи модним тенденціям.

Сучасне облаштування дитячої кімнати

Дитяче сидіння на підлозі – зручне місце, де дитина може сидіти, спостерігати за всім і бути в безпеці. Крісло підтримує спинку дитини і не дозволяє падати.

Ігровий килимок. Розвиває у дитини концентрацію уваги, дрібну моторику, тактильні відчуття, координацію рухів і колірне сприйняття.

2.12. Засоби для пересування дитини: коляски, люльки, гойдалки, ходунки

Коляска є першим транспортним засобом дитини, в якому вона відпочиває, спить, грається і активно вивчає навколишній світ. Тому дуже важливо, щоб цей транспорт був максимально комфортним та зручним.

Типи колясок

Перш ніж вибрати дитячу коляску, варто визначитися з її видом, який напряму залежить від віку дитини та потреб батьків. Основними видами колясок є (табл. 2):

Таблиця 2

Основні види сучасних дитячих колясок

<p>Люлька-переноска Призначена для дітей віком до 1 року. Зручна для прогулянок та захищає дитину від вітру, дощу, снігу</p>	<p>Дитяче крісло-гойдалка Сучасний заколисуючий пристрій, створений за мотивами старої колиски. Він може змінювати положення в залежності від потреб: спинка регулюється в положенні «сидячи» і «лежачи». У багатьох моделях є спеціальний фіксатор, який перетворює гойдалку в справжній стільчик</p>	<p>Класичні коляски Це нечисленні та не надто популярні моделі, оснащені лише однією люлькою. Вони не користуються значним попитом, тому що служать недовго – малюк виростає з колиски і готовий пересідати в прогулянковий блок вже через 6–8 місяців</p>	<p>Прогулянкові коляски Оснащені лише прогулянковим блоком. Деякі моделі дають можливість встановлювати на раму замість прогулянового блоку люльку або автокрісло, тим самим перетворюючи модель в універсальну</p>	<p>Коляски для бігу Менш поширений різновид прогулянкових колясок, призначений для спортсменів та батьків, які ведуть активний спосіб життя. З таким транспортом можна не тільки ходити, а й бігати, на що вказує назва</p>
				

Історичні дані про перші засоби пересування для дітей

- Винахід першої коляски датується 1773 роком і належить англійському ландшафтному архітектору Вільяму Кенту. Незважаючи на простоту конструкції, дозволити собі її міг не кожен. Дитяча коляска призначалася тільки для еліти, вищих верств суспільства.
- У 1840 році людство перейшло на новий рівень використання вже модернізованої коляски. На той час вона була дуже важкою, не мала спеціальної ручки, тому її доводилося тягнути за собою, штовхати і не без зусиль переміщати.
- Тільки через 13 років нарешті з'явилися перші дитячі коляски, облаштовані спеціальною ручкою. Конструкція колясок тих часів передбачала сидяче положення, але через низькі бортики діти часто випадали з них. Вони були непрактичними, бо мали всього три колеса.
- У 1800-х роках дитячі коляски стали схожі на сучасну конструкцію, яку можна було везти перед собою, а малюка розміщувати в положенні лежачи.

В Україні в давні часи були популярні дерев'яні коляски-гойдалки (рис. 12).



Рис. 12. Як видозмінювались дитячі коляски впродовж століть

Для перенесення дитини без коляски чи люльки використовують:

- **Слінг-шарф.** Є фізіологічним методом для положення кульшових суглобів. Підтримує голову та шию, забезпечує близький контакт мами та малюка.
- **Ерго-рюкзак.** Є зручним та фізіологічним у використанні, підтримує хребет малюка.
- **Хіпсіт.** Зручна переноска, яку можна використовувати зі спинкою або без.
- **Автокрісло.** Життєво необхідний аксесуар для перевезення малюка в авто.

Дитячі ходунки – пристрій із сидінням, бортами й ніжками на колесах, який сприяє зміцненню м'язів дитини, навчить її стояти та ходити (табл. 3). Використовувати краще, коли дитина вже вміє самостійно сидіти, впевнено тримає спинку і намагається вставати. Відбувається це приблизно у 7–8 місяців:

Таблиця 3

Види ходунків

<p>Класичні – пристрій на колесах з м'яким сидінням і бортиками. Вгорі кріпиться панель, яка служить як столик, щоб малюк міг гратися</p>	<p>Ходунки-каталки за конструкцією схожі на невелику коляску. Дитина впирається ручками та може пересуватися по кімнаті з такою опорою. На передній панелі може бути встановлений ігровий центр з іграшками, кнопками, світловими й звуковими ефектами</p>	<p>Стрибуни виглядають як рюкзак-кенгуру з кроквами, що пружиняють. Прикріпити стрибунки можна до стелі, щоб малюк відштовхувався ніжками й підстрибував</p>	<p>Ходунки-трансформери – поєднують у собі кілька функцій. Вони можуть трансформуватися в стільчики для годування, гойдалки або ходунки-стрибуни</p>
			

N. B. !

Негативні впливи ходунків

- Для запобігання неправильній постановці ступні дитини краще застосовувати ходунки, у яких ніжки дитини діставатимуть до підлоги, і малюк зможе стояти всією ступнею.
- Існує думка, що з ходунками дитина пізніше навчиться ходити самостійно. Насправді час, коли дитина піде, залежить винятково від її розвитку. У всіх дітей він різний.
- Ходунки повинні бути безпечними, виготовленими з якісних матеріалів, міцними та надійними, ергономічними.

2.13. Аспіратор для носа: важливість та ефективність у догляді за немовлятами

- У перший рік життя немовлят носові ходи дуже вузькі, тому навіть невелика кількість слизу може перешкоджати нормальному диханню.
- Новонароджені діти не можуть очистити ніс самостійно, тому аспіратор допомагає видаляти накопичений слиз з носових ходів, зволожуючи їх та сприяючи нормальному диханню. Це особливо важливо під час застудних захворювань або алергічних реакцій.
- Чистий ніс допомагає запобігати застуді, запаленню слизової та іншим проблемам з дихальними шляхами.
- Існує кілька типів аспіраторів для носа, включаючи грушоподібні, ручні та електричні. Кожен з них має свої переваги та особливості використання, але основна мета усіх – видалення слизу з носових ходів (рис. 13).



Рис. 13. Типи аспіраторів для очищення носа дитини

Зволожувач повітря

Насичує повітря вологою і корисними іонами та сприятливо впливає на стан шкіри та слизових, допомагає зміцнити імунітет і зняти перевтому всіх членів родини.

Дитячий набір для нігтів

Ножиці, кусачки, пилка для нігтів або наждачна дошка допоможуть безпечно підрізати та розгладити нігті дитини.

Щітка для волосся з м'якою щетиною

Масажує шкіру дитини, і завдяки антистатичним властивостям не електризує волосся.

2.14. Купання дитини

Купати немовля потрібно щодня. Маленькі дітки люблять водні процедури. Вони покращують настрій, заспокоюють, сприяють хорошему апетиту та сну. Розглянемо основні типи ванночок для малюків:

- **Класична** – округла, пластикова, може мати різні кольори.
- **Багатофункціональна**. Може бути у вигляді сповивального столика або комода з ванною з нековзкою поверхнею. Може мати вбудовані ваги та термометр для води, РК-дисплей, що показує вагу дитини та температуру води. Цифрова шкала: можна зважити дитину в лотку з водою або без неї, враховує коригування води, точно вимірює вагу дитини, а також зберігає показники попереднього зважування.
- **Анатомічної форми**. Рельєф ванни повторює контури тіла дитини.
- **Портативна**. Може складатися, у неї протиковзаюче дно.

У минулі часи ванночки для купання малюків не мали таких переваг як сучасні. Були виготовлені з металу чи дерева (*рис. 14*).



Рис. 14. Ванночки для купання немовлят: сучасні і в минулому

2.15. Догляд за порожниною рота у дитячому віці

Його необхідно починати ще до прорізування молочних зубів.

Догляд за ротовою порожниною немовляти виглядає таким чином:

- обгорніть шматочок марлі навколо пальця;
- змочіть марлю прохолодною кип'яченою водою;
- круговими рухами обережно протріть ясна;
- вода не повинна бути гарячою.

Молочні зуби зазвичай прорізаються у 4–6 місяців. Вони потребують ретельного догляду. Постійні зуби розвиваються у безпосередній близькості з молочними. Якщо не доглядати як слід молочні зуби дитини, може виникнути карієс і захворювання ясен.

Правила чищення зубів дитини зубною щіткою:

- Використовуйте м'яку зубну щітку спеціально для дітей.
- Важливо використання зубної пасту, розрахованої саме на дітей.

- Чистити зуби слід, ставши позаду і закинувши голову дитини назад, або посадивши собі на коліна, легкими круговими рухами, очищаючи всю поверхню зубів і масажуючи ясна, які можуть нити через прорізування молочних зубів.
- До шести років дитина має навчитися самостійно чистити зуби.
- Крім правильного чищення зубів дитина повинна регулярно проходити огляди у стоматолога.

Н. В. !

Правила вибору дитячої зубної пасти

- ✓ Необхідна спеціальна дитяча зубна паста, яка має низку відмінностей від «дорослих» зубних паст.
- ✓ Найчастіше дитячі пасти виробляють з фруктовим ароматом і смаком. Але дуже «смачною» паста не повинна бути, інакше діти її з'їдають.
- ✓ Склад дитячої зубної пасти також має свої особливості. У дитячих зубних пастах вміст фтору нижче, бо діти ковтають частину пасти, тому з часом може виникнути передозування фтору в організмі.
- ✓ Бажано, щоб дитяча зубна паста містила натуральні рослинні екстракти, які забезпечують антисептичну і протизапальну дію на ясна, слизові оболонки.

Правила вибору дитячої зубної щітки

Основними чинниками в цьому виборі є:

- **Дизайн.** Сучасні дитячі щітки мають яскравий дизайн і можуть зображати улюбленого мультиплікаційного героя, малюнків і т.д.
- **Відповідність віку.** Розмір щітки підбирається індивідуально у відповідності з параметрами ротової порожнини дитини.
- **Ручка повинна бути зручною,** щоб елементи, які розташовуються на ній (мультияшні герої, дрібні опуклі деталі) не задавали дискомфорту під час користування.
- **Тип щетини.** Дитячі зубні щітки з щетиною не більше 11 мм у висоту будуть найбільш правильними для дітей, що забезпечить від травмування (рис. 15).



Рис. 15. Різновиди дитячих зубних щіток

2.16. Догляд за дитиною у період прорізування молочних зубів

Прорізування молочних та постійних зубів часто супроводжується болем, що порушує загальний стан дитини, викликає занепокоєння у батьків. Нині існує ряд засобів, які допоможуть малюку пережити цей важливий період.

У першу чергу, педіатри рекомендують використовувати прорізувачі – зубні кільця що охолоджують, щоб зняти неприємні відчуття (табл. 4). Прорізувач стимулює кровообіг, полегшує неприємні відчуття, а також формує первинні навички чищення зубів у малюка.

Таблиця 4

Варіанти прорізувачів для зубів малюків

<p>Силіконові. Легкі та зручні у використанні. Дитині легко утримувати ручкою</p>	<p>З охолоджуючим ефектом. Забезпечують додаткове полегшення дитині за рахунок охолодження ясен</p>	<p>Слінгобуси. Слінгобуси з харчового силікону – під час прогулянок у слінгу або просто на руках, стануть одночасно і прорізувачем для зубів</p>	<p>Текстильні комфортери. Безпечні для дитини, їх легко прати. Потрібно вибирати з якісних тканин, які не виділяють фарбу при контакті зі слиною</p>	<p>Дерев'яні прорізувачі. Легкі та зручні у використанні, добре миються у посудомийній машині. Потрібно обирати вироблені з якісної деревини</p>
				

2.17. Термометри та їх використання у дітей

Вимірювання температури тіла – важлива процедура для визначення стану здоров'я дитини. Обираючи термометр для дитини важливо враховувати його ефективність, безпеку та зручність використання.

Типи термометрів:

- ✓ **Цифровий термометр:** Швидко та точно вимірює температуру тіла. Зручний у використанні і часто має функцію пам'яті для збереження попередніх вимірювань.
- ✓ **Термометр для вуха:** Швидко та зручно вимірює температуру, але його ефективність залежить від правильного використання, особливо у малюків.
- ✓ **Термометр ртутний:** Ці термометри на даний час практично не використовуються в дитячій практиці (рис. 16).



Рис. 16. Види термометрів для дітей

2.18. Аналіз сечі у немовлят. Правила, обладнання

Перше, що необхідно зробити, так це піти в аптеку і придбати спеціальний стерильний контейнер для збору сечі.

Крім цього, в аптеках продаються спеціальні сечоприймачі для збору сечі у найменших діток. Такий сечоприймач зроблений у вигляді пакетика, який необхідно прикріпити до зовнішніх статевих органів дитини за допомогою спеціального липкого кріплення, розташованого на пакетуку (рис. 17).

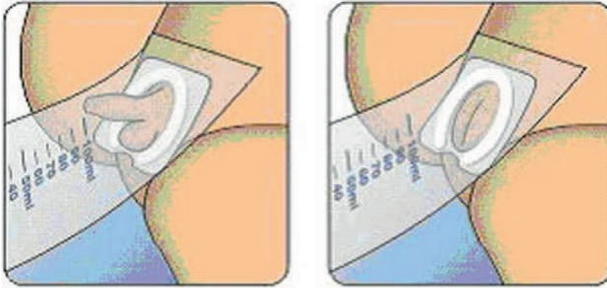


Рис. 17. Сечоприймач для дітей у вигляді пакетика

Збирати сечу вранці необхідно не тільки тому, що так зручно, а ще й тому, що саме ранкова сеча може дати інформативний і достовірний результат.

Контрольні питання до теми:

1. Засоби транспортування дітей та їх види.
2. Основні види термометрів для дітей.
3. Сучасні засоби для годування дітей.
4. Недоліки застосування сосок.
5. Правила збору сечі у дітей.
6. Сучасний одяг для дітей.
7. Використання горщиків.
8. Види сповивання, їх недоліки та переваги.
9. Засоби побутової безпеки дітей.

Тестові завдання:

1. Для годування дітей зцідженим молоком та сумішшю в ранньому віці використовують:
 - A. Ложки
 - B. Пляшечки
 - C. Виделки
 - D. Все перераховане
2. Найкращим способом підігріву суміші дитині є:
 - A. Спеціальний підігрівач

- B. Газ
 - C. Піч
 - D. Все перераховане
3. Пустушки мають лише позитивний вплив:
- A. Невідомо
 - B. Так
 - C. Ні
 - D. Все перераховане
4. Найбільш непопулярні коляски серед батьків:
- A. Класичні
 - B. Люльки
 - C. Трансформери
 - D. Усі
5. Основним негативним ефектом від пустушок є порушення:
- A. Кількості зубів
 - B. Форма язика
 - C. Прикус
 - D. Все перераховане
6. Дозатори для годування дітей популярні на даний час серед батьків:
- A. Так
 - B. Ні
 - C. Невідомо
 - D. Не вивчено
7. Сучасний одяг для дітей є:
- A. Модний
 - B. Синтетичний
 - C. З принтами
 - D. Ергономічний
8. Вперше коляску створили в:
- A. Франції
 - B. Англії
 - C. Китаї
 - D. Єгипті
9. Сечоприймач – це пристрій для:

- A. Стерилізації сечі
 - B. Заморозки сечі
 - C. Збору сечі у немовлят
 - D. Усе перераховане
10. Сечоприймач – це пристрій окремо:
- A. Без диференціації
 - B. Хлопчиків та дівчаток
 - C. Усіх вікових груп
 - D. Підлітків
11. Найрідше зараз використовують термометр:
- A. Водний
 - B. Вушний
 - C. Ртутний
 - D. Усі
12. Найчастіше зараз використовують термометр:
- A. Водний
 - B. Вушний
 - C. Ртутний
 - D. Цифровий
13. Прототипом ніблера в давні часи була:
- A. Замотаний в марлю хліб, намочений у молоці
 - B. Каша
 - C. Сир
 - D. Все перераховане
14. Сучасне взуття для дітей може мати:
- A. Водовідштовхування, супінатор, сіточки для вентиляції
 - B. Підбори
 - C. Все перераховане
 - D. Нічого з перерахованого
15. Прорізувачі для зубів бувають таких типів:
- A. Слінгобуси
 - B. Силіконові
 - C. З охолодженням
 - D. Все перераховане

Література:

1. Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 т. Т. 1, переклад 8-го англ. видання.
2. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.
3. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 376 с.
4. Lerond C, Hudry J, Zahar S, Makwana A, Schneider N. Soothing Effect of an Edible Teether: A Pilot Study in Children during Primary Dentition Age. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2021 Jul-Aug, №14(4). P. 525-530.
5. URL: <https://medlineplus.gov/ency/patientinstructions/000541.htm>
6. American Academy of Pediatrics, Altmann T. R. & Hill D. L (2019). *Caring for Your Baby and Young Child: Birth to Age 5. (7th Edition)*. AAP books. URL : <https://doi.org/10.1542/9781610023443/>
7. Sears W., Sears M., Sears R. & Sears J. (2008). *The Baby Book: everything you need to know about your baby from birth to age two*. Little, Brown. 704 p.
8. Ball J. W., Bindler R. C. & Cowen K. J. (2019). *Child Health Nursing: Partnering with Children & Families*. Pearson. 1619 p.



Розділ III

ОСОБИСТІСНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА ТА КОМПЕТЕНЦІЇ, ЯКИМИ ВІН МАЄ ВОЛОДІТИ

*«Коли я наближаюсь до дитини,
вона викликає у мене два відчуття:
ніжність до того, хто вона є,
та повагу до того, ким вона може стати»*

Луї Пастер

3.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Компетенція	Коло питань, з якими людина добре обізнана, володіє знаннями і досвідом
Компетентність	Це якість особистості, її певні надбання, що ґрунтуються на знаннях, досвіді, моральних засадах і проявляються в критичний момент ситуації. Володіння ними позначається терміном «компетентність»
Емпатія	Уміння бачити світ очима іншої людини, пацієнта, розуміти і сприймати вчинки з їхніх позицій, з теплотою та розумінням ставитись до дитини та її батьків
Автентичність	Вміння лікаря бути природнім у відносинах
Конкретність	Відмова від загальних, а також багатозначних та незрозумілих розмірковувань та зауважень

Ініціативність	Схильність до діяльної позиції у відносинах з пацієнтами
Безпосередність	Уміння говорити і діяти напругу, відкрита демонстрація свого ставлення до проблеми, до пацієнта
Уважність до дрібних ознак	Педіатр повинен вміти за мінімальними ознаками (колір, запах, поза, вираз обличчя) допитатись до непомітних подій з історії розвитку хвороби, інших схованих для непрофесіонала проявів, які прискорюють встановлення вірного діагнозу та призначення лікування
Чутливість	Оперативна реакція емоційного характеру на поточні зміни в життєвому середовищі. Одним з проявів чутливості є співчуття
Відповідальність	Загальнолюдська категорія, яка передбачає свідоме ставлення людини до обов'язків, завдань, цінностей
Швидкість прийняття рішень	Здатність оперативно та правильно реагувати на негаразди, проблеми, виклики професійного, особистого, суспільного характерів
Терпіння	Здатність спокійно та витримано сприймати фізичні, моральні, професійні, суспільні негаразди
Витриманість	Поняття, яке лежить в основі принципу діяльності лікаря «не нашкодь». Це уміння свідомо та спокійно стримувати думки, рішення, що можуть призвести до негативних наслідків
Скромність, відсутність високих амбіцій	Риса характеру людини, яка не хизується винятковими чеснотами та якостями, з повагою ставиться до оточуючих. Скромність лежить в основі культури професійних та особистих відносин між людьми
Інтелігентність	Полягає в сукупності таких якостей як освіченість, культурність, інтелектуальність. Має на увазі розумову готовність до розуміння теоретичних та практичних проблем і питань
Ввічливість	Здатність до розуміння та виконання базисних правил етикету, вміння поводження з оточуючими, здатність до досягнення компромісів, розуміння точки зору інших людей
Допитливість, прагнення до саморозвитку, нових знань, ерудованість	Це група якостей людини, яка пов'язана з допитливим мисленням, прагненням до навчання, досліджень, набуття навичок, відкритість до нової інформації

Тренована пам'ять	Загальнолюдська якість, що забезпечує можливість швидко розуміти, сприймати, аналізувати, запам'ятовувати і використовувати значні обсяги нової інформації
-------------------	--

3.2. Цікаві клінічні випадки

1. Швидкість прийняття рішень

Хлопчик 7 років у дитячому таборі під час роботи на грядках глибоко поранив ногу сапкою, до того ж рана забруднилась землею. В ізоляторі педіатр, оглянувши рану, зрозуміла, що треба негайно вводити протистовбнячну сироватку (тоді ще не використовували анатоксин). За правилами, лікарка спочатку ввела розведений препарат (це називали пробою по Безредко для запобігання алергічній реакції), а через деякий час ввела повну дозу. Через хвилину худенький хлопчик почав на очах роздуватися як кулька (вушині раковини збільшилися на розмір долоні, очі – вузенькі), «хапати ротом повітря» як риба на березі (набряк Квінке). Лікар розуміє, що набряк зараз почне захоплювати язик, гортань – і може наступити смерть від задухи....

Часу на роздуми не було. Терміново потрібен преднізолон (гормональний препарат), але в аптеці його немає. Лікарка миттєво згадує, що вихователька старшого загону страждає на бронхіальну астму і зазвичай має з собою ліки для невідкладної допомоги. На щастя, препарат знайшовся, зробили хлопчику укол, але...набряк зростає! До найближчої лікарні – 2–3 км. Жінка-педіатр хапає дитину на руки та біжить до лікарні (на жаль, машин не було). Вже в приймальному відділенні малюку стало краще, набряк зменшився, а поки бігли подіяли ліки і навіть не потрібно вже було вводити додаткові препарати.

Через півгодини стан хлопчика значно покращився, і вони з лікарем повернулися в табір. Так дитина була врятована від смерті.

2. Уважність – найголовніша якість педіатра

Дитячий кардіолог йшла по сходах до головного лікаря, а їй назустріч підіймалася дівчинка 12 років з мамою, вони

йшли провідати сестричку. Лікар почула дуже характерну **задишку** у дитини та сказала, щоб вони негайно зайшли до неї в кабінет. Після огляду запідозрили ваду серця, обстеження показало наявність «дефекту міжшлункової перетинки з дихальною недостатністю», раніше не діагностовану, оскільки не було проявів легеневої гіпертензії. Дівчинка терміново була направлена до кардіохірургії, швидко прооперована та залишилась жива.

3. Відповідальність – найголовніша якість педіатра

Викладачів ВУЗів дуже часто раніше запрошували на лекції, заняття та консультації в маленькі міста, це були так звані «чергування по сан-авіації». До одного з відомих інфекціоністів звернулись з проханням провести навчання з лікарями. Під час заняття до лікарні привезли хлопчика 1 року в тяжкому стані. При першому огляді стало ясно, що у нього найтяжка форма печінкової недостатності, так звана «**гостра печінкова енцефалопатія**», як наслідок сироваткового гепатиту. Реанімаційного відділення та підготовленого персоналу в цій лікарні не було. Приїжджа викладачка у безвихідній ситуації швидко організувала бригаду лікарів і медсестер та почали негайно проводити заміне переливання крові. Не відходили від дитини протягом 6 діб, повторюючи позмінно такі процедури. На 7-й день дитина відкрила очі, впізнала маму, а через 1,5 місяця вже в задовільному стані була виписана зі стаціонару. Відсутність професійної відповідальності часто призводить до неоправних результатів – інвалідності, навіть до смерті маленьких пацієнтів. (Про такі випадки ви прочитаєте в інших розділах).

4. Чутливість та любов до дітей

Педіатр – це професіонал, який повинен тонко відчувати внутрішній світ дитини, її відносини з батьками та оточуючими людьми (вчителями, вихователями, друзями та однолітками). Він – справжній адвокат малюка, який повинен в ім'я здорового майбутнього керуватись у своїх діях та порадах тільки інтересами дитини, а не вимогами свого

керівництва (особливо в приватних клініках лікарів просять робити те, що подобається батькам) чи йти на поводу необґрунтованих побажань батьків, які часто, слідуючи так званим «модним течіям» (BLW-прикорм, навчання іноземним мовам, буквам, цифрам та ін. до року життя), вимагають від малечі оволодіння такими навичками та здібностями, на які вони психо-фізіологічно ще не здатні й починають тяжко хворіти. Або навпаки, на явні ознаки хвороби у дитини батьки «заплющують очі» (напр. лікар вказує, що малюк в 1,5 року значно відстає у фізичному розвитку по вазі та зросту – вони скаржаться головному лікарю, що їх нібито принижують) чи «соромляться» (напр. «енурез» – нетримання сечі у дитини під час сну), а в таких випадках необхідно негайно вживати заходів та проводити активне лікування.

До лікаря-спеціаліста по нетриманню сечі у Києві звернулась мати з хлопчиком 5 років, у якого під час війни (2023 р.) **з'явився енурез**, причому вже десь 2 роки дитина обходилась без одноразових підгузників, тобто умовний рефлекс прокидатися на поклик повного сечового міхура у нього вже був відпрацьований. Дійсно, на фоні стресу війни кількість таких дітей різко збільшилась. Провели обстеження, виявились ознаки інфекції сечових шляхів, які теж є провокаторами цих проявів, а також невротичні нав'язливі рухи – хлопчик час від часу крутив на голові пасми волосся. З урахуванням усіх факторів призначили відповідне лікування. Але результату немає, незважаючи на активну участь та бажання батьків. Коли почали більш детально обговорювати питання: як хлопчик проводить свій час удень, виявилось, що він постійно чогось навчається: підготовчі курси для дошкільнят, гра на піаніно, бальні танці, шахи. Він навіть матері скаржився, що у нього в голові весь час «крутяться цифри, він постійно вирішує математичні завдання». Мати згадала про це тільки на прийомі у лікаря. Коли навантаження зменшили, процес лікування отримав результат.

5. Скромність та відсутність амбіцій

На саніпропускнику дитячої лікарні увечері чергувала дуже досвідчена лікарка, завідувача педіатричним відділенням і оглядала дитинку 9 міс, яку привезла карета швидкої допомоги, та вирішувала питання госпіталізації. Проходячи повз них молода ординаторка, яка поспішала з роботи додому, почула дуже характерний «мозковий крик».

Вона порадила лікарю звернути увагу на характерні ознаки менінгіту, що втомлена завідувача і зробила, виявивши додаткові ознаки хвороби, та направила дитину в дитячу інфекційну лікарню. Наступного дня завідувача подякувала своїй учениці- молодому лікарю: «Ти молодець, правильний діагноз змогла зльоту поставити». Так поважна лікарка не відмахнулась від порад, а прислухалась і не допустила помилки.

N. B. !

Медицина належить до найскладніших видів діяльності. Зазвичай, люди, які обирають професію лікаря, відчують потяг до допомоги іншим ще з дитинства. Лікарі вважаються людьми з найкращими людськими якостями, серед яких основним є гуманізм. Ще з давніх-давен, люди, які надавали допомогу своїм ближнім, робили це не з мотивів корисливості, а з метою полегшити чужий біль і врятувати життя, виявляючи гуманність (рис. 18).

3.3. Особистісні характеристики лікаря, необхідні для професійної діяльності

N. B. !

Якості, важливі для спілкування лікаря з пацієнтом:

- Емпатія – це здатність бачити світ очима пацієнта, розуміти і сприймати дії з їхньої позиції.
- Доброзичливість – здатність не лише відчувати, але й демонструвати своє доброзичливе ставлення, симпатія до пацієнта, здатність приймати його, навіть якщо не схвалюєш його дії, готовність підтримувати його.

- **Автентичність** – це здатність лікаря бути самим собою у відносинах з пацієнтом, його близькими та колегами, не ховатися за масками чи ролями.
- **Конкретність** – це здатність говорити про конкретні переживання, думки, дії та готовність однозначно відповідати на запитання пацієнта, а також відмова від загальних, багатозначних і незрозумілих розмірковувань і зауважень.
- **Комунікабельність** – здатність встановлювати зв'язки з різними людьми та бути активним у відносинах з пацієнтами, щоб рухатися вперед, а також готовність виконувати завдання в ситуаціях, що вимагають активного втручання, а не чекати, коли це зробить хтось інший, незалежно від соціального статусу та ролі особи.
- **Безпосередність** означає, що ви відкрито говорите і дієте напрому щодо проблеми або пацієнта. Відкритість і чесність не означають, що ви повинні розкривати всі свої приватні дані, але повинні задовольнити інтереси пацієнта, оскільки пацієнтів цікавить сам лікар як людина, а не її таємниці.
- **Сприйняття почуттів** – відсутність страху під час спілкування з пацієнтами та їхніми близькими і готовність прийняти їхні емоційні повідомлення.

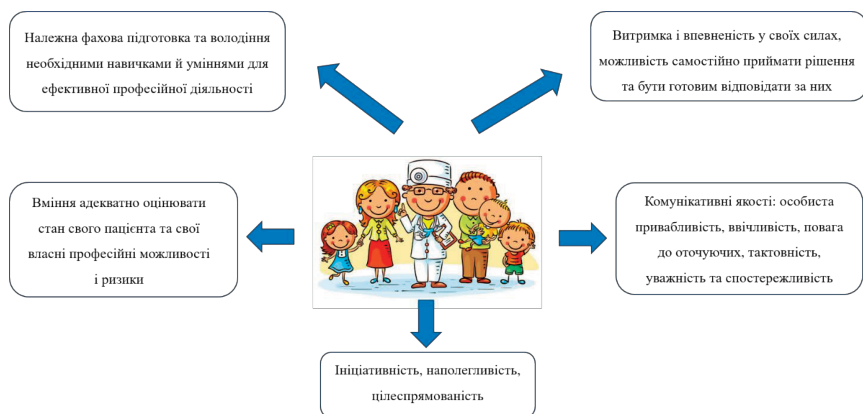


Рис. 18. Особистісні характеристики лікаря, необхідні для професійної діяльності

N. B. !

Визначаючи перелік особистісних якостей лікаря, найбільш важливими для ефективної **професійної діяльності** слід вважати:

- високий рівень **особистої відповідальності**;
- **повага, терпимість**, толерантне ставлення до усіх пацієнтів, незалежно від розбіжностей морально-етичних норм та поведінки із загальноприйнятими та прийнятними для самого лікаря (у випадку неможливості подолати негативне ставлення до пацієнта, зумовлене категоричним неприйняттям його як особистості, його слід передати іншому фахівцеві, а також обов'язково самому пройти додаткову психотерапію, спрямовану на з'ясування причин виникнення такого ставлення та його подолання);
- щира **зацікавленість** особистістю пацієнта і причинами, що призвели до психічних розладів;
- **інтуїція**, що ґрунтується на знаннях та життєвому і професійному досвіді, уміння прогнозувати події;
- прагнення до отримання нових знань, **саморозвитку**;
- **тактовність, вихованість**;
- **чутливість**, душевність, людяність;
- **скромність**, повага до порад учених та досвідчених фахівців;
- уміння зберігати лікарську таємницю;
- **допитливість**;
- **ініціативність**, цілеспрямованість, наполегливість;
- **кмітливість** та креативність;
- **ерудованість**.

N. B. !

Абсолютними **протипоказаннями** до роботи лікарем є:

- психічна та емоційна **неврівноваженість**;
- **агресивність**;
- замкнутість;
- нерішучість;

- низький інтелектуальний рівень;
- небажання працювати з людьми, відсутність поваги до них, **байдужість**;
- небажання і невміння зрозуміти та прийняти іншу людину такою, якою вона є;
- прагнення у роботі застосовувати традиційні схеми лікування, **нездатність знаходити індивідуальні прийоми**;
- **недостатній фаховий рівень**.

Компетенції

Компетентність – це здатність спеціаліста вирішувати конкретні професійні завдання. Основні поняття, такі як «знання», «уміння» та «навички», є частиною компетентності.

Компетентність, яка є результатом навчання на певному рівні вищої освіти, визначається як сукупність компетенцій, що є динамічним поєднанням знань, умінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, визначає здатність людини успішно виконувати професійну та подальшу навчальну діяльність. Набуття компетенцій є результатом розвитку компетентності.

N. B. !

Hard i soft skills

Ці терміни вперше використовували в армії Сполучених Штатів **Америци в середині 60-х років**.

Hard skills – це професійні навички, яким можна навчитися та оцінити. Для навчання складних навичок необхідно засвоїти знання та інструкції. Якість навчання можна оцінити за допомогою тестів.

Soft skills, також відомі як гнучкі навички, – це сукупність над-професійних, неспеціалізованих навичок, які забезпечують високу продуктивність і успішну участь у робочому процесі. Вони відрізняються від спеціалізованих навичок, які не пов'язані з конкретною сферою (рис. 19).

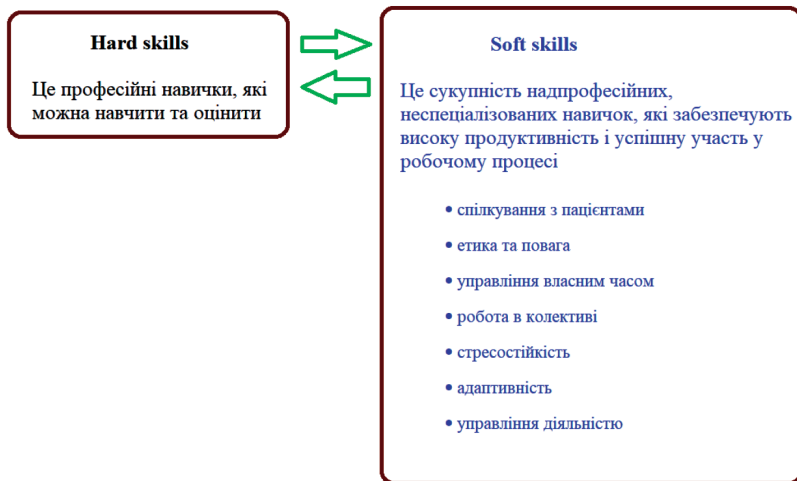


Рис. 19. Професійні та надпрофесійні навички

3.4. Відповідність посадам

Посада «Лікар-педіатр» належить до категорії «Професіонали». Ви повинні мати повну вищу освіту (спеціаліст, магістр) за напрямом підготовки «Медицина», а також спеціальні курси «Педіатрія» (інтернатура, спеціалізація). Наявність сертифіката експерта-медика без попереднього досвіду роботи.

Педіатр зобов'язаний знати:

- чинне законодавство про охорону здоров'я та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління та закладів охорони здоров'я;
- основи права в медицині;
- організацію педіатричної допомоги;
- права, обов'язки та відповідальність лікаря-педіатра;
- показники роботи лікувально-профілактичних закладів, пологових будинків, дитячих дошкільних закладів, шкіл, дитячих будинків, станцій швидкої допомоги та ін. установ, робота яких пов'язана з обслуговуванням дітей;
- основи нормальної та патологічної анатомії, фізіології, кровотворення та гемостазу, водно-електролітного обміну,

- кислотно-основної рівноваги, імунології, генетики та фармакології;
- клініку, методи профілактики, діагностики та лікування основних соматичних та інфекційних захворювань, патологічних станів у дітей;
 - суб'єктивні, об'єктивні та спеціальні методи обстеження дітей, трактування даних цих обстежень;
 - сучасну класифікацію дитячих хвороб;
 - питання диспансеризації хворих дітей і профілактики хронічних форм захворювань;
 - правила видачі довідок та листів непрацездатності по догляду за хворою дитиною;
 - питання організації та завдання гігієнічного навчання та виховання дітей;
 - принципи раціонального (збалансованого) вигодовування і харчування дітей, дієтотерапію при різних видах патології;
 - правила оформлення медичної документації;
 - сучасну літературу за фахом та методи її узагальнення.

Контрольні питання до теми:

1. Назвіть морально-етичні якості лікаря-педіатра.
2. Що таке комунікативні якості?
3. Назвіть найбільш важливі особистісні якості лікаря-педіатра.
4. Визначте абсолютні протипоказання до роботи лікарем.
5. Назвіть основні компетенції лікаря-педіатра.

Тестові завдання:

1. Компетенція – це:
 - A. Навички
 - B. Якість особистості
 - C. Допитливість
 - D. Все вірно
2. Компетентність – це:
 - A. Якість особистості

- В. Креативність
 - С. Недостатній фаховий рівень
 - Д. Все невірно
3. Емпатія – це:
- А. Уміння бачити світ очима іншої людини
 - В. Показувати доброзичливість
 - С. Готовність підтримувати пацієнта
 - Д. Все вірно
4. Автентичність – це:
- А. Агресивність
 - В. Вміння лікаря бути природнім у відносинах
 - С. Здатність бути самим собою
 - Д. Все невірно
5. Гуманізм – це:
- А. Цілеспрямованість
 - В. Наполегливість
 - С. Потреба допомагати іншим людям
 - Д. Все вірно
6. Soft skills – це:
- А. Етика та повага
 - В. Робота в колективі
 - С. Адаптивність
 - Д. Спілкування з пацієнтами
 - Е. Все вірно
7. Hard skills – це:
- А. Особиста властивість спеціаліста
 - В. Професійні навички
 - С. Адаптивність
 - Д. Етика
 - Е. Все вірно
8. Протипоказанням для роботи лікарем є:
- А. Агресивність
 - В. Психічна неврівноваженість
 - С. Небажання працювати з людьми
 - Д. Нерішучість

- E. Все вірно
- 9. Найбільш важливі якості лікаря – це:
 - A. Висока відповідальність
 - B. Толерантність
 - C. Тактовність
 - D. Креативність
 - E. Все вірно
- 10. Безпосередність – це:
 - A. Уміти говорити напроям
 - B. Уміти діяти напроям
 - C. Відкрита демонстрація свого ставлення до проблеми
 - D. Відкрите ставлення до пацієнта
 - E. Все вірно
- 11. Ініціативність – це:
 - A. Уміти говорити про себе
 - B. Уміти діяти швидко
 - C. Схильність до діяльної позиції у відносинах з пацієнтами
 - D. Відкрита демонстрація свого ставлення до оточуючих
- 12. Конкретність – це:
 - A. Відмова від загальних розмірковувань та зауважень
 - B. Відмова від багатозначних розмірковувань
 - C. Відмова від незрозумілих зауважень
 - D. Все вірно
- 13. До особистісних якостей лікаря відносять:
 - A. Повага, терпимість, толерантне ставлення до усіх пацієнтів
 - B. Щира зацікавленість особистістю пацієнта
 - C. Інтуїція, що ґрунтується на знаннях та життєвому і професійному досвіді
 - D. Все вірно
- 14. Протипоказаннями до роботи лікарем є:
 - A. Креативність
 - B. Чесність та порядність
 - C. Ерудованість
 - D. Вища медична освіта
 - E. Недостатній фаховий рівень

15. Лікар-педіатр знає та застосовує у діяльності:
- A. Основи права в медицині
 - B. Організацію педіатричної допомоги
 - C. Права, обов'язки та відповідальність лікаря-педіатра
 - D. Все вірно
 - E. Нічого з перерахованого

Література

1. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.
2. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 326 с.
3. Lown B. (2014). *The lost art of Healing: Practicing Compassion in Medicine*. Boston : Houghton Mifflin. 368 p.
4. Корнійчук О. Є. Розвиток професійних компетенцій лікарів-інтернів на факультеті післядипомної освіти: проблеми та шляхи вирішення. *Академічні візії*, 22(2023). URL : <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.8224750>.
5. Morrell B., Eukel H. & Santurri L. E.. Soft skills and implications for future professional practice : Qualitative findings of a nursing education escape room *Nurse Education Today*, 93(2020). URL : <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0260691719317629?via%3Dihub>.
6. Abraham T. H., Stewart G. L. & Solimeo, S. L. The importance of soft skills development in a hard data world: learning from interviews with healthcare leaders. *BMC Med Educ* 21, 147 (2021). URL : <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02567-1>.



Розділ IV

ФУНКЦІОНАЛЬНІ ОBOB'ЯЗКИ ТА НАПРЯМКИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА НА АМБУЛАТОРНІЙ ТА СТАЦІОНАРНІЙ ЛАНКАХ НАДАННЯ ДОПОМОГИ ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ СЛУЖБИ В УКРАЇНІ

*«Посієш вчинок – пожнеш звичку,
посієш звичку – пожнеш характер,
посієш характер – пожнеш долю»*

Народне прислів'я

4.1 Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Медична допомога	Це медична послуга або комплекс медичних послуг, що надається пацієнтам із застосуванням діагностичних та лікувальних методів, включно з лікарськими засобами, передбачених медико-технологічними документами
Педіатр	Це фахівець, сфера діяльності якого поширюється на діагностику фізичного та психічного розвитку дитини, надання рекомендацій по вигодовуванню і вихованню дитини, лікуванню і профілактиці різних захворювань
Пацієнт	Фізична особа, яка звернулася за медичною допомогою та/або якій надається така допомога

Заклад охорони здоров'я	Юридична особа будь-якої форми власності, основним завданням якої є забезпечення медичного обслуговування
Амбулаторія	Лікувальний заклад для амбулаторної медичної допомоги хворим на прийомі і на дому
Центр первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД)	Заклад охорони здоров'я, метою якого є надання первинної медичної допомоги населенню
Первинна медична допомога (ПМД)	Комплекс негайних заходів, які забезпечуються людині, яка захворіла раптово і/або постраждала від впливу зовнішніх та інших факторів
Консультативно-діагностичний центр (КДЦ)	Заклад охорони здоров'я, який забезпечує надання консультативно-діагностичної та лікувальної допомоги дитячому населенню та є частиною ієрархії етапності в наданні медичної допомоги хворим між іншими закладами охорони здоров'я вторинного (спеціалізованого) та третинного (високоспеціалізованого) рівнів
Денний стаціонар	Підрозділ чи відділення у лікарнях, де забезпечують надання амбулаторної допомоги пацієнтам, які не потребують цілодобового лікарського та медсестринського догляду в звичайному стаціонарі
Високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні заклади охорони здоров'я	Лікувальні заклади, які надають високоспеціалізовану багатопрофільну медичну допомогу на третинному рівні
Стаціонар	Лікувальний заклад з постійними ліжками для хворих
Патронаж	Лікарський догляд вдома новонародженого
Реабілітація	Комплекс медичних заходів, спрямованих на відновлення здоров'я

4.2. Цікаві клінічні випадки

1. *Порушення обов'язків диспансерного спостереження лікарем амбулаторної ланки*

До приймального відділення стаціонару за направленням лікаря поступає 13-річна дівчинка зі скаргами на довготривалий, протягом року, субфебрилітет (підвищення температури тіла до 38 градусів Цельсія), серцебиття, запаморочення та

виражену слабкість. Зі слів матері, дівчинка останнім часом не хворіла. Її оформляють у відділення на обстеження з діагнозом «Вегетативна дисфункція. Термоневроз?». Коли палатний лікар отримав результати загального аналізу сечі, виявилось, що є висока протеїнурія – білок, еритроцитурія – еритроцити, лейкоцитурія – лейкоцити, тобто можна припустити запалення нирок («пієлонефрит»), до того ж аналіз сечі за Зимницьким показав зниження концентраційної здатності нирок. Призначили УЗД сечової системи, яке ніколи дитині не робили. Результати були вражаючими: одна нирка значно зменшена в розмірах, що є ознакою її склерозування (нирка практично не функціонує) та можливим наслідком довготривалого запального процесу, але мати про це нічого не знала. Лікар запросила амбулаторну картку, яку вела дільничий педіатр. Переглянувши результати попередніх аналізів сечі, з'ясувалось, що з 3-х років (майже протягом 10 років життя) у дівчинки спостерігались незначні зміни (то невелика протеїнурія, то еритроцитурія, то лейкоцитурія), але лікар не тільки не звертала на це увагу сама, навіть не ставила до відома батьків.

Проведена в стаціонарі екскреторна урографія (контрастне рентгенологічне обстеження сечової системи) дозволила підтвердити кінцевий діагноз («хронічного пієлонефриту у склеротичній стадії з порушенням функції нирок»). На жаль, ця дівчинка стала майже на все життя пацієнткою відділення гемодіалізу. Таким чином, коли педіатр ігнорує своїми прямими обов'язками, дитина на все життя стає інвалідом.

2. Профілактична робота педіатра по контролю стану оточуючого середовища дитини

До кабінету педіатра забігає жінка з вигуком: «Лікарю, Ви були абсолютно праві!». В пам'яті виникають попередні візити дитини та мами кілька тижнів тому. У хлопчика було утруднене дихання, дистанційно – свистящі хрипи, а протягом останніх 2 років життя весь час повторювались прояви обструктивного бронхіту. Паління, спадкові алергічні та хронічні захворювання в родині заперечують. При дослідженні

виключали муковісцидоз, вади розвитку, за результатами алерготестування встановлена значна сенсibiliзація до грибкової флори. Зі слів матері, вони проживають в нормальних квартирних умовах, плісняви немає.

Мати захоплено продовжувала розповідати: «Прийшла від вас додому та почала шукати все ж таки плісняву. Нічого не знайшла, але вирішила підняти лінолеум, незважаючи, що чоловік був категорично проти. Свекруха приєдналась до нього, звинуватила невістку, що вона замість того, щоб лікувати онука народними засобами, бігає по лікарях. Але я наполягала, що треба піднімати лінолеум. Тоді чоловік схопив ножа та почав різати його посередині кімнати... і засмерділо пліснявою!». Лікарка миттєво застерегла: «Ви не повинні там з дитиною залишатись!». «Лікарю, так ми вже через півгодини з чемоданом переїхали до свекрухи, а батько організував капітальний ремонт у квартири», – заспокоїла жінка. В результаті дитина повністю одужала, а всі родичі об'єдналися у боротьбі за її здоров'я.

3. Лікар не повинен зупинятися у пошуках першопричини проявів захворювання

Молода лікарка одразу після проходження інтернатури почала працювати на дільниці. Прийшов підліток зі скаргою – сильне печіння кінчика язика. Він побував майже у всіх спеціалістів поліклініки, кожен висловлював свою думку, призначали вітаміни, або загальнозміцнюючі препарати та інше. З часом всі медичні працівники його впізнавали, поступово віднесли до категорії пацієнтів з психічними особливостями. Сюди прийшов з надією, що від нього не відмахнуться. Лікар переглянула ретельно картку хворого і зрозуміла, що хворий практично не обстежений. Дала направлення в лабораторію на аналізи, які вже наступного дня показали значне підвищення еозинофілів у крові. Після обстеження на антитіла до гельмінтів, було встановлено діагноз «Токсокароз». (Личинки паразита-аскариди фіксуються в різних частинах/органах тіла людини та викликають відчуття дискомфорту, слабкості, підвищення температури, болі в місці, де вони локалізувались, іноді вони мігрують). Пацієнта пролікували,

а цей випадок обговорювали на зборах, як приклад того, що нехтувати елементарними методами обстеження не можна. Родичі хлопця не подали в суд на тих лікарів, які допустили такий промах. Молодий спеціаліст отримала повагу та подяку.

4. При виконанні функціональних обов'язків необхідно для особистої безпеки застосовувати протиепідемічні заходи (рукавички, маски, халати, ін.)

Лікарю-інтерну у педіатричному відділенні доручили обстеження дитини-«підкидька» 2-х років, яка тільки поступила з вокзалу у стаціонар. Шкіра дитини з елементами висипу була оброблена червоним барвником (розчином фукарцину), медсестри сказали, що це алергія та для зняття свербіння використали препарат. Через 2 тижні лікарка поїхала у відпустку до батьків, але, на жаль, з'явилась алергія на шкірі рук, якою раніше ніколи не страждала. Почала самостійно лікуватись, а висип все більше розповсюджується, свербіж посилюється ввечері та вночі. Коли через тиждень аналогічні симптоми з'явилися у молодшої сестри та батька, мати забила тривогу й відправила всю родину до дерматолога. Виявилась звичайна короста. Таким чином, на все життя лікарка запам'ятала, як треба оглядати пацієнтів.

N. B. !

Амбулаторія – це лікувально-профілактичний заклад, який надає амбулаторну допомогу дітям і підліткам віком до 18 років.



Основні напрямки діяльності амбулаторії:

- Організація і проведення профілактичних заходів у поліклініці, на дому, в дошкільних установах і школах, санітарно-освітня робота, пропаганда здорового способу життя, проведення протиепідемічних заходів
- Надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги в умовах амбулаторії
- Проведення клініко-експертної роботи – експертиза тимчасової та стійкої непрацездатності
- Госпіталізація дітей, які потребують стаціонарного лікування з попереднім максимальним обстеженням
- Дотримання спадкоємних зв'язків з іншими закладами системи охорони здоров'я: жіночими консультаціями, пологовими будинками, дитячими лікарнями та санаторіями, диспансерами

4.3. Функціональні обов'язки лікаря-педіатра амбулаторії

- Формує лікарську дільницю з прикріпленого контингенту.
- Проводить динамічне спостереження за фізичним і нервово-психічним розвитком.
- Проводить діагностичну, лікувальну роботу в амбулаторних умовах.
- Здійснює роботу з охорони репродуктивного здоров'я підлітків.
- Проводить первинний патронаж новонароджених та дітей раннього віку у встановлені терміни.
- Організовує і бере участь у проведенні профілактичних оглядів дітей раннього віку.
- Розробляє комплекс лікувально-оздоровчих заходів, забезпечує контроль за виконанням режиму, раціонального харчування, проведенням заходів у дітей щодо аліментарних розладів, анемії, рахіту.
- Забезпечує своєчасне направлення дітей на консультації до лікарів-спеціалістів.
- Забезпечує проведення імунопрофілактики дітей.
- Проводить динамічне спостереження за дітьми з хронічною патологією.
- Забезпечує підготовку дітей до вступу в освітні установи.
- Забезпечує надходження інформації про дітей в сім'ях соціального ризику у відділення медико-соціальної допомоги дитячої поліклініки.
- Забезпечує роботу денного стаціонару в умовах амбулаторії.
- Забезпечує виконання індивідуальних програм реабілітації дітей-інвалідів.
- Видає висновки про необхідність направлення дітей в санаторно-курортні заклади.
- Здійснює профілактику і раннє виявлення у дітей гепатиту В і С, ВІЛ.
- Здійснює диспансерне спостереження дітей зі спадковими захворюваннями.

- Своєчасно направляє сповіщення до територіальних органів санепіднагляду про випадки інфекційних захворювань, пост-вакцинальні ускладнення.
- Забезпечує медичну допомогу юнакам в період підготовки до військової служби.
- Проводить підготовку медичної документації з переведення дітей по досягненні відповідного віку до міської поліклініки.
- Керує діяльністю середнього медичного персоналу, який здійснює надання первинної медико-санітарної допомоги.
- Веде медичну документацію в установленому порядку.
- Систематично підвищує свою кваліфікацію.

N. B. !

Стационар (лікарня) – медичний заклад, який надає стаціонарну кваліфіковану і спеціалізовану медичну допомогу.



Основні напрямки діяльності стаціонару:

- Відновлювальне лікування, яке включає діагностику захворювання, лікування, невідкладну терапію і реабілітацію
- Апробація та впровадження в практику охорони здоров'я сучасних методів лікування, діагностики та профілактики
- Створення лікувально-охоронного режиму
- Проведення протиепідемічних заходів та профілактика внутрішньолікарняної інфекції
- Проведення санітарно-освітньої роботи
- Підвищення якості лікувально-профілактичної допомоги

4.4. Функціональні обов'язки лікаря-педіатра стаціонару

- Застосовує сучасні методи профілактики, діагностики, лікування, реабілітації та диспансеризації хворих дітей та підлітків.
- Надає швидко та невідкладну медичну допомогу хворим.

- Здійснює нагляд за побічними реакціями (діями лікарських засобів).
- Проводить консультації за направленнями лікарів інших спеціальностей.
- Бере участь у проведенні протиепідемічних заходів у разі виникнення осередку інфекції.
- Керує роботою середнього медичного персоналу.
- Планує роботу і проводить аналіз її результатів.
- Веде лікарську документацію.
- Щоденно проводить обхід хворих і веде історію хвороби з обов'язковими відмітками про стан хворих, медикаментозні призначення, обстеження, маніпуляції, процедури.
- Оглядає хворих при поступленні їх у відділення, призначає необхідні обстеження і лікування, заповнює історію хвороби.
- Доповідає завідувачу відділенням або заступнику головного лікаря по лікувальній роботі про всі випадки лікування у відділенні тяжкохворих дітей і з незрозумілими діагнозами, хворих з підозрою на інфекційну патологію.
- Бере участь в обходах завідувача відділення, доповідає про стан хворих, при необхідності направляє хворих на консультації до вузькопрофільних спеціалістів, або з відома завідувача відділення до спеціалістів обласної клінічної лікарні.
- Щоденно заповнює листки годування грудних дітей.
- При виписці хворих своєчасно подає в поліклініку за місцем проживання інформативну виписку з історії хвороби, де вказує стан при поступленні, проведені обстеження і лікування, результат лікування, рекомендації по подальшому спостереженню і лікуванню в амбулаторних умовах.
- Систематично проводить санітарно-освітню роботу серед осіб, що забезпечують догляд за дітьми, а також серед дітей старшого віку шляхом індивідуальних бесід, лекцій, використання наочної агітації.

- Повідомляє особисто чергового лікаря про тяжко хворих дітей, які потребують його спостереження, проведення певних лікувальних заходів.
- Впроваджує в обстеження і лікування дітей нові методики.

4.5. Структура та організація педіатричної служби в Україні

На даний час організація надання медичної допомоги дітям та підліткам в Україні знаходиться на етапі реформування (як і система охорони здоров'я в цілому). При цьому зберігається і діюча раніше мережа педіатричної служби.

4.6. Рівні надання медичної допомоги дітям в Україні

- **Первинна медична допомога** надається в амбулаторних умовах за місцем проживання та включає консультації, діагностику та лікування найпоширеніших хвороб, травм, отруень, патологічних і фізіологічних станів (у період вагітності), а також профілактичні заходи відповідно до показань пацієнта. Цей тип медичної допомоги не потребує екстреної або високоспеціалізованої допомоги.
- **Вторинна (спеціалізована) медична допомога** – це медична допомога, яку надають лікарі відповідної спеціалізації (крім лікарів загальної практики) у амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому або екстреному порядку. Це включає консультації, діагностику, лікування, реабілітацію та профілактику хвороб, травм, отруень, фізіологічних станів (у період вагітності).
- **Третинна (високоспеціалізована) медична допомога** – це медична допомога, яка надається в амбулаторних або стаціонарних умовах у плановому або екстреному порядку та включає консультації, діагностику, лікування, реабілітацію та лікування травм, отруень, патологічних станів, а також фізіологічних станів, таких як вагітність і пологи, за допомогою високотехнологічного обладнання та/або складних медичних процедур (*табл. 5*).

Рівні надання медичної допомоги

Рівні надання медичної допомоги	Ким надається	Заклад, де надається
<i>Первинний рівень</i>	<ul style="list-style-type: none"> лікарями педіатрами лікарями сімейної практики, що мають належну педіатричну підготовку 	Центри первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД)
<i>Вторинний рівень</i>	<ul style="list-style-type: none"> лікарями педіатрами лікарями невідкладної допомоги дитячими лікарями-спеціалістами 	<ul style="list-style-type: none"> <i>у стаціонарних умовах</i> – багатопрофільні лікарні інтенсивного лікування, лікарні відновного (реабілітаційного), планового лікування, хоспіси, спеціалізовані медичні центри <i>в амбулаторних умовах</i> – консультативно-діагностичні центри (КДЦ)
<i>Третинний рівень</i>	<ul style="list-style-type: none"> лікар, який отримав підготовку за відповідною спеціальністю, має кваліфікаційну категорію не нижче першої 	<ul style="list-style-type: none"> Високоспеціалізовані багатопрофільні або однопрофільні заклади охорони здоров'я (наприклад – перинатальний центр)

Центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД) – може бути структурним або автономним підрозділом, який може включати амбулаторії, медичні кабінети, фельдшерсько-акушерські пункти та медичні заклади.

Консультативно-діагностичний центр (КДЦ) – консультативно-діагностичний підрозділ лікарні, або відокремлений амбулаторний центр з медичних консультацій та діагностики (у світлі реформи – створений (реформований) на базі дитячої багатопрофільної поліклініки).

Високоспеціалізована (третинна) педіатрична допомога забезпечується поліклінічним відділенням та стаціонарним сектором Обласної дитячої клінічної лікарні в різних областях України, а також багатопрофільними дитячими лікарнями та стаціонарними відділеннями, включаючи ті, які розташовані на базі науково-дослідних інститутів Академії медичних наук України.

N. B. !

На даний час на базі лікарень третинного рівня надання допомоги створюються або вже створені високоспеціалізовані медичні центри за моделлю надання медичної допомоги «мати-дитина» в контексті реформування системи охорони здоров'я в Україні:

- перинатальний (неонатальний) центр з відділенням для недоношених дітей, дітей народжених з екстремально малою вагою тіла, патології новонароджених та інтенсивної терапії новонароджених, лабораторією з експрес-діагностики, виїзною неонатологічною бригадою;
- діагностичний центр;
- центр (відділення) інтенсивної терапії та дитячої анестезіології з виїзною педіатричною бригадою та експрес-лабораторією;
- центр спеціалізованої невідкладної допомоги, який включає приймальне, діагностично-боксоване відділення та відділення екстреної медичної допомоги;
- спеціалізований центр дитячої хірургії (з відділеннями абдомінальної та торакальної хірургії, хірургії новонароджених, урологічним, нейрохірургічним, онкологічним відділеннями, відділеннями отоларингології, хірургічної стоматології, підліткової гінекології, центром дитячої травматології і ортопедії з травмопунктом і операційним блоком);
- центр дитячих інфекційних хвороб (з блоком інтенсивної терапії);
- центр (відділення) дитячої гематології;
- центр (відділення) дитячої алергології та імунології;
- центри, або відділення дитячої кардіоревматології, гастроентерології, нефрології та гемодіалізу, ендокринології;
- центр ранньої медико-соціальної реабілітації – для дітей з патологією центральної нервової системи (включаючи медичну та соціально-педагогічну реабілітацію з методами нейровізуалізації);
- навчально-ресурсний центр – для вивчення сучасних технологій у педіатричній практиці та сімейній медицині, навчання за допомогою сучасних освітніх технологій.

Контрольні питання до теми:

1. Назвіть функціональні обов'язки дільничного лікаря-педіатра.
2. Визначте мету роботи дільничного лікаря-педіатра.
3. Назвіть основні напрямки діяльності (поліклініка).
4. Визначте основні напрямки діяльності (стаціонар).

Тестові завдання:

1. Дитяча поліклініка надає амбулаторно-поліклінічну допомогу:
 - A. Дітям до 18 років
 - B. Дітям до 12 років
 - C. Дітям до 16 років
 - D. Все вірно
2. Мета роботи дільничного лікаря-педіатра:
 - A. Збереження здоров'я
 - B. Зниження захворюваності і смертності
 - C. Профілактика захворювань
 - D. Все вірно
3. Функції дільничного лікаря-педіатра:
 - A. Профілактична
 - B. Лікувальна
 - C. Організаційна
 - D. Діагностична
 - E. Все вірно
4. Основні напрямки діяльності (стаціонар):
 - A. Діагностика захворювання
 - B. Лікування
 - C. Невідкладна терапія
 - D. Все вірно
5. Здоров'я людини закладається:
 - A. У ранньому віці
 - B. У підлітковому віці
 - C. У зрілому віці
 - D. У всіх вікових періодах
6. Стаціонар – це:
 - A. Лікувальний заклад з постійними ліжками для хворих

- B. Лікарський догляд вдома новонародженого
 - C. Лікувальний заклад з тимчасовими ліжками для хворих
 - D. Все невірно
7. Патронаж – це:
- A. Лікувальний заклад з постійними ліжками для хворих
 - B. Лікарський догляд вдома новонародженого
 - C. Лікувальний заклад з тимчасовими ліжками для хворих
 - D. Все невірно
8. Поліклініка – це:
- A. Лікувальний заклад для амбулаторної медичної допомоги хворим
 - B. Лікарський догляд вдома новонародженого
 - C. Лікувальний заклад з тимчасовими ліжками для хворих
 - D. Все невірно
9. Реабілітація – це:
- A. Комплекс медичних заходів спрямованих на відновлення здоров'я
 - B. Лікарський догляд вдома новонародженого
 - C. Лікувальний заклад з тимчасовими ліжками для хворих
 - D. Все вірно
10. Проведення діагностичної, лікувальної роботи на дому і в амбулаторних умовах є:
- A. Функціональним обов'язком дільничного педіатра
 - B. Функціональним обов'язком головного санітара
 - C. Функціональним обов'язком старшої медсестри
 - D. Все невірно
11. Дільничний педіатр:
- A. Формує лікарську дільницю з прикріпленого контингенту
 - B. Проводить динамічне спостереження за фізичним і нервово-психічним розвитком
 - C. Здійюснює роботу з охорони репродуктивного здоров'я підлітків
 - D. Все вірно
12. Дільничний педіатр:
- A. Організовує і бере участь у проведенні профілактичних оглядів дітей раннього віку

- V. Забезпечує своєчасне направлення дітей на консультації до лікарів-спеціалістів
 - C. Забезпечує проведення імунопрофілактики дітей
 - D. Все вірно
13. Основні напрямки діяльності (поліклініка):
- A. Організація і проведення профілактичних заходів у поліклініці, на дому, в дошкільних установах і школах, санітарно-освітня робота, пропаганда здорового способу життя, проведення протиепідемічних заходів
 - V. Надання кваліфікованої та спеціалізованої допомоги в поліклініці і вдома
 - C. Якісне проведення клініко-експертної роботи – експертиза тимчасової та стійкої непрацездатності
 - D. Все вірно
14. Дільничний педіатр:
- A. Систематично підвищує свою кваліфікацію
 - V. Веде медичну документацію в установленому порядку
 - C. Керує діяльністю середнього медичного персоналу, який здійснює надання первинної медико-санітарної допомоги
 - D. Все вірно
15. Дільничний педіатр:
- A. Проводить підготовку медичної документації з переведення дітей по досягненні відповідного віку до міської поліклініки
 - V. Забезпечує медичну допомогу юнакам в період підготовки до військової служби
 - C. Своєчасно направляє сповіщення до територіальних органів санепіднагляду про випадки інфекційних захворювань, поствакцинальні ускладнення
 - D. Все вірно

Література

1. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюрєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява». 2023. 264 с.
2. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюрєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява». 2023. 326 с.
3. Роцин О. А. Цікаві випадки з практики чудових лікарів : зб. / К. : ТОВ «В6»Аванпост – ПРИМ», 2017. 228 с.



Розділ V

ОСОБЛИВОСТІ ЗБОРУ ІНФОРМАЦІЇ ПРО ДИТИНУ ТА ЇЇ ЗАХВОРЮВАННЯ, ОГЛЯД ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА

*«Роздягайте пацієнтів, ретельно оглядайте їх,
інакше ви ризикуєте залишити діагноз у панчохах»*

Поради стародавніх лікарів

5.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Історія хвороби	Це систематизована оцінка стану пацієнта та його проблем зі здоров'ям
Діагностика	Галузь знань, що вивчає теорію і методи постановки діагнозу, а також основні принципи та підходи створення і використання засобів діагностування
Хвороба	Патологічний процес, що проявляється порушеннями морфології, обміну речовин і/або функціонування організму чи його частини
Анамнез	Суб'єктивний метод обстеження дитини, що базується на спогадах її чи батьків
Опитування	Це метод збору соціологічної інформації про досліджуваний об'єкт під час безпосереднього (усне опитування, інтерв'ю) або опосередкованого (письмове опитування, анкетування) спілкування того хто опитує з респондентом

Огляд	Комплекс медичних втручань, метою проведення яких є виявлення патологічних станів, хвороб, факторів їх виникнення
Пальпація	Лат. palpatio («обмацування») – метод медичного обстеження
Перкусія	Лат. percussio (вистукування, постукування) – один з найважливіших методів дослідження внутрішніх органів. Метою перкусії є визначення розмірів і меж внутрішніх органів, а також виявлення патологічних утворень
Аускультация	Лат. auscultare (вислуховувати) – вислуховування звукових феноменів, пов'язаних із діяльністю внутрішніх органів, застосовуване для оцінки цієї діяльності та діагностики її порушень
Преморбідний фон	Стан здоров'я і умови життя дитини до теперішнього захворювання
Симптом	Специфічна або неспецифічна ознака хвороби, прояви якої визначаються механізмом розвитку захворювання
Синдром	Відносно стабільна сукупність симптомів, які об'єднані загальним патогенезом
Діагноз	Стислий лікарський висновок про суть захворювання та стан хворого, що виражений термінами сучасної медичної науки
Загальний стан хворого	Комплексне поняття, яке включає сукупність показників, які характеризують функціональний стан різних органів і систем
Свідомість	Усвідомлення своїх думок, почуттів і сприйняття як внутрішньо, так і щодо навколишнього середовища
Тяма	Властивість мозку людини реагувати на оточуючий світ
Постава	Положення тіла під час ходіння, сидіння тощо, властива кому-небудь манера триматися як у спокої, так і під час руху
Експрес-тест	Швидкий тест, який можна застосовувати для діагностування невідкладно на місці
Комп'ютерна томографія	Метод медичної візуалізації в основі якого є рентгенівське сканування
Магнітно-резонансна томографія	Безболісний метод медичної діагностики, що дозволяє діагностувати захворювання без променевого навантаження

5.2. Цікаві клінічні випадки

1. *Вміння проводити професійне опитування, збирати скарги та анамнез – найважливіший навик лікаря, це гарантія поставити на 99 % правильний діагноз.*

Особливості педіатричного опитування полягають у швидкості та активності (лікар сам задає важливі для діагностики питання, не чекаючи поки розкажуть батьки), але ще треба вміти поспілкуватись з дитиною, прийняти до уваги та зрозуміти те, що відчуває безпосередньо вона (скарги – це суб'єктивні відчуття хворого).

*До відомого дитячого кардіолога на консультацію направили дівчинку 10 років. Перед цим мати побувала з нею у 3-х поважних ортопедів з ймовірним діагнозом «ревматоїдний артрит». У дівчинки протягом кількох днів (і вдень, і вночі) спостерігався виражений біль у правому тазо-стегновому суглобі, трималася висока температура тіла 38-39 градусів за Цельсієм. Вона зайшла в кабінет на милицях, бо не могла вже ходити. Лікар при опитуванні звернула увагу, що характерний симптом для ревматоїдного артриту – **ранкова скутість у руках була відсутня.***

*При огляді суглоба – він був гарячий на дотик та болючий при пасивних рухах. За даними УЗД суглоба – ознаки артриту, але зроблений по сіто (терміново) аналіз крові показав: значний лейкоцитоз, прискорене ШОЕ до 40 мм/г, велику кількість паличко-ядерних клітин, що свідчило про гнійний септичний процес. Дівчинку негайно перевели в хірургічне відділення з діагнозом «**остеомієліт**» і вже під вечір прооперували. Якщо затримались ще хоча б на добу, могла б розвинути септична поліорганна недостатність (септичний стан), пацієнці загрожував летальний кінець. До речі, її мати була дуже незадоволена тим, що треба переїжджати в іншу лікарню до хірургії, звинувачувала лікаря, що вона «відмахується» від її доньки, а насправді – дівчинці врятували життя. Так, належна увага до невідповідності характерних скарг сприяла подальшій правильній лікарській стратегії, а родичі не завжди розуміють терміновість професійних дій.*

2. **Ретельний пошук причин хвороби під час збору анамнезу**

Іноді виявлення факторів, які призводять до зміни стану дитини, виникнення хвороби, **нагадує стиль роботи** «слідчого карного розшуку»:

- А) Хлопчик 5,5 років, який не мав хронічних захворювань, не спостерігався і не перебував на диспансерному обліку, протягом грудня 4 рази був госпіталізований зі скаргами на напади утрудненого дихання та дистанційні хрипи. При огляді – шкірні покриви бліді, наявний періоральний ціаноз (синюшність навколо рота) у спокої та наростаючий під час плачу (це вважається фізичним навантаженням), частота дихання та серцево-судинних скорочень прискорена відносно норми за віком, при аускультатії легень (прослуховування стетоскопом) – ослаблене дихання над усією поверхнею легень та поодинокі сухі хрипи. Дитину при першому нападі госпіталізували у стаціонар з діагнозом: «обструктивний бронхіт з дихальною недостатністю 1 ст. тяжкості». Всі лабораторні дослідження показали норму показників. Стан покращився після інгаляцій та внутрішньовенного введення гормонів вже через 6–8 годин, і дитину виписали зі стаціонару. Період між загостреннями хлопчик počував себе добре, лікар не зміг встановити залежність появи наступних нападів від часу доби, прийомів їжі, побутових алергенів. Вже після першої госпіталізації батьки змінили спальне місце, білизну та кімнату, де дитина спала.

Після 4-го нападу ще раз ретельно стали збирати анамнез та встановили, що для новорічного свята у дитячому садочку хлопчику купили **яскравий карнавальний костюм** (плащ, маску, капелюх, туніку). Перед першою госпіталізацією (вона була о 22:00) костюм висів поряд з ліжком, після виписки його перенесли у шафу, а дитину переселили в іншу кімнату. Але вбрання хлопчик одягав на репетицію (напад відбувся в автомобілі батька через 40–50 хвилин після неї, а о 15:00–15:30 – госпіталізація). Далі хлопчик самотійно діставав костюм з шафи, одягав його та спровокував 3-й тяжкий напад (був госпіталізований о 10:30). Четвертий раз потрапили в стаціонар о 14:00 після репетиції з костюмом в руках.

При огляді одягу виявили різкий запах пластмаси від маски та з внутрішньої незабарвленої сторони капелюха. Навіть коротке знаходження костюма в палаті призвело до посилення бронхіальної обструкції. Алергопроби підтвердили наявність антитіл Ig E на силікон, а алергени (побутові, харчові та на пилок) не були виявлені. Дитину пролікували, костюм викинули та протягом 2-х років спостереження алергічних реакцій більше не було.

- Б) На прийом до відомого дитячого гепатолога прийшла мама з хлопчиком 12 років, який виглядав як справжній, упевнений у собі, акселерат 180 см зросту з маленькими вусиками над верхньою губою. Він зовсім не розумів чому його «тягають по лікарнях», бо чудово себе почував. А мати, майже зі сльозами на очах, обійшла з сином багато спеціалістів, які призначали додаткові обстеження та лікування, а картина не змінювалась. Причиною звернень стала випадкова знахідка: при біохімічному обстеженні крові півроку тому у хлопчика виявили значне підвищення рівня печінкових ферментів (АЛТ, АСТ, ГГТ.). Лікар досить довго опитувала матір, та нарешті звернулась до дитини з питанням: «Чим він займається у вільний час, де буває?». Він відповів, що часто тусується у дворі з друзями та ходить на дискотеку. «А ви щось п'єте?», - зацікавилась педіатр. «Частіше за все – пиво». «Багато?». «Ні, не багато: 1–2 банки у день». «А на дискотеці, та як часто ти їх відвідуєш?». «Ми по суботах ходимо та п'ємо тільки **коктейлі**, десь 10–12 за ніч», – нічого не підозрюючи, сказав хлопець.

Лікар підрахувала: дитина щоденно приймає до 1 л в день пива (5 %) – це 50 г чистого алкоголю, крім того в перерахунку на день – десь 1–2 алкогольних коктейлі, а це вже токсичні дози! (Відомо, якщо дорослий чоловік допускає для себе алкоголю 50–80 г /добу, жінка – 30–40 г/добу, а підліток – 20–30 г/добу, то може отримати токсичне враження печінки аж до розвитку цирозу). Отже пацієнт перевищив усі допустимі норми, тому у нього розвинувся «**Алкогольний гепатит**». Коли мати це почула – ледь не втратила свідомість. А лікар пояснила, що потрібно негайно провести відповідне лікування, а шлях до одужання буде нелегким.

В) Мати та бабуся прийшли в травні до педіатра з 10-річним хлопчиком з однією незрозумілою проблемою: протягом останніх 3-х років кожен осінь у дитини спостерігається майже тотальна втрата волосся на голові, а до весни майже повністю відновлюється. При огляді дитини лікар побачила красиве каштанове волосся, без пошкоджень. Родина обійшла багато лікарів та дерматологічних клінік, дитина обстежувалась, приймала лікування, але все повторювалось знову і знову. Звертались і до знахарів, травників та голкотерапевтів, але результату не було. Жінки розповідали, що дитина практично за життя не хворіла, чудово навчається в школі, багато читає. На питання лікаря: «Які є особливості поведінки?», мати зауважила, що хлопець – замкнений. Бабуся додала: «У нього є одна дивина – він дуже любить гризти **сухі макарони**, майже пакетами». У матері з'явилися сльози на очах: «Його батько теж їх любив, але якраз три роки тому трагічно загинув, син дуже важко це переживав...». Лікарка вже зрозуміла, що має справу з **невротичними проявами**. Вирішила ще запитати: «Де дитина відпочиває в літку?». «Всі три місяці проводить на дачі зі мною», – відповіла бабуся. «А Ви не помітили, щоб він жував якусь траву, стебла чи землю? Це буває у нервових дітей», – поцікавилась педіатр. Бабуся, згадуючи, сказала: «Землю точно не їсти-ме, а ось ...**флокси** жує, як макарони. Ніколи б не згадала! У мене їх багато!». Так була знайдена причина облісіння. Флокси – дуже красиві квіти, які квітнуть до серпня, але містять відомий рослинний токсин. Цікаво, що попередні лікарі-дерматологи шукали сліди токсинів у крові, у волоссі, наприклад солі тяжких металів, але не здогадувались про квіти... Бабуся виполола усі флокси, дитину пролікували, більше епізодів таких не траплялось.

3. Уважність до проявів хвороби при огляді

А) З маленького міста на консультацію до професора-педіатра приїхала мати з хлопчиком 4-х років зі скаргою на виражену блідість дитини від народження. Опитування ніяких інших ознак хвороб не виявило. Мати показала велику кількість аналізів крові, консультацій гематологів, гастроентерологів, кардіологів, які патологію не знаходили. Побачивши при огляді харак-

терну для патології нирок тотальну блідість шкірних покривів з **алебастровим відтінком**, лікар попросила аналізи сечі. Але дитині їх не призначали та УЗД нирок ніколи не робили. Після ретельного обстеження стану сечової системи, був встановлений діагноз «вроджений гідронефроз нирки». Дійсно лікарю треба дуже ретельно розвивати спостережливість, вміння помічати при огляді характерні для патологій зміни, чути характерні звукові прояви, запахи тощо, які є важливими симптомами, які збираються по крихтах для встановлення правильного діагнозу.

- Б) Після оглядів у поліклініці у дільничного педіатра та завідуючого відділенням на консультацію до педіатра-доцента батько на руках приніс дівчинку 5 років. Вона була дуже слабка, млява та бліда з інтоксикаційною «синюшністю» під очима. При опитуванні з'ясувалось, що 2 тижні тому дитина перехворіла тяжкою формою грипу, після чого спочатку знизився апетит, трималась субфебрильна (37–37,5 градусів) температура тіла, зростала слабкість, останні 2 дні вона навіть перестала самотійно ходити. Ніяких скарг у дитини не було. При ретельному огляді дівчинки, що називається з голови до ніг, зі зніманням трусиків та шкарпеток, лікар побачила те, що визначило потім правильний діагноз. На шкірі сідниць та стоп спостерігався характерний для «геморагічного васкуліту» дрібно-зірковий (петехіальний), темно-бордовий висип. Досить тяжке ускладнення вірусної інфекції на стан системи крові можна виявити тільки при повному огляді шкіряних покривів, не поспішаючи та не нехтуючи інтимними частинами тіла, тому що це захворювання має специфічну локалізацію висипу. Дівчинку терміново госпіталізували та розпочали інтенсивне лікування, далі навіть перевели в спеціалізоване гематологічне відділення іншої лікарні.

- 4. Оцінювати зміни лабораторних показників необхідно тільки у співставленні з суб'єктивними та об'єктивними даними**
Часто батьки приходять до лікаря з результатами аналізів, які або протирічають один одному, або не узгоджуються зі скаргами, анамнезом та проявами, що виявляються при огляді дитини. Тоді доводиться шукати причину появи таких значень показників, іноді перероблювати дослідження.

В педіатричному відділенні лікується дівчинка 8 міс з діагнозом «Бронхіт». Лікар переглядає в історії хвороби лабораторні дані: у загальному аналізі крові – глюкоза 2,5 ммоль/л (норма), в сечі – 5,0 ммоль/л (підвищення), але кетонових тіл немає. Виникає питання: «Як це може бути? Дебют цукрового діабету?». Лікар призначає на наступний день знову зібрати сечу на аналіз. Мати починає жалітися, що їй важко це робити, навіть сьогодні вдалося зібрати сечу у чашку. «Це ваша чашка? Що Ви з неї пили? Чай з цукром?»,- питає педіатр. «Так, звісно, з цукром н'ю»,- відповіла мати. Так одразу стало зрозумілим, чому такий показник глюкози був саме у сечі.

Н. В. !

Діагностика захворювань у дітей і оцінка їх загального стану – задача часом складніша, ніж аналогічна у дорослих. Обстеження дитини вимагає виняткової уважності, доброзичливості, людяності. Процес діагностики розпочинається вже при першому контакті з хворою дитиною, а збирання анамнезу – це перший крок на шляху до діагнозу.

Об'єктивне дослідження потрібно починати із **загального огляду дитини**. Після цього проводять огляд окремих органів і систем.

Під час загального огляду оцінюють:

- загальний стан дитини (задовільний, середньої тяжкості, тяжкий, вкрай тяжкий);
- положення тіла дитини (активне, вимушене чи пасивне);
- стан свідомості (ясна або сплутана);
- тям (порушена чи не порушена);
- вираз обличчя (спокійний, гримаса болю і т.д.);
- постава (порушена чи не порушена);
- оцінюємо рівень фізичного розвитку (відповідає чи ні віку);
- наявність вроджених та набутих дефектів (косоокість, параліч лицьового нерва, опущення верхньої повіки, деформації черепа, рук, ніг, грудної клітки, хребта);
- колір шкіри (починаємо огляд в напрямку зверху до низу, дитина повинна бути повністю роздягнена, почергово

оглядаємо від голови до кінчиків пальців). В нормі колір шкіри блідо-рожевий, шкірні покриви чисті. При його змінах занотуємо всі порушення;

- оцінюється наявність висипу, крововиливів на шкірі та занотуємо, які саме порушення виявлено;
- ступінь розвитку, розподіл підшкірно-жирового шару;
- колір слизових оболонок (кон'юнктиви, слизова оболонка ротової порожнини). У здорової дитини слизові оболонки чисті, блідо-рожевого кольору;
- у дітей 1 року життя звертаємо увагу на тім'ячко (його форму, розміри, краї, чи вибухає/пульсує).

Детальний огляд, одночасно з іншими компонентами клінічного об'єктивного дослідження (**пальпацією, перкусією й аускультацією**) проводиться при дослідженні усіх органів і систем.

Крім безпосереднього обстеження дитини лікарем в клінічній практиці для постановки діагнозу використовують **лабораторні та інструментальні методи обстеження**, до яких належать:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- біохімічний аналіз крові (включає показники функції нирок, печінки, серцево-судинної системи, обміну речовин та ін.);
- експрес-тести (на виявлення збудника грипу, ковід-19, стрептокової інфекції, рівня глюкози крові та ін.);
- бактеріологічні методи;
- електрокардіограма;
- рентгенографія;
- комп'ютерна томографія;
- магнітно-резонансна томографія та ін.;

N. B. !

При обстеженні дитини необхідно дотримуватись певних умов, які будуть сприяти більш повному отриманню інформації та найменш травматичні:

- Приміщення в якому проводиться огляд повинно бути теплим (температура +24+25), без протягів, світлим (бажано природне освітлення). У разі штучного освітлення краще

застосовувати лампи денного світла. Приміщення повинно мати звукоізоляцію.

- Огляд дитини повинен проводитись тільки в присутності батьків, без сторонніх осіб. Дівчат старшого віку необхідно оглядати лише в присутності матері.
- Необхідно налагодити контакт з дитиною, його батьками чи родичами для успішного проведення огляду.
- Зовнішній вигляд лікаря має бути охайним. Бажано не застосовувати незвичної косметики та різких парфумів.
- Руки повинні бути теплими, охайними, без яскравого манікюру (бажано, щоб нігті були коротко підстрижені). Руки необхідно мити перед кожним оглядом дитини в присутності батьків.

5.3. Обстеження дитини продовжують опитуванням

Опитування (лат-interrogatio) є найважливішим методом обстеження хворих дітей. Цей метод базується на спогадах хворого і тому носить назву **анамнез** (від грец. – спогад). Але він включає також аналіз і оцінку суб'єктивних відчуттів і переживань хворого, які виникають в період захворювання.

При збиранні анамнезу у дитини необхідно дотримуватись певних правил, які дозволяють забезпечити правильний висновок про хворого і належне його лікування:

- Збирати анамнез потрібно терпляче, спокійно, ввічливо і завжди бути готовим до занепокоєння, тривоги, а іноді і до неврівноваженої поведінки батьків чи родичів дитини.
- Потрібно виділяти і відмежовувати достовірні і надумані відчуття хворої дитини та її батьків, значимі і другорядні дані, які вони повідомляють.
- Розпитувати хворого слід, по можливості, без прямих запитань. Насамперед слід вислухати скарги від дитини або матері, докладну історію захворювання, не перериваючи, даючи їм можливість вільно висловитись.
- При необхідності питання до дитини та її батьків потрібно ставити чітко, в зрозумілій, дохідливій формі, і саме цим визначається мистецтво збирання анамнезу.

5.4. Етапи опитування в педіатричній практиці

- ✓ Спочатку необхідно привітатись та познайомитись. Представити себе. Запитати як звати дитину, її батьків.
- ✓ Дітей молодшого віку бажано зацікавити іграшкою, або предметами які для неї цікаві. В процесі гри можна почати розмову з батьками.
- ✓ В розмові з батьками слід вислухати їх та одночасно наводити питання стосовно самої дитини, захворювання, уточнювати необхідну інформацію.
- ✓ До оцінки анамнестичних даних завжди слід підходити критично і не все сприймати на віру, оскільки можливі випадки навмисного перебільшення хворим (або його батьками) своїх почуттів (агравация) і умисне введення лікаря-педіатра в оману неправильними відомостями (симуляція). Особливо це стосується дівчаток пубертатного віку.
- ✓ Небажано під час опитування робити остаточні висновки, особливо негативного плану, про стан дитини та її захворювання, також про дії та методи обстеження і лікування попередніх лікарів.

При опитуванні необхідно дотримуватись певної послідовності

1. Паспортна частина.
2. Анамнез захворювання.
3. Анамнез життя.

1.1. Паспортна частина

Як правило, її заповнює середній медичний персонал, а лікар може переглянути.

- Прізвище, ім'я, по батькові (дитини).
- Дата народження.
- Домашня адреса.
- Дитячий заклад, який відвідує дитина (дошкільний, школа) – група, клас, дата останнього відвідування (це необхідна інформація для збору даних стосовно контактних осіб у разі інфекційного захворювання).
- ПІБ (батьків), вік, де працюють, контактні телефони.

- Діагноз установи, яка направила дитину (якщо дитина поступає на стаціонарне лікування).

1.2. Анамнез захворювання (ANAMNESIS MORBI)

Опитування проводить тільки лікар, починаючи зі скарг. Якщо це дитина старшого віку необхідно скарги уточнити у самої дитини, про скарги у дітей молодшого віку розпитують батьків. Необхідно виявити причину направлення дитини за медичною допомогою.

СКАРГИ. Розпочати необхідно зі скарг, з приводу яких батьки звернулись за медичною допомогою, а не зі скарг, які взагалі є у дитини.

N. B. !

Необхідно пам'ятати!!

- У маленьких дітей до 5–6 років потрібно бути досить уважним в оцінці скарг, оскільки маленька дитина може мати на увазі та описувати багато відчуттів. Іноді діти у вигляді скарг визначають загальне нездужання, сонливість, а іноді просто копіюють поведінку когось з оточуючих для привертання до себе уваги.
- Необхідно уточнити: коли захворіла дитина, що могло бути причиною виникнення скарг, за яких обставин розвинулось захворювання і який перебіг його з першого дня і до моменту обстеження.
- Після опитування лікар отримує відомості про ті чи інші відчуття і переживання, тобто ознайомлюється з суб'єктивними ознаками хвороби, робить припущення про ураження певних систем та органів у дитини.

1.3. Анамнез життя (ANAMNESIS VITAE)

В педіатрії необхідно враховувати, що в різні вікові періоди є ті чи інші особливості, які мають значне клінічне значення.

При зборі анамнезу життя у дітей до 3 років приділяється увага особливостям антенатального, інтранатального та раннього постнатального періодів.

Наприкінці збирання анамнезу життя у лікаря формується враження про преморбідний фон – стан здоров'я і умови життя дитини до теперішнього захворювання.

1.3.1. Анамнез життя дітей раннього віку

1. Вагітність: яка по рахунку, та яка по рахунку дитина. Особливості перебігу вагітності.

2. Пологи: фізіологічні чи патологічні. Особливості перебігу пологів.
3. Фізичний розвиток дитини на першому, другому та третьому році життя (прибавки в масі та зрості, обводах) гармонічний чи дисгармонічний. Патологічні відхилення.
4. Психо-моторний розвиток.
5. Обов'язково розпитують про вигодовування (вид, активність дитини при годуванні, з якого віку введений докорм, прикорм. Режим годування. Харчування дитини до початку теперішнього захворювання.
6. Чи отримувала дитина вітамін Д, з якого віку, тривалість профілактики.
7. Коли з'явились перші зуби, порядок прорізування. Кількість зубів.
8. Які інфекції перенесла дитина, рахіт, діатез, анемія, захворювання органів дихання, сечової системи, інфекційні захворювання (перебіг, ускладнення), хірургічні втручання (коли, які).
9. Вакцинація: яке профілактичне щеплення отримала дитина, в якому віці, реакції на щеплення, ускладнення.
10. Алергічні реакції (який прояв, вид алергена, коли минають).

1.3.2. Анамнез життя дітей старшого віку

1. Яка дитина в сім'ї.
2. Як проходив період раннього дитинства.
3. Поведінка дитини в колективі (шкільна успішність, шкідливі звички).
4. Якими захворюваннями дитина хворіла протягом життя, чи перебуває під диспансерним спостереженням.
5. Травми та оперативні втручання (коли, перебіг, ускладнення).
6. Вакцинація.
7. Алергологічний анамнез.

У всіх дітей та їх батьків питають чи був контакт дитини з інфекційними хворими (сім'я, колектив) для запобігання занесенню інфекції в лікувальний заклад. До збору анамнезу життя відносять і відомості стосовно сімейного анамнезу.

Сімейний анамнез

1. Вік батьків.
2. Стан здоров'я біологічних батьків дитини, найближчих родичів (наявність у них хронічних інфекційних захворювань, пси-

хічних, онкологічних, хронічних захворювань, шкідливих звичок, професійних шкідливостей).

3. Необхідність складання генеалогічного дерева (карти) в межах трьох поколінь, починаючи з хворої дитини до дідусів та бабусь по вертикалі, та до братів та сестер по горизонталі.
4. Соціальний анамнез: психологічний клімат у сім'ї, побутові умови, шкідливості (професійні, побутові, екологічні). Прогулянки, їх тривалість. Режим дня, тривалість сну (денного, нічного).

Епідеміологічний анамнез

Даний анамнез має на меті виявлення можливого джерела інфекції, з чим пов'язує хворий (батьки) своє захворювання.

Контрольні питання до теми:

1. Яка послідовність дій лікаря при проведенні діагностики хворої дитини?
2. Скільки існує анамнезів, чим вони різняться?
3. Яких вимог треба дотримуватись лікарю при огляді хворої дитини?
4. Що входить в анамнез захворювання?
5. Що входить в анамнез життя?
6. Чим відрізняється анамнез життя у дітей раннього віку та у дітей старшого віку?

Тестові завдання:

1. Анамнез – це:
 - А. Суб'єктивний метод обстеження дитини, що базується на спогадах її, чи батьків
 - Б. Активне розпитування пацієнта лікарем
 - В. Аналіз і оцінка суб'єктивних відчуттів пацієнта
 - Г. Відповіді на питання лікаря
 - Д. Роздуми пацієнта стосовно своєї хвороби
2. Діагноз – це:
 - А. Стислий лікарський висновок про суть захворювання та стан хворого, що виражений термінами сучасної медичної науки
 - Б. Констатація фактів пацієнтом

- В. Висновки лікаря на основі опитування хворого
 - Г. Стислий запис в історії хвороби
 - Д. Опис стану пацієнта
3. Послідовність проведення діагностичного процесу лікарем:
- А. Анамнез життя, анамнез захворювання, опитування, об'єктивне обстеження
 - Б. Опитування, анамнез захворювання, анамнез життя, об'єктивне обстеження
 - В. Об'єктивне обстеження, опитування, анамнез життя, анамнез захворювання
 - Г. Об'єктивне обстеження, опитування, анамнез захворювання, анамнез життя
 - Д. Анамнез захворювання, об'єктивне обстеження, опитування, анамнез життя
4. Під час збирання скарг хворої дитини необхідно:
- А. Спитати, чим хворіла дитина протягом життя
 - Б. Спитати, який тип вигодовування був у дитини
 - В. Спитати, які скарги на момент звернення до лікаря турбують пацієнта
 - Г. Спитати, які захворювання є у родичів хворої дитини
 - Д. Спитати, які обстеження стосовно даного захворювання проводились пацієнту
5. Знання особливостей періодів допологового та раннього після пологів важливі при зборі анамнезу у дітей:
- А. Лише новонароджених
 - Б. Дітям до 1 року
 - В. Дітям до 3 років
 - Г. Дітям до 5 років
 - Д. Дітям до 18 років
6. Інформація про епідемічне оточення хворої дитини описується в:
- А. Анамнезі життя
 - Б. Анамнезі захворювання
 - В. Скаргах хворого
 - Г. Паспортній частині історії хвороби
 - Д. Після встановлення діагнозу

7. При лікарському огляді хворої дитини перш за все звертають увагу на:
 - А. Стан шкіри та слизових оболонок
 - Б. Підрахунок ЧСС та ЧД
 - В. Вимірювання температури
 - Г. Оцінку загального стану дитини
 - Д. Настрій та поведінку хворої дитини
8. Паспортну частину Історії хвороби заповнює:
 - А. Палатна медична сестра у відділенні
 - Б. Лікар приймального покою в приймальному покої
 - В. Лікуючий лікар в ординаторській
 - Г. Медична сестра приймального відділення в приймальному відділенні
 - Д. Самі батьки в реєстратурі
9. Огляд дитини повинен проводитись лікарем:
 - А. Самостійно лікарем, без батьків
 - Б. Разом з медичним персоналом
 - В. Лише в присутності батьків чи опікунів
 - Г. Тільки за бажанням дитини
 - Д. В присутності усіх, хто прийшов з дитиною
10. Заключний діагноз виставляється:
 - А. Після проведення попереднього огляду
 - Б. Після отримання лабораторних та інструментальних даних
 - В. Після збору анамнезу, опитування, проведення діагностичного обстеження та проведеного лікування
 - Г. Після з'ясування скарг пацієнта
 - Д. Після перегляду попередніх діагнозів пацієнта

Література:

1. В. Г. Майданник, В. Г. Бурлай, О. З. Гнатейко. Пропедевтична педіатрія. 2018.
2. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява». 2023. 264 с.
3. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 326 с.
4. Рошин О. А. Цікаві випадки з практики чудових лікарів : зб. / К. : ТОВ «Вб»Аванпост – ПРИМ», 2017. 228 с.



Розділ VI

ОСОБЛИВІ КОМУНІКАТИВНІ НАВИЧКИ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ПЕДІАТРИЧНОГО ПРОФІЛЮ

*«Слухати та почути пацієнта –
найскладніша та найнефективніша
зброя в руках лікаря»*

Б. Лаун

6.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Комунікація	Це процес спілкування і передачі інформації між людьми або їх групами у вигляді усних і письмових повідомлень, мови рухів тіла і параметрів мови
Спілкування	Процес встановлення і розвитку контактів між людьми, породжений потребами у спільній діяльності
Стереотипи	Спрощені думки стосовно людини або ситуації, в результаті немає об'єктивного аналізу і розуміння людини, ситуації, проблеми
Упереджене ставлення	Схильність нехтувати усім, що суперечить власним поглядам, все незвичайне, нове
Нехтування фактами	Звичка робити висновки за відсутності достатнього підтвердження інформації
Напівзакрита комунікація	Однобічне випитування, при якому лікар намагається отримати від пацієнта усю необхідну йому інформацію, не відкриваючи свого бачення сутності проблеми пацієнта

<p>Формальне спілкування</p>	<p>Коли лікар не прагне зрозуміти та врахувати особливості особистості пацієнта, а використовує звичні маски: ввічливості, скромності, співчуття – набір виразів обличчя, жестів, стандартних фраз, що дають змогу приховати його справжні емоції, ставлення до пацієнта</p>
-------------------------------------	--

6.2. Цікаві клінічні випадки

1. *Телефонне спілкування – нові дистанційні форми діагностики Ковідної ери медичного обслуговування*

Всі лікарі знають, що «ставити діагнози по телефону» – це табу, треба пацієнта бачити своїми очима, безпосередньо спілкуючись з ним та його батьками, провести як мінімум весь комплекс об'єктивного обстеження. Але з 2019 року, коли почалась пандемія на Ковід-19, це правило порушили, допускаючи дистанційне обслуговування пацієнтів, навіть по телефону. Безумовно, такий спосіб потребує більшого досвіду і в комунікації, і в професійних знаннях.

*Так, телефонує лікарю добре їй відома мати хлопчика та розповідає, що десять днів тому у її сина-підлітка була **ангіна**, вони одразу звернулись до ЛОР-лікаря, який призначив курс антибіотика та полоскання горла. Тиждень дитина лікувалась, температура нормалізувалась, загальний стан задовільний, трохи поболіло горло при ковтанні. Вони пішли отримати виписку та довідку у школу, а лікар призначає наступний антибіотик, посиляючись на те, що є **значне почервоніння задньої стінки глотки**. Мати не могла зрозуміти, чому до сих пір «червоне горло»? Адже дитина почуває себе практично здоровою, і вони так ретельно лікувались місцевою терапією. Ось і зателефонувала педіатру у розгубленому стані, чи дійсно треба купувати антибіотик і проходити наступний тижневий курс? Лікар звернула увагу на акцентуванні матір'ю на тому, якою масивною терапією вони обробляли горло дитині та запитала, що саме використовували? Виявилось, що це були 3–4 спреї, кожний з яких використовували 3–4 рази на день, а в своєму складі ці засоби мають або етанол, або йод. Розгадка причини почервоніння лікарю*

прийшла сама собою: «Так ви зробили дитині опік слизових оболонок ротоглотки на фоні запалення, тому й тримається почервоніння та легка болючість при ковтанні! Не треба 2–3 дні пити антибіотик, візьміть ранозагоювальні засоби для слизових оболонок, та спостерігайте за станом дитини. Якщо через 3 дні буде покращення, то можете йти у школу». Потім мати перетелефонувала й дуже дякувала лікарю: «Як це Вам вдалося, не дивлячись у горло зробити правильний висновок та запобігти непотрібній антибіотикотерапії?». «Просто ви не розповіли отоларингологу чим оброблювали зів», – захистила колегу педіатр.

2. Закон деонтології медиків говорить: не можна перед пацієнтом звинувачувати колегу в помилкових діях!

У педіатричне відділення поступив хлопчик 10-ти років з **больовим синдромом в поперековій ділянці**, а в аналізах сечі – підвищений рівень еритроцитів, лейкоцитів та мікроальбумінурія (незначна кількість білка). Дитині зробили УЗД нирок, поставили діагноз «**пієлонефрит**» (запалення лоханки нирки), призначили антибіотикотерапію. Незважаючи на отриманий повний 2-х тижневий курс, біль не тільки не минув, а навіть посилювався. З'ясувалось при ретельному огляді, що біль локалізується ближче до центру, в ділянці крижової кістки та всередині тазу, при пальпації визначалась болюча клубова кістка. Лікар призначила рентгенологічне обстеження, на якому виявилась «**саркома Юїнга**» – тяжке захворювання. Дитину перевели до онкологічного стаціонару. Коли хлопчика там побачив завідуючий відділенням, став кричати матері: «Де ви були раніше? Хто це вам лікував пієлонефрит? Ви втратили багато часу...» Хоча, зрозуміло, що така хвороба за 2 тижні не могла сформуватись.

На лікування дитини знадобилося багато грошей, матері довелося продати свою квартиру, але, попри все – дитина, на жаль, померла....

Минуло 16 років, завідуюча відділенням, яка вела цю дитину з приводу пієлонефриту виступала по телебаченню, давала інтерв'ю. На наступний день в її кабінет зателефонувала жінка й стала кричати у трубку: «Ти – така красива, успішна,

виступаєш на ТБ, а моя дитина померла, квартири немає. У всьому, що сталося, ти – винна». Лікар розгубилась, але відповіла: «Тамара (вона навіть пам'ятала, як звали матір), прийди до мене, поговоримо. Якщо хочеш, я допоможу тобі – візьму санітаркою у відділення. Ти розумієш – який це був діагноз?! Я перша його поставила, всі до мене навіть не здогадувались, що треба робити рентген тазу, а ти мене звинувачуєш...». Мати тільки відповіла: «Так сказав хірург...». Якщо б онколог усвідомив ситуацію, розповів матері, що захворювання невиліковне, розвинулось не за день і не за 2 тижні, жінка так довго б не страждала, звинувачуючи невинного педіатра.

3. Захворювання дітей провокуються та коригуються психологічним мікрокліматом у родині, на що педіатр може впливати

- А) На практиці багато лікарів мають досвід, коли, наприклад, 6-річний хлопчик відповів гострою виразкою шлунка на **розлучення батьків**, в іншій родині у схожій ситуації у підлітка розвинувся цукровий діабет. Маса випадків, коли у дитини починається нічне нетримання сечі уві сні (енурез), коли **мати з бабусею-свекрухою не знаходять спільну мову**. Або у молодшого братика чи сестрички при конфліктних суперечках зі старшими провокується заїкання або інші тикозні розлади.
- Б) З розповіді дільничого педіатра, яка спостерігає дружну родину з 5-ма дівчинками та одним хлопчиком, якому виповнилось 5 років. Одного разу, у зимовий день її викликали на дім до середньої сестрички. В неї був жар, слабкість та утруднене дихання, огляд показав, що потрібна **негайна госпіталізація**. Всі діти дуже засмутилися. Братик закликав інших не шуміти, віддав свою улюблену машинку, приніс пакет з яблуком та апельсинкою, ніжно гладив голівку та ручку сестрички. Мати зі сльозами запевнила лікаря, що буде ретельно виконувати всі призначення, тільки б залишили їх удома. Педіатр, яка побачила у хворій дівчинки **атмосферу теплої підтримки в родині**, враховуючи відповідальну поведінку мами, батько одразу побіг в аптеку з рецептами на ліки, вирішила піти на ризик та залишити дитину вдома на добу під спостереженням. Увечері задзвонив телефон, і старша сестричка дівчинки доповіла:

«Лікарю, не хвилюйтеся, у нас все добре: температура нормалізувалась, з'явився апетит, стала гратися іграшками». «Дуже добре, продовжуємо лікування!»,- відповіла педіатр та подумала: «дійсно в гармонійній, духовно чистій родині, де панує взаємодопомога та любов – хвороби швидко відступають...».

4. **Особливості спілкування педіатра з підлітками**

Коли у кабінет заходить підліток, зазвичай, педіатр внутрішньо збирається, розуміє, що знадобиться подвійна увага до дрібниць, потужне терпіння, мобілізація усіх знань, досвіду з різних галузей медицини. Адже підліток не розуміє навіщо його майже насильно привели до лікаря, тримають на дієті, забороняють сидіти годинами в Інтернеті, гуляти з друзями, займатися улюбленим спортом, змушують приймати ліки, уколи, проходити багатотижневі обстеження. Він байдужий до проявів своїх хвороб та хвилювань батьків. А останні з надією привели його до лікаря як до авторитетної останньої інстанції, яка зможе «достукатись» до свідомості їх дитини, переконати в тому, що треба розібратись зі станом здоров'я, зробити все для одужання.

Відкриваються двері кабінету, і лікар одразу розуміє, що заходять 15-річний хлопчик та його змучена мати як **дві войовничі сторони**. Дитина – бліда та в'яла, хоч і тримається незалежно та навіть зухвало. Мати просить допомогти «приструнити» сина, розповідає, що він став погано вчитися, засинає над підручниками і так втомлюється, що майже щодня лягає після школи спати, чого раніше не відбувалось. На питання – що болить, відповідає, що все нормально, цілими днями проводить час чи за комп'ютером, чи з друзями гуляє. Лікар оглянула хлопчика, стала пальпувати живіт: у ділянці епігастрія він скривився від болю. На питання: «Який в тебе стілець?», відповідає: «Нормальний», «А ти знаєш, який – нормальний?». Підліток замовк. А лікар зрозуміла, що потрібна з ним бесіда наодинці. Попросила матір вийти з кабінету. Стала питати, чим цікавиться в соцмережах, чи багато друзів у «фейсбуці»? Хлопчик пожвавішав, навіть здивувався: «Ви такі комп'ютерні слова знаєте, які навіть моя мати не використовує!». Лікар за це «зачепилась» та спитала: «Ти в Інети не дивився про

зміни свого стільця, зараз всі шукають там відповіді?». Дитина опустила очі й каже: «Дивився...він поганий...». Педіатр здогадалась: «Він чорний?». «Звідки Ви знаєте?» – здивувався хлопчик. Так з'ясувалось, що вже кілька днів у хлопчика стілець рідкуватий та абсолютно чорний. А це ознака **«німої юнацької виразки шлунку»**. Педіатр дуже спокійно та доброзичливо пояснила дитині, що захворювання дуже небезпечно навіть для життя та потребує спеціального довготривалого лікування. Запевнила, що все буде добре, тому що прийшли вчасно, але треба виконувати всі призначення. Матері лікар пояснила як необхідно вести себе з дитиною, якій слід уникати стресових ситуацій. Хлопчика одразу госпіталізували, підтвердили **«кровоточиву виразку шлунку»** та розпочали терапію. Через місяць вони прийшли до лікаря, дружно підтримуючи один одного, у доброму настрої, з покращенням стану здоров'я. Педіатр розповіла як необхідно далі підтримувати дієту, уникати напруження, приймати ліки.

5. Особливості спілкування з занадто впевненими у собі батьками

А) До гастроентеролога у 90-х роках за направленням зі спортивного диспансеру звернулась дівчинка 12 років, у якої виявили підвищення активності печінкових ферментів – трансаміназ (АЛТ/АСТ). Батьки одразу попередили лікаря, що їх донька – дуже перспективна спортсменка, чемпіонка з гімнастики. Коли дитину ретельно обстежили, виявилася причина: **«Хвороба Вільсона-Коновалова»** – тяжке вроджене порушення обміну міді, у дівчинки – вже у стадії початкового цирозу печінки. Тоді не було сучасних препаратів лікування хвороби, трансплантація печінки теж існувала тільки у наукових статтях. Дуже складно лікарю було підібрати слова, щоб надати якусь надію на можливі перспективи життя дитини, а батьки збентежились: «А як же тренування, вона ж чемпіонка?». Вони ніяк не могли зрозуміти, наскільки тяжке захворювання у доньки, яке загрожувало її життю, а про гімнастику треба забути зовсім, але їх цікавила тільки її спортивна кар'єра. У дуже незадоволеному стані пішли від лікаря...

Б) До дитячого ендокринолога прийшов батько з дитиною 5 років, у якої поставили діагноз **«цукровий діабет 1 типу»**. Він почав

навчати лікаря, що одразу дітям не треба призначати інсулін, оскільки у них ця хвороба виліковується. «Лікування дуже просте. Треба щодня дитину саджати у ванну з водою, та вона повинна повторювати: «Я-цукор, я-цукор, я розчиняюсь, я розчиняюсь... І, знаєте, – увесь цукор піде з водою!», - з виглядом експерта розповів батько. Лікарка звісно намагалась пояснити необхідність замісної терапії при діабеті, але він все заперечував. Через кілька днів вони знов прийшли, і батько запевнив, що він згоден, але просив не призначати лікування, а спробувати вегетаріанську дієту. Лікар не знала, що на це можна відповісти, тільки повторила термінове призначення терапії. В результаті дитина в коматозному стані потрапила у стаціонар, після чого чоловік все усвідомив. Ситуація закінчилась благополучно, тепер ці пацієнти стали найвідповідальнішими серед усіх.

6.3. Основні правила комунікації медичного персоналу в педіатричній практиці

N. B. !

Головні завдання ефективного професійного спілкування в педіатрії це:

- отримання **ДОВІРИ** у малечі та її батьків – важлива основа взаємовідносин. Недарма говорять лікарі: « я **ВЕДУ** пацієнта», не «лікую», дійсно ніби веде за руку, як мати свою дитину, щоб хворий відчував постійну підтримку;
- **максимально ТЕРПЛЯЧЕ** та **УВАЖНО** прислуховуватись до всієї інформації, яку надають оточуючі дитини, особливо **МАТИ**, яка раніше помітить, відчує те, що може не побачити навіть найдосвідченіший лікар;
- **правильно спрямувати батьків, головних помічників лікаря, у отриманні перемоги над хворобою дитини, бути вибіркоким психологом: занадто тривожних з «трагічними очима» – не лякати, а спокійно надати розумні поради, й, навпаки, зарозуміло впевненимх у своїх знаннях про успішне майбутнє своєї дитини чи хибних уявленнях в медицині, що «нічого страшного не відбувається» наполегливо доводити серйозність стану чи небезпечного розвитку хвороби;**

- *мотивувати на боротьбу з хворобою, завжди надавати НАДІЮ на одужання, знаходити «ниточку, за яку треба триматися», для чого треба терпіти та жити.*

Як писав Ніцше, «У кого є НАВІЩО, той витримає майже будь-яке ЯК».

- Діяльність медичних працівників будь-якої спеціалізації безпосередньо пов'язана з спілкуванням з людьми.
- Важливим у роботі медичних працівників є вміння зрозуміти пацієнта будь-якого віку, підтримати його, налаштувати на одужання.
- Успішна комунікація між лікарем, усім медичним персоналом і хворою дитиною та її батьками базується на підтримці, повазі, розумінні і співчутті.
- Медичний працівник викликає довіру в пацієнтів у тому випадку, коли він є гармонійною, спокійною та впевненою, але не гордовитою особистістю.
- Приймаючи серйозні рішення, медичний працівник повинен зрозуміти наслідки своєї діяльності для здоров'я і життя пацієнта й цим самим посилювати в собі почуття відповідальності.
- При спілкуванні з дитиною важливий перший контакт, під час якого лікар повинен завоювати довіру дитини та її батьків.
- Страх, який притаманний дитині, також може бути присутнім і у її батьків. Його слід усунути ще на етапі спілкування.
- Лікар та медсестра повинні розмовляти навіть з дитиною грудного віку. При цьому елементи невербального спілкування, такі як посмішка, дотик, дружній погляд мають велике значення.
- Першою передумовою успішного спілкування медичного персоналу з дитиною є знання особливостей фізичного, психологічного розвитку та кожного періоду розвитку дитини.
- Найчастіше діти говорять прямо, саме те, що вони відчувають. З іншого боку, травмована або налякана дитина може не зрозуміти, що з нею відбувається, і може недостовірно розказати про свої відчуття.

- Для пояснення ситуації використовуйте прості, зрозумілі фрази. Не перевантажуйте інформацією і переконайтеся, що дитина вас зрозуміла (табл. 6, 7).

Таблиця 6

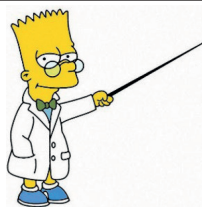
N. B. !

6.4. Комунікація педіатричної медичної сестри



Загальні правила та етапи спілкування медичної сестри з педіатричним пацієнтом



- Зосередити спілкування, в першу чергу, на дитині, у другу – на матері або супроводжуючій людині
- Привітатись
- Представитись
- Звернутись до дитини та запитати її ім'я
- Дізнатись, як звертаються до неї у сімейному колі, у шкільному колективі та як би вона хотіла, щоб до неї зверталися
- Створити з дитиною мовний контакт, або контакт за допомогою іграшки, книжки. Це допоможе у боротьбі зі страхом та невпевненістю, дозволить активно співпрацювати
- Показати дитині відділення, палату, медичний кабінет для огляду
- Познайти дитину з іншими дітьми у палаті
- Показати ігрову кімнату, іграшки та книги
- Розповісти про людей у лікарні – лікарів, медсестер, вчителів, нових друзів
- При спілкуванні з хворими дітьми медичній сестрі бажано: активно слухати дитину (співпереживати її почуттям), не сміятися з того, що говорить дитина



Помилки та недотримання правил спілкування медичної сестри з педіатричним пацієнтом

- У спілкуванні орієнтація в першу чергу на батьків чи супроводжуючу особу, а не на саму дитину
- Забуває привітатись і представляється
- Звертається до дитини лише на «ти» або на прізвище, а не по імені
- Не показує дитині палату та оглядовий кабінет
- Не знайомить її з іншими дітьми в кімнаті
- Не слухає активно дитину і не вирішує проблему в палаті
- Вважає зайвим пояснити дитині суть обстеження чи процедури
- Ігнорує питання дитини і, можливо, не говорить правди
- Під час лікування та інших процедур медсестра не дотримується інтимності
- Критикує дитину перед іншими дітьми у палаті
- Повідомляє батькам про несприятливий звіт або діагноз

6.5. Комплексний підхід у комунікації педіатра

 <p>Вербальні особливості спілкування педіатра з пацієнтом</p> <ul style="list-style-type: none"> • краще звертатись до пацієнта особисто на ім'я, але іноді для згладжування напруги в спілкуванні допустиме звернення у множинному числі (скільки вам років?, на що ви скаржитесь?) • допустимо використовувати у спілкуванні з пацієнтами наймолодшого віку слів із зменшувально-ласкавими суфіксами (горлечко, спинка, ніжки, ручки, сердечко та інше) • бажано вживати слова з позитивною емоційною окрасою, які відображають гарну поведінку дитини, а також використання риторичних питань (а хто це в нас тут такий великий і розумний хлопчик..., молодець, як ти мені гарно показав своє горлечко...) 	 <p>Невербальні особливості спілкування педіатра з пацієнтом</p> <ul style="list-style-type: none"> • негучний, ласкавий і доброзичливий тон голосу • відкриту позу лікаря, його посмішку при спілкуванні • відкритий погляд • спокійні, обережні та акуратні рухи
--	--

6.6. Особливості спілкування з пацієнтами різних вікових груп

Комунікація медичного персоналу з дітьми віком 3–6 років

- Для дітей цього віку характерним у ставленні до хвороби є відсутність усвідомлення хвороби в цілому, невміння правильно і чітко формулювати скарги, сильні емоційні реакції на якісь окремі симптоми хвороби, сприйняття діагностичних та лікувальних процедур як жахливих.
- Діти цього віку активно розвивають свою мову, мислення, пам'ять, уяву та емоції. Вони люблять ставити питання, грати, фантазувати та вчитися новому.

- **Під час спілкування з батьками дітей молодшого віку треба їх відволікати іграшками, дати можливість малювати, а при проведенні маніпуляцій – задавати питання про їх захоплення, про те, що чи кого вони люблять: «заговорювати зубки».**

Принципи комунікації лікаря з пацієнтами 3–6 років:

- Підтримувати дружній та довірчий контакт з дітьми. Запитувати дозволу перед тим, як проводити огляд чи процедуру. Давати дитині вибір, коли це можливо, наприклад, яку руку показати чи який інструмент використати.
- Використовувати зрозумілу та просту мову, адаптовану до віку та рівня розвитку дитини. Пояснювати дітям мету та суть обстеження чи лікування, використовуючи конкретні та позитивні формулювання. Наприклад, при проведенні діагностичної процедури, замість «Я колотиму тебе голкою» сказати «Я робитиму тобі укол, щоб ти швидше одужав».
- Привертати увагу дитини за допомогою гри, оповідання чи пісні.
- Використовувати іграшки, книги, малюнки чи інші предмети для демонстрації чи ілюстрації того, що ви хочете сказати чи зробити.
- Слухати дитину уважно та відповідати на її запитання чесно та докладно. Визнавати та враховувати емоції дитини, висловлювати співчуття та підтримку.
- Співпрацювати з батьками чи іншими близькими людьми у спілкуванні з дитиною.
- Узгоджувати з батьками ступінь їхньої участі у спілкуванні з дитиною, поважаючи право дитини на конфіденційність та самостійність навіть у цьому віці. Допомогати батькам спілкуватися з дитиною про хворобу та лікування, надаючи їм необхідну інформацію та рекомендації.

Принципи комунікації медсестри з пацієнтами 3–6 років:

Потрібно відповідати на питання у спілкуванні і не ігнорувати їх. Важливо залучати дитину до соціальних ігор.

Медсестра активізує спілкуванням дитину, яка виконує прості команди, розмовляє з нею у кожній ситуації та моменті.

Медсестрі необхідно розповісти дитині про болючість процедури і підготувати її до болю.

Не слід дорікати дитині за незграбність.

Якщо дитина не розуміє інформації, медичній сестрі рекомендується демонстрація діяльності.

N. B.!

Комунікація медичного персоналу з дітьми віком 6–10 років

Діти цього віку вже здатні до логічного мислення, розуміння причинно-наслідкових зв'язків, абстрактних понять та символів. Вони цікавляться своїм тілом, здоров'ям та хворобами, і можуть ставити багато запитань.

Принципи комунікації лікаря з пацієнтами 6–10 років:

- Поважати дітей як самостійних особистостей, враховувати їхню думку, бажання та почуття, не ігнорувати чи нехтувати ними.
- Пояснювати дітям мету та суть обстеження або лікування, використовуючи зрозумілу та доступну мову, що підходить для їхнього віку та рівня розвитку.
- Уникати складних термінів, метафор чи аналогій, які можуть спричинити неправильне розуміння чи страх.
- Дати дітям можливість ставити запитання та відповідати на них чесно та докладно. Не ухилятися від відповідей на важкі чи неприємні питання.
- Підтримувати діалог та зворотний зв'язок із дітьми, перевіряти їх розуміння та уточнювати незрозумілі моменти.
- Створювати довірчу атмосферу та підтримувати позитивний настрій дітей. Використовувати похвалу, заохочення, гумор, гру чи інші методи зниження тривожності і підвищення мотивації дітей до співпраці.
- Враховувати індивідуальні особливості, інтереси та потреби дітей, адаптувати свій стиль комунікації до кожної дитини.

- Залучати батьків або інших близьких людей до спілкування з дітьми.

Принципи комунікації медсестри з пацієнтами 6–10 років:

- Медсестра повинна звертатись до дитини відповідним чином і за правилами, які оговорені вище.
- Важливо активне слухання, приємна посмішка.
- Необхідно уникати глузувань з того, що скаже дитина.
- Пояснення своїх дій медсестрі слід адаптувати до віку пацієнта.

N. B. !

Два найскладніших періоди життя дитини потребують ретельної уваги – новонародженості та підліткового віку

Комунікація медичного персоналу з дітьми віком 11–18 років

- З фізіологічної точки зору, підлітковий вік – це велика енергія зросту, буря гормональних процесів, це поєднання високого напруження та неврівноваженості всіх проявів реагування в організмі.
- Для пацієнтів цієї вікової категорії характерне переважання психологічної домінанти віку – «рівняння на дорослість», бравада для підлітків є формою самозахисту при внутрішній психологічній вразливості.
- Діти цього віку часто зневажливо ставляться до хвороби, факторів ризику.
- Підлітки є активними та самостійними учасниками свого здоров'я і мають право на конфіденційність, поінформовану згоду та повагу з боку лікаря.

Принципи комунікації лікаря з пацієнтами 11–18 років

1. Починати спілкування треба з бесіди з батьками/матір'ю, яким треба тактовно пояснити, що вести хронічні сімейні війни (які, як правило грають роль провокаторів хвороб) навіть гірше, ніж разові погіршення дієти чи режимні порушення (тривалість сну, використання гаджетів, спортивне чи розумове перенавантаження).

Дітям у цьому віці дуже потрібен захист та допомога, якої вони гостро потребують, але відмежовуються від неї, тому що бояться. Вони фізіологічно стають слабкими, починають часто хворіти, проявляється саме в цей час вроджена чи спадкова патологія, яку буває важко відрізнити від функціональних змін, пов'язаних з перепадами гормонів!

Необхідно переконати батьків, що треба послабити заборони, але ж до МАКСИМАЛЬНО ДОПУСТИМИХ. Тільки з таких позицій лікар зможе дитині допомогти, коли стає підлітком не нападником, а союзником, зможе отримати головне – ДОВІРУ, як базову основу спілкування й визначення необхідної інформації для діагностики та подальшого лікування.

- 2. На другому етапі, коли дитина зрозуміє, що лікар – це сторона його захисту, треба попросити батьків залишити кабінет та доброзичливо й спокійно поспілкуватись з підлітком наодинці, домовившись про збереження конфіденційності інформації. Таким чином, часто можна отримати такі «таємні» факти, які зможуть розкрити лікарю відповіді на питання про причини появи та розвитку патологічних проявів у дитини.*
- 3. На третьому етапі треба ретельно пояснити необхідність проходження обстеження та відповідного лікування, яке дитина вже далі буде проходити абсолютно погоджено та свідомо як співучасник процесу отримання одужання.*

Необхідно:

- Оцінювати індивідуальну здатність підлітка, розуміти наслідки ризикованої поведінки, приймати рішення та відповідати за своє здоров'я.
- Враховувати ступінь зрілості, розвитку, освіти та культури підлітка, а також його особисті цінності та переконання.
- Оцінювати роль батьків або інших опікунів у здоров'ї та лікуванні підлітка. Сприяти співпраці та довірі між підлітком,

батьками та лікарем, визнаючи важливість сімейної підтримки та захисту.

- Уточнювати очікування щодо конфіденційності та поінформованої згоди. Пояснювати підлітку та батькам, які аспекти здоров'я та лікування можуть бути обговорені без розголошення, а які потребують згоди чи повідомлення батьків.
- Дотримуватись законодавства та етичних норм щодо захисту персональних даних підлітків, а також щодо запобігання завдання шкоди собі чи іншим.
- Зустрічатися віч-на-віч з підлітком і піднімати чутливі теми, такі як сексуальне здоров'я, наркотики, алкоголь, насильство, депресія і т.д.
- Використовувати відкриті та ненав'язливі питання, висловлювати інтерес та емпатію, не засуджувати чи критикувати.
- Надавати підлітку достовірну та актуальну інформацію про ризики та наслідки різних видів поведінки, а також про доступні ресурси та послуги з профілактики та лікування.
- Використовувати лікарсько-пацієнтське ставлення для персоналізації повідомлень про зниження ризиків та покращення здоров'я.
- Враховувати індивідуальні особливості, інтереси та потреби підлітка, адаптувати свій стиль комунікації до кожного пацієнта.
- Мотивувати підлітка до зміни поведінки, використовуючи позитивне підкріплення, цілеспрямованість, самоефективність та впевненість.

Принципи комунікації медсестри з пацієнтами 11–18 років

- Зростають вимоги до поваги автономії та інтимності пацієнта.
- Слід бути особливо уважними з пацієнтами підлітками, оскільки останні можуть виступати провокаторами різних ситуацій.
- Потрібно пам'ятати, що пацієнт–підліток, як правило, вже має попередню інформацію про ту чи іншу медичну сестру від сусідів по палаті.

N. B. !

Комунікація медичного персоналу з новонародженими та дітьми перших 3-х років життя

Комунікація лікаря з новонародженими дітьми та дітьми до року є важливою частиною неонатологічної та педіатричної практики.

Лікар повинен вміти спілкуватися не лише з батьками, а й із самими дітьми, враховуючи їхній фізичний, психологічний та емоційний розвиток.

Принципи комунікації лікаря з новонародженими та дітьми перших 3-х років життя

- Лікар повинен вміти розпізнавати та інтерпретувати сигнали, які передають діти своєю поведінкою, мімікою, жестами, плачем, звуками тощо.
- Лікар повинен враховувати індивідуальні особливості розвитку кожної дитини, а також її біологічний ритм, характер, темперамент та особистість, прагнути створити комфортну та безпечну атмосферу для дітей.
- Потрібно уникати стресу, болю, страху та неприємних відчуттів, поважати право дітей на самостійність та вибір, наприклад, дозволяти дітям обирати іграшку чи одяг.
- Лікар має активно залучати батьків до комунікації з дітьми, визнаючи їх роль як основних учасників здоров'я та лікування дітей, повинен слухати та відповідати на запитання та побоювання батьків, висловлювати співчуття та підтримку, консультиувати батьків, як вони можуть допомогти своїм дітям у процесі лікування, наприклад, як забезпечити оптимальні умови для розвитку, харчування, сну та гри.
- Лікар повинен використовувати різні методи для покращення комунікації з дітьми та батьками, такі як ігри, книги, картинки, музика чи інші предмети.

N. B. !

В педіатричній практиці хворі діти і їх батьки виступають як єдиний комплексний пацієнт. Модель спілкування має принцип, зображений на схемі (рис. 20):



Рис. 20. Модель спілкування на педіатричному прийомі

Основні принципи та рекомендації щодо комунікації лікаря з батьками педіатричних пацієнтів такі:

- Лікар має прагнути до створення довірчих та дружніх стосунків з батьками. Потрібно проявляти інтерес та повагу до батьків, вітатись, називати їх на ім'я, висловлювати подяку за їх участь та співпрацю, уникати формальності, жаргону чи авторитарності у спілкуванні.
- Лікар повинен надавати батькам достовірну та зрозумілу інформацію про стан здоров'я, діагноз, лікування та прогноз щодо їхньої дитини, використовувати просту та доступну мову, уникати складних термінів або абревіатур, пояснювати батькам мету та суть обстежень чи процедур, а також можливі ризики чи побічні ефекти.
- Лікар має давати батькам можливість ставити запитання та відповідати на них чесно та докладно.
- Лікар повинен висловлювати співчуття та підтримку батькам, які переживають за своїх дітей, визнавати та враховувати емоції батьків, такі як страх, гнів, вина чи заперечення, допомагати справлятися зі стресом, пропонуючи їм різні стратегії чи ресурси.
- Лікар повинен враховувати думку та бажання батьків щодо здоров'я та лікування дітей, запитувати батьків про їх очікування, побоювання, переваги або цінності, поважати

право батьків на поінформовану згоду чи відмову від лікування, обговорювати з батьками різні варіанти лікування, вказуючи на їхні переваги та недоліки, прагнути до досягнення згоди з батьками щодо плану лікування.

- Неприпустиме звернення до батьків типу «мамочка», «мама», або «тато» і таке інше, воно викликає непорозуміння як у самих батьків, так і у дітей.
- Варто нагадати і про повагу до почуттів пацієнта. Фраза лікаря: «Та що ви тут розпереживались, хіба це проблема» – може відбити бажання надалі спілкуватись із лікарем, а то й зовсім відмовитись від лікування. Батькам хворої дитини важливо, щоб їх не тільки вислухали, а й почули.
- На надання допомоги некомпетентним та недієздатним пацієнтам лікар повинен отримати згоду батьків, опікунів чи їх законних представників.
- Якщо вік і стан неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, допускають можливість адекватного розуміння ними того, що відбувається, лікар повинен роз'яснити їм необхідність, мету і методи передбачуваного медичного втручання.
- Якщо неповнолітній вимагає конфіденційності в наданні медичних послуг, лікар повинен з'ясувати причини, з яких пацієнт не бажає інформувати батьків або інших законних представників, і пояснити необхідність залучення останніх до його лікування.
- Медична допомога особам, визнаним судом обмежено дієздатними, надається за їх згодою та згодою їх батьків або інших законних представників.
- У разі потреби невідкладного медичного втручання, якщо неможливо зв'язатися з батьками або законними представниками неповнолітнього чи дорослого, що перебуває під опікою, лікар (медичний працівник) зобов'язаний надати необхідну допомогу.
- Важливо пам'ятати про те, що сім'я хворої дитини та її близькі родичі перебувають у постійному психоемоційному напруженні, а їх фізичні ресурси виснажуються. Тож слід приділити значну увагу підтримці і готовності надати професійну допомогу.

6.7. Взаємовідносини між колегами в педіатричному колективі

Молоді лікарі з повагою ставляться *до старших колег*, з дозволу ретельно спостерігають за їх практичною роботою, збираючи по крихтах цінний досвід. Вони стараються разом чергувати, бути присутніми на обходах та прийомах, дивляться, слухають, записують в блокноти рідкісні випадки, несподівані знахідки, повороти клінічної думки або взаємодії з пацієнтами, нові підходи у лікуванні та ін. Ніщо не зможе замінити враження починаючого працювати лікаря від безпосередньої його участі в оглядах та консультаціях пацієнтів у досвідчених колег.

Але тільки *«брати»* (доброзичливу підтримку, професійні та життєві поради, навчання, ін.) молода людина не може. Справжніми лікарями стають тільки ті, хто вміє *«віддавати»*: своєю допомогою, добрим словом, повагою та подякою, що так необхідно компетентним професіоналам. Таким чином в колективі зберігається активна працездатність, формується атмосфера взаєморозуміння, наступності в обміні досвідом між поколіннями, які об'єднуються заради збереження життя та здоров'я дітей.

Контрольні питання до теми:

1. Поясніть, на основі чого будеється успішна комунікація між медичним персоналом та хворим пацієнтом дитячого віку.
2. Вкажіть особливості спілкування з батьками хворої дитини.
3. Перерахуйте та поясніть основні складові успішної комунікації лікаря.
4. Розкажіть про основні етапи успішної комунікації з пацієнтом будь-якого віку.
5. Вкажіть помилки, які допускає медичний персонал при спілкуванні з хворими дітьми та їх батьками.
6. Поясніть рекомендації НСЗУ стосовно успішної комунікації лікаря з педіатричним пацієнтом.

Тестові завдання:

- Успішна комунікація між лікарем і хворим не базується на:
 - Підтримка
 - Повага
 - Фаховий професіоналізм
 - Розуміння
 - Співпраця
- Що НЕ відноситься до загальних правил спілкування медичної сестри з хворими дітьми?
 - Зосереджує спілкування на батьках, а вже потім на дитині
 - Привітання
 - Показати дитині та її батькам відділення, палату, де перебуватиме дитина
 - Познайомити дитину з іншими хворими по палаті
 - Утворення з хворою дитиною мовного контакту, або контакту за допомогою іграшки
- Що НЕ відноситься до помилок у спілкуванні медичної сестри з хворою дитиною?
 - Забуває привітатись і представитись
 - Звертається до дитини на «ти» або тільки на прізвище
 - Ігнорує питання дитини, не говорить правду
 - Відмовляється повідомляти батькам діагноз та результати аналізів і лікування
 - Критикує дитину перед іншими дітьми в палаті
- До невербальних особливостей в спілкуванні з дітьми НЕ відносять:
 - Негучний, ласкавий, доброзичливий тон голосу
 - Відкрита поза лікаря
 - Посмішка при спілкуванні
 - Вживання при спілкуванні слів зі зменшувально-ласкавими суфіксами (голівонька, ручка, ніжка та інше).
 - Спокійні обережні та активні рухи
- Виберіть найбільш вдалий вираз медичної сестри при спілкуванні з хворими дітьми дошкільного віку:
 - Зараз я тебе колотиму голкою

- В. Голка, якою я тебе вколю – зовсім маленька
 - С. Я робитиму тобі укол, щоб ти швидше одужав
 - Д. Чого ти боїшся, це ж просто укол
 - Е. Спитай у інших, укол – це не страшно
6. Що відноситься до помилки в спілкуванні лікаря з хворою дитиною шкільного віку?
- А. Уникати складних термінів у спілкуванні
 - В. Давати дітям можливість ставити запитання
 - С. Нехтувати думкою самих пацієнтів
 - Д. Підтримувати діалог з дітьми та зворотній зв'язок
7. Які особливості в спілкуванні медичного персоналу з підлітками є НЕТИПОВИМИ?
- А. Повага права на конфіденційність
 - В. Розуміння бравади та самоствердження підлітка
 - С. Поважання цінностей та переконань підлітка
 - Д. У цьому віці поінформована згода не актуальна
 - Е. Надання достовірної та актуальної інформації
8. Який вираз стосовно спілкування лікаря з дітьми раннього віку є НЕВІРНИМ?
- А. Лікар повинен вміти розпізнавати та інтерпретувати сигнали, які діти передають своєю поведінкою
 - В. Усі діти молодшого віку однакові – можна спілкуватись загально-узагальненими прийомами
 - С. Лікар повинен поважати право дітей на самостійний вибір
 - Д. Лікар має залучати батьків до комунікації з дітьми.
 - Е. Лікар повинен консультувати батьків, як вони можуть допомогти своїм дітям у спілкуванні
9. Що нехарактерно в роботі лікаря з батьками хворої дитини:
- А. Виявляти інтерес та повагу до батьків
 - В. Вітатись, називати їх на ім'я та по батькові
 - С. Висловлювати подяку за їх участь та співпрацю
 - Д. Уникати формальності
 - Е. Проявляти авторитарність у спілкуванні з батьками
10. Для успішного міжособистісного спілкування лікареві потрібно:
- А. Застосовувати комунікативні практики

- V. Не обов'язково дотримуватись установлених норм і правил, що сприяють спілкуванню
 - C. Зворотній зв'язок з пацієнтом – необов'язковий
 - D. Не застосовувати особистісно-орієнтовне спілкування
 - E. Усі відповіді вірні
11. Комунікативна складова між лікарем і пацієнтом це:
- A. Процес сприйняття лікарем і пацієнтом одне одного та встановлення на цій підставі взаєморозуміння
 - B. Обмін інформацією між лікарем і пацієнтом
 - C. Повідомлення діагноза пацієнту
 - D. Взаємодія лікаря і пацієнта для вирішення певних дій
 - E. Взаємодія лікаря та пацієнта для переконання пацієнта у правильності своїх суджень

Література:

1. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.
2. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 326 с.
3. О. А. Рошин. Цікаві випадки з практики чудових лікарів : зб. / К. : ТОВ «В6»Аванпост – ПРИМ», 2017. 228с.
4. B. Lown The lost art of Healing: Practicing Compassion in Medicine. Boston : Houghton Mifflin, 2014. 368 p.
5. В. Франкл. «Сказати життю «Так!». К. : 2021. 120 с.
6. Комунікативні навички лікаря : підручник. Вид. 2-ге / за ред. Чабан О. С. Видавничий дім Заславського, 2021. 434 с.
7. Практики комунікативної культури в медичному закладі. Пацієнт – центрований підхід : навч. посіб. / уклад. С. Бронікова. К. : Публікацію підготовлено в межах Програми ООН, 2020. 72 с. (електронне посилання Збірник_настанов-web_final.pdf)
8. Людяність та емпатія в охороні здоров'я : посібник. URL: <https://mededu.org.ua/humanity-and-empathy-in-healthcare/#download>
9. ЮНІСЕФ по комунікації в педіатрії : посібник URL: <https://uaps.org.ua/wp-content/uploads/2021/12/navychky-komunikacziyi-v-pediatrychnij-paliatyvnij-dopomozhi.pdf>



Розділ VII

ОСОБЛИВОСТІ ОЦІНКИ СВІДОМОСТІ, ДИХАННЯ, ЗАГАЛЬНОГО СТАНУ ДИТИНИ РІЗНОГО ВІКУ

*«Дихання – це та функція життя,
яка надає повне відчуття свободи!»*

Леонард Орр

7.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Здорова дитина	Дитина або її батьки не мають будь-яких скарг щодо її стану, дитина рухлива, цікавиться оточуючими предметами і людьми, відсутні об'єктивні ознаки порушення функцій основних систем організму (нервової, дихальної, серцево – судинної, видільної)
Хвора дитина	Дитина або її батьки мають будь-які скарги, що порушують в різному ступені активність дитини та/або присутні ознаки порушення функцій основних систем організму (нервової, дихальної, серцево – судинної, видільної)
Загальний стан дитини	Широке поняття, яке включає сукупність показників, що характеризують функціональну здатність основних систем організму (нервова, система дихання, серцево-судинна, вивідна, ін.)
Задовільний стан	Стан дитини оцінюють як задовільний, коли відсутні скарги у дитини та її батьків, можуть бути ознаки помірної млявості, неспокою, тривоги, але функціональних зрушень в будь-якій системі організму при огляді не спостерігається

Середньої тяжкості	Стан дитини оцінюють як середньої тяжкості, коли присутні будь-які скарги у дитини, спостерігається сонливість та/або надмірний неспокій, ознаки порушення функцій важливих систем організму I-II ступенів
Тяжкий і надзвичайно тяжкий	Якщо стан оцінюється як тяжкий і надзвичайно тяжкий, то у дитини вияляються різні ступені порушення свідомості (ступор, сопор, кома), нерідко присутні судоми, та наявні ознаки порушення хоча б однієї з функцій організму III ступеня
Термінальний стан	В термінальному (агональному) стані у дитини свідомість зазвичай відсутня, виражені порушення функцій III ступеня практично всіх органів і систем організму
Активне положення тіла дитини	Таке положення хворого, яке він може змінювати в залежності від обставин і власних потреб
Пасивне положення тіла дитини	Таке положення хворого, яке він не може змінити без допомоги сторонніх
Вимушене положення тіла	Таке положення, яке інстинктивно або свідомо приймає хворий, щоб полегшити свій стан. Вимушене положення часто зустрічається у дітей, хворих на бронхіальну астму (під час нападу набувають напівсидячого положення), менингіт (закинута назад голова і приведені до живота стегна), крупозну пневмонію та плеврит (на хворому боці) та ін.
Свідомість	Свідомість можна розглядати як стан психіки, за якого відбувається якісне суб'єктивне відображення об'єктивної дійсності
Ступор	Стан приголомшення, коли дитина погано орієнтується в просторі і на запитання відповідає повільно, з деяким запізненням
Сопор	Стан характеризується байдужістю дитини до оточуючих, на запитання не відповідає, але рефлекси збережені. Хворі можуть на короткий час виходити з сопорозного стану
Кома	Коматозний стан – такий стан хворого, коли спостерігаються глибоке гальмування вищої нервової діяльності, відсутність свідомості, рефлексів, чутливості і рухів
Дихальна недостатність	Це такий стан дитячого організму, при якому можливості легень забезпечити нормальний газовий склад артеріальної крові при диханні повітрям обмежені.

	Синдром дихальної недостатності проявляється збільшенням частоти дихання (в порівнянні з нормою для віку дитини), зміною співвідношення частоти пульсу і дихання (П:Д), задишкою, синюшним відтінком навколо рота та носа або всього тіла, а також зміною показників насичення киснем (що можна визначити за допомогою пристрою – пульсоксиметру)
Недостатність кровообігу	Патологічний стан дитячого організму, при якому серцево-судинний апарат не може достатньою мірою забезпечити кров'ю органи і тканини. Причиною недостатності кровообігу може бути судинна (різке розширення або звуження судин) і серцева (порушення скорочення правих або лівих відділів серця) недостатність. Серцево-судинна недостатність визначається частотою пульсу, співвідношенням частоти пульсу і дихання (П:Д), наявністю і вираженістю задишки, синюшністю кінцівок, кінчика носа, вух та загальної синюшності шкіри, видимих набряків та збільшенням печінки
Гіпоксія	Недостатність постачання кисню в ЦНС (центральну нервову систему)
Пульсоксиметрія	Широкодоступний точний метод для об'єктивної кількісної оцінки насичення крові киснем (SpO2)
Сатурація	У медицині це частка насиченого киснем гемоглобіну відносно загального гемоглобіну (ненасиченого + насиченого) в крові
Новонароджений	Медичний термін, який передбачає дитину з моменту народження або вилучення з організму матері після повного 22-го тижня вагітності (з 154-ї доби від першого дня останнього нормального менструального циклу) до закінчення повних 4-х тижнів життя (28 днів)

7.2. Цікаві клінічні випадки

1. Загальний стан новонароджених оцінюють з урахуванням рахових особливостей

У пологовому будинку з'явилась на світ досить здорова дитина, яку перевели до дитячого відділення. Нічого не викликало біди. Але увечері до лікаря, який приймав пологи, прибігла злякана медична

сестра та повідомила, що немовля стало **синіти**. Не розуміючи причини, терміново викликали реаніматологів та готувались до невідкладних заходів. На загальний подив, немовля почувалося дуже добре, а лікарі, яких зібрали в палаті, не могли зрозуміти, що відбувається. Адже дитина на очах продовжувала синіти! Тоді почали розпитувати матір, і тільки з розмови з'ясувалося, що батько дитини – з Африки. Відомо, що темношкірі діти народжуються розовенькими, протягом кількох годин стають смагляві, а вже потім, поступово стають такими, як їх батьки. Так встановили, що дитина – здорова, а не помирає...

2. **Різноманітні причини втрати свідомості у дітей**

- А) У дитячу інфекційну лікарню поступає зранку без свідомості дитина 1 рік 2 міс з підозрою на **ботулізм** на підставі опитування батьків, з яких майже «витягли кліщамми», що вони пару днів тому давали дитині «посмоктати» якусь в'ялену рибу. Всі ці дні дівчинка була слабкою, а вночі втратила свідомість. Їй стали капати для детоксикації глюкозу. Консультант-педіатр ретельно стала оглядати шкіряні покрови, слизові. Зняла памперс та помітила щось незвичайне – в ділянці статевих губ сформувалася досить товста біла кірка, при торканні – кришиться на кристалики. Тут лікар здогадалася: «А який у дитини цукор крові?». Була неділя, лабораторія не працювала. Негайно організували дослідження глюкози у крові та сечі у черговій лабораторії, та виявилось, що показники майже у 6 разів перевищували норму. Тобто у дитини не ботулізм, а дебют **«цукрового діабету 1 типу»**, терміново змінили склад крапельниці, розрахували та ввели інсулін. Через кілька годин дівчинка прийшла до тями, її перевели в ендокринологічне відділення.
- Б) Дівчинка 6 років приїхала до бабусі у село. Якраз почалась епідемія **тяжкого грипу**. Дівчинка захворіла теж, але лікування вдома не допомагало, її госпіталізували у лікарню, але й там їй ставало все гірше. Викликали дитячого інфекціоніста, яка увечері побачила дівчинку в тяжкому стані, без свідомості з позитивними менінгіальними симптомами, на шкірі визначався множинний зіркоподібний фіолетовий висип. Питає, чи давно

він з'явився. Відповіли, що висип був з поступлення, зараз збільшився. Його розглядали як прояв тяжкого грипу, який може супроводжуватись кровоточивістю зі схожими геморагічними явищами. Але інфекціоніст змінила діагноз, це «менінгококкемія» (менінгококовий сепсис), при якому приймати рішення та змінювати лікування треба терміново. Вже через кілька годин зупинилось поширення висипу, а вранці дівчинка прийшла до тями. Видужувала вона досить довго, але без ускладнень.

- В) На станцію швидкої допомоги ранньою весною поступив виклик у приватний сектор: дівчинка втратила свідомість у ванні під час купання. Медичні працівники, які швидко приїхали, побачили навколо бруд, старі халупи, ніхто не зустрічає. Відчиняють двері – вискакує кішка. В домі все є, але вражають антисанітарні умови, особливо на столі: брудний посуд, засохлі консерви, сміття. Дівчинка вже прийшла до тями, але була сонлива та в'яла, мати її була теж у загальмованому стані, хоча ознак алкогольного сп'яніння не спостерігалось та на питання відповідала адекватно. У кімнаті спали ще двоє хлопчиків, але розбудити їх не вдалося. Враховуючи ситуацію в домі та незвичайний стан всіх членів родини, лікар прийняла рішення госпіталізувати їх у інфекційну лікарню з харчовим отруєнням, хоча й порушувала вимоги перевезення хворих: в одній машині не можна везти одразу 4 пацієнтів. Спочатку від керівництва лікар отримала усну догану, а коли через кілька годин з'ясувалось, що вся родина постраждала від **витоку побутового газу** з несправної газової колонки, висловили велику подяку. Так, молодий лікар хоч і не виставила одразу правильний діагноз, але її дії врятували життя 4 людей.

7.3. Особливості обстеження дітей різного віку для оцінки загального стану

Щоб візит до лікаря минув спокійно та максимально ефективно, лікар може або ознайомити батьків з порадами про їх поведінку під час візиту, або обережно відкоригувати поведінку батьків на прийомі відповідно до нижче зазначених порад.

N. B. !

7.4. Поради батькам, які планують візит до лікаря або знаходяться на прийомі

- ✓ Батьки повинні морально підтримувати свою дитину під час проведення огляду.
- ✓ Тримати дитину за руку, гладити по голові. Хвалити за гарну поведінку.
- ✓ Якщо малюк недобре себе поводить, на їхню думку, ніколи не можна сварити його у присутності лікаря. Потрібно придумати нагороду після візиту до лікаря.
- ✓ Не потрібно з порогу швидко роздягати дитину, як правило, лікар спочатку розпитує батьків про проблему, з якою звернулися, і в дитини є час для освоєння території.
- ✓ Лікар оглядає малюка в ігровій формі, а огляд зіву (одна із найбільш неприємних процедур) проводить в кінці.
- ✓ З'ясуйте у лікаря всі рекомендації. Заведіть зошит, де б вписували медичні препарати, які отримувала ваша дитина (обов'язково записуйте, коли і який антибіотик малюк вживав).
- ✓ Не говоріть у присутності дитини, що ваш малюк зараз буде плакати, коли ви його будете слухати, дивитися горло, оглядати живіт і т.д. Навпаки, пояснюйте, що ваша дитина любить, коли її слухають, гладять по животику, а також любить і буде пити добрі ліки, щоб бути здоровою.
- ✓ Не панікуйте, не показуйте своїх емоцій, що б не сталося у присутності дитини, зберігайте спокій і це також допоможе заспокоїти дитину.

N. B. !

При обстеженні дитини слід дотримуватися наступних умов:

- ✓ встановити довірливий контакт з дитиною та її батьками (загальний огляд починаємо під час бесіди з дитиною та батьками, оцінюючи свідомість, поведінку, мову, рухи, реакцію на оточення);
- ✓ проведення огляду в умовах денного освітлення та комфортної температури (приміщенні +20 – +22°C, теплі руки);

- ✓ використовувати зручне положення для лікаря і забезпечити індивідуальний захист від можливого інфікування.

N. B. !

Оцінка свідомості

- ✓ **Якщо дитина старшого віку та вміє розмовляти** питаємо її про прості речі (ім'я, скільки років, де вчиться, як звати маму, тата, іграшку, що подобається – оцінюємо свідомість, загальмованість, точність відповіді, мову, настрій).
- ✓ **Якщо дитина старше 1 року, але не розмовляє**, оцінюємо реакцію дитини на запропоновану іграшку, чи не засинає постійно на руках у батьків, звертання до неї, чи реагує на голос, чи потрібно торкнутись, щоб була будь-яка реакція у відповідь.
- ✓ **Якщо дитина раннього віку, особливо перших місяців** – намагаємось її розбудити, оцінюючи загальну реакцію, відкриття очей, інтенсивність крику, реакцію на світло, рухи.

N. B. !

Оцінка положення дитини

- ✓ **Якщо дитина вміє ходити та їй більше ніж 1,5 року** – пропонуємо пересування по кабінету в бік іграшок та оцінюємо ходу, швидкість, впевненість, похитування, чи може присісти та виконати інші прості прохання.
- ✓ **Якщо дитина не вміє ходити** – дивимось як активно вона виконує дії, які має вміти робити відповідно до її віку, якщо вона новонароджена – оцінюємо активність рухів руками та ногами.

N. B. !

Оцінка частоти дихання

- ✓ **Частоту дихання у дитини визначають одночасно з оглядом грудної клітки.**
- ✓ **У дітей раннього віку найкраще це робити під час сну або в стані спокою, бо найменше збудження прискорює частоту дихання.**
- Під час сну частоту дихання у дітей перших місяців життя підраховують через стетофонендоскоп, наблизивши його, не торкаючись, до кінчика носа дитини.

- Візуальне дослідження частоти дихання полягає у тому, що лікар/медсестра непомітно стежить за рухами грудної клітки або передньої стінки живота.
- Пальпаторне дослідження частоти дихальних рухів за допомогою руки, покладеної на грудну клітку, що вловлює рухи грудної клітки при диханні дитини.

N. B. !

Слід пам'ятати правила:

1. Підрахунок частоти дихання (дихальних рухів) у дітей треба проводити непомітно для хворого (у дітей старше 4-х років), щоб виключити вплив психогенного фактора.
2. Для точного підрахунку частоти дихання спостереження за дихальними рухами треба здійснювати протягом 1 хвилини.
3. Отримані результати треба порівняти з нормами частоти дихання у дитини даного віку.

N. B. !

Оцінка характеру дихання (задишки)

- *У здорових дітей дихання спокійне, ритмічне, вільне, майже безшумне, а дихальні рухи непомітні*, тільки у новонароджених, особливо у недоношених та у дітей першого року життя, в нормі може спостерігатися нестійкий ритм дихання, його частота і глибина.
- *У дітей першого півріччя* ритм дихання дуже лабільний (нерівномірні інтервали між вдихом і видихом).
- *У хворих дітей з ознаками дихальної недостатності*: утруднене (задишка), хрипляче, сопуче, клекочуче, стридорозне (із свистячим шумом), грубе дихання (хрипле, вібраційне), значне порушення ритму до повної відсутності дихання.

N. B. !

Оцінка глибини дихання

Глибину визначають візуально за величиною екскурсії грудної клітки. Дихання може бути поверхневе і глибоке.

Поверхневе дихання, як правило, прискорене, і виникає у дітей з різкою деформацією грудної клітки, при фебрильній темпе-

ратурі тіла, больових відчуттях, головним чином, при невралгії міжреберних нервів, тріщинах і переломах ребер, плевриті, бо кожна спроба дихати глибше викликає біль.

Глибоке дихання у дитячому віці зустрічається рідко і часто поєднується із сповільненим диханням. Глибоке дихання виникає внаслідок сильного збудження дихального центру накопиченими в організмі хворого токсичними речовинами або в результаті ацидотичних порушень. Особливим видом глибокого дихання є велике Дихання Куссмауля, дуже глибоке, шумне, рівномірне (без пауз між вдихом та видихом) і нагадує дихання «загнаного звіра».

При дихальній недостатності може бути видно втягнення міжреберних м'язів, з'являється втягнення яремної ямки, надчеревної ділянки, над- і підключичних ямок, напружуються м'язи шії. Чим вищий ступінь дихальної недостатності, тим більше ознак участі допоміжних м'язів в акті дихання.

N. V. !

Оцінка частоти серцевих скорочень (ЧСС) у дітей різного віку

- ✓ Зазвичай оцінку ЧСС проводять у стані спокої дитини, відволікаючи її іграшкою, або непомітно для неї, краще під час сну, якщо дитина маленька.
- ✓ Існує два способи оцінки ЧСС у дітей: **пальпаторний та аускультативний** методи (табл. 8).
- ✓ У дітей до 1 року пульс (пальпаторним методом) визначається на сонній артерії, поверхневій скроневій артерії, стегновій артерії.
- ✓ У дітей старше 1 року (пальпаторно) на променевій артерії.
- ✓ Зазвичай пульс підраховується протягом хвилини, особливо у дітей раннього віку.
- ✓ При аускультативному методі потрібно використати стетофонендоскоп та підрахунок ЧСС відбувається на верхівці серця у дитини будь-якого віку.
- ✓ В будь-якому випадку потрібно порівняти з нормативними показниками ЧСС у дитини відповідно до віку.

Місця, де у дітей найлегше визначити пульс:



На шиї (на сонній артерії).

Сонні артерії проходять з двох сторін на шиї, з боків від гортані. Для їх виявлення розмістіть пальці на середині шиї, ліворуч або праворуч від гортані, і м'яко натисніть до відчуття пульсації. Не можна натискати на кадик у хлопчиків. Якщо не вдалося намацати пульс, спробуйте зробити це на іншій стороні шиї



На зап'ясті (на променевої артерії).

У цій точці вимірюють ЧСС у більшості дорослих. Додайте пальці на підставі великого пальця руки малюка і змістіть їх у напрямку до зап'ястя, де легко нагніть до відчуття пульсації



У пахвах (на пахової артерії).

Поставте свої пальці в пахової ділянці так, щоб відчувати під ними плечову кістку малюка. При цьому вдається також відчувати пульсацію у пахової артерії. Цей метод добре себе зарекомендував для визначення ЧСС у немовлят



В лікті (на плечової артерії).

Це місце визначення ЧСС найчастіше використовують у немовлят. Розмістіть малюка на спині з витягнутою рукою уздовж тіла, ліктьовою складкою догори. У цій складці розмістіть свої пальці на внутрішній стороні руки немовляти і нащупайте пульсацію



7.5. Оцінка загального стану дитини

Важливе значення в роботі лікаря-педіатра має **об'єктивна оцінка загального стану хворої дитини**, тому що від неї залежить обсяг лікувальних заходів: можливість лікування дитини вдома або необхідність госпіталізації в педіатричний стаціонар чи у відділення інтенсивної терапії та реанімації, організації індивідуального сестринського поста, а також прогноз захворювання. Причому небезпечна не тільки недооцінка тяжкості стану, але і його переоцінка.

Загальний стан дитини – це широке поняття, яке включає сукупність показників, що характеризують функціональну здат-

ність основних систем організму: **нервова** (свідомість, рефлекс), **система дихання** (частота дихання, характеристики, участь допоміжної мускулатури в диханні), **серцево-судинна** (оцінка пульсу та ЧСС), **сечовидільна** (кількість сечовиділень та їх об'єм за добу, випорожнення) та ін.

Загальний стан оцінює кожен лікар-педіатр, до якого звертається дитина в поліклініці, а також у стаціонарі. Причому загальний стан хворої дитини досить мінливий, тому оцінку та переоцінку можна проводити кілька разів на день або навіть кожну годину.

Послідовний алгоритм визначення загального стану дитини

Спитати скарги у дитини або її батьків

- Орієнтуватись тільки на самопочуття не можна, оскільки воно нерідко неправдиво відображає стан дитини.
- Так, дуже часто дівчатка пубертатного віку мають численні скарги, пов'язані з вегетативними дисфункціями, але об'єктивний стан при цьому залишається задовільним.
- І навпаки, бувають випадки, коли скарги відсутні, але загальний стан при цьому може бути тяжкий.
- Подивитись на дитину та зафіксувати все те, що, на вашу думку, не відповідає поняттю здорова дитина (положення тіла, несиметричність однакових ділянок тулуба, незвичність зовнішнього вигляду).

1. Оцінити положення хворого

Положення може бути активним, пасивним і вимушеним.

2. Оцінити стан свідомості дитини (функціонування нервової системи) та настрою.

- Свідомість може бути не порушена або порушена. Порушення свідомості має декілька форм (ступор, сопор, кома).
- Паралельно відмічають настрій дитини (спокійний, піднесений, збуджений, нестійкий), її реакцію на контакт з близькими і оточуючими.

3. Оцінити ступінь порушення функцій інших основних систем організму, що забезпечують життєдіяльність (дихальна, кровообігу, видільна, травна, шкіра, кістки та м'язи).

Дихальна система

Про порушення функції органів дихання свідчать ознаки дихальної недостатності (табл. 9).

Н. В. !

Таблиця 9

Ступені дихальної недостатності

I ступінь	II ступінь	III ступінь
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Задишка (диспное) з'являється тільки при фізичному навантаженні (крик та ін.) ▶ Синюшність навколо рота при фізичному навантаженні, сатурація визначена за допомогою пульсоксиметра SpO₂ в спокої 95–99 % в межах норми 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Диспное присутнє при звичайному навантаженні та в спокої ▶ Синюшність шкірних покривів у спокої ▶ Показники пульсоксиметрії: сатурація SpO₂ в спокої нижче 95 % 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Виражена задишка (диспное в стані спокою) ▶ Частота дихання дорівнює понад 150 % вікової норми) і суцільна синюшність шкіри ▶ Можливі особливі типи дихання, що є зовсім не ритмічними, не регулярними, та може бути короткочасна зупинка дихання (Чейн – Стокса, Біота) ▶ У немовлят часто з'являється піна в куточках рота, симптом «губи трубача», дихання «загнаного звіра», симптоми «гострого носа» та «тремтіння крил носа» ▶ Показники пульсоксиметрії: сатурація SpO₂ в спокої нижче 80 %

Пульсоксиметрія – це широко доступний неінвазивний точний метод для об'єктивної кількісної оцінки насичення крові киснем (SpO₂) і, таким чином, виявлення клінічно невизначуваної гіпоксемії.

✓ Вимірювання проводиться за допомогою спеціального приладу – пульсоксиметра (рис. 21).



Рис. 21. Пульсоксиметр

✓ Пульсоксиметр – медичний контроль-но-діагностичний прилад для неінвазивного вимірювання рівня насичення киснем капілярної крові.

✓ Датчик – це та частина пульсоксиметра, яка містить джерело світла і детектор, що прикладений до пацієнта.

- ✓ Сатурацією кисню називають відношення кількості оксигемоглобіну до загальної кількості гемоглобіну в крові, виражене у відсотках.
- ✓ Сатурацію оксигемоглобіну в артеріальній крові, вимірювану при аналізі її газового складу, позначають як SaO₂.
- ✓ Сатурацію оксигемоглобіну в артеріальній крові, вимірювану неінвазивно за допомогою пульсоксиметрії, позначають як SpO₂.

Оцінка стану кровообігу

Про порушення функції системи кровообігу свідчать ознаки недостатності кровообігу.

Виділяють чотири ступені недостатності кровообігу у дітей (табл.10):

Таблиця 10

N. V. !

Ступені недостатності кровообігу у дітей

I ступінь	II-а ступінь	III-б ступінь	III ступінь
Ознак недостатності кровообігу в спокої немає і вони з'являються після фізичного навантаження (тривалий крик та ін.) у вигляді збільшення ЧСС та задишки	Ознаки недостатності кровообігу спостерігаються в спокої і характеризуються незначною задишкою (тахіпноє на 30–50 % більше норми), збільшенням ЧСС (частота пульсу на 10–15 % перевищує норму) та збільшенням печінки, яка на 2–3 см виступає з-під краю реберної дуги	Виявляються задишка (частота дихання на 50–70 % більша за норму) і тахікардія (частота пульсу на 15–25 % більша норми), печінка на 3–4 см виступає з-під краю реберної дуги	Спостерігаються значна задишка (частота дихання на 70–100 % перевищує норму) і тахікардія (частота пульсу збільшена на 30–40 % від норми), збільшення печінки, значні набряки (обличчя, рідина в плевральній порожнині, черевній порожнині, перикарді)

Видільна система (нирки)

- ✓ Оцінюють наявність або відсутність сечовипускань, їх кількість та кількість сечі, можливе підвищення артеріального тиску та набряки (обличчя, поперек, нижні кінцівки, частіше вранці).

- ✓ Зниження загальної кількості сечовипускань за добу, відсутність сечовипускань більше 12 годин свідчить про порушення функції нирок і обумовлює тяжкість стану дитини.

Травна система

- ✓ Оцінюють наявність або відсутність випорожнень (їх частоту та якість: рідкі, м'які не оформлені, оформлені м'які, тверді, дуже тверді), про це питають батьків, але висновок роблять відповідно до Бристольської шкали випорожнень (I–V тип).

Шкіра та кістково-м'язова система

При захворюваннях шкіри основою оцінки загального стану хворої дитини, особливо в ранньому віці, є поширеність (відсоток ураження поверхні тіла) або ступінь вираженості місцевого запального процесу (почервоніння, висипи та ін.) та наявність загальних явищ (інтоксикація, токсикоз та ін.).

Аналогічним чином визначають загальний стан у дітей з захворюваннями кістково-м'язової та інших систем організму.

N. B. !

Висновок про загальний стан хворого (задовільний, середньої тяжкості, тяжкий та термінальний)

Техніка вимірювання ЧСС та дихання у дітей різного віку

1. Пояснити батькам або дитині, що ви будете робити, максимально заспокоївши дитину або скористатись тим, що дитина спить.

Пальпаторний метод

2. Обробити руки антисептичним засобом, підготувати секундомір.
3. Вибрати ділянку визначення пульсу: до 1 року – сонна артерія, скронева, ліктьова, старше 1 року – променева артерія.
4. Використавши 2 та 3 палець притиснути вибрану артерію, відчувати пульсацію.
5. Порахувати частоту серцевих скорочень протягом 1 хвилини.
6. Порівняти з нормативними показниками відповідно до віку.

Аускультативний метод

1. Зігріти та обробити руки антисептичним засобом, підготувати секундомір та стетофонендоскоп.

2. Визначити місце над верхівковою ділянкою серця з найкращим вислуховуванням його тонів.
3. Порахувати частоту пульсу протягом 1 хвилини.
4. Порівняти з нормативними показниками відповідно до віку.

N. B. !**ЧСС в нормі для дітей різного віку**

Новонароджені.	Пульс – від 100 до 160 ударів на хвилину
Діти до 6 місяців.	Пульс – від 90 до 120 ударів на хвилину
Діти в 1 рік.	Пульс – від 90 до 120 ударів на хвилину
Діти в 3 роки.	Пульс – від 80 до 120 ударів на хвилину
Діти в 6 років.	Пульс – від 70 до 110 ударів на хвилину
Діти до 10 років.	Пульс – від 60 до 90 ударів на хвилину

Техніка вимірювання частоти дихання у дітей різного віку

1. Пояснити батькам, що ви будете робити, максимально за їх допомогою відволікти дитину або скористатись тим, що дитина спить.
2. Підготувати годинник, фонендоскоп. Зігріти та обробити руки антисептиком.
3. Роздягнути дитину та візуалізувати грудну клітку дитини старше 5 років, що спокійно стоїть.
4. Покласти руку на живіт дитини раннього віку.
5. Піднести фонендоскоп до носика дитини першого року життя, що спить.
6. Зафіксувати вдих та видих як один цикл дихання.
7. Порахувати частоту дихання протягом 1 хвилини.
8. Порівняти з нормативними показниками.

N. B. !**Частота дихання в нормі для дітей різного віку**

Новонароджені.	Частота дихання 30–60 разів на хвилину.
Діти до 6 місяців.	Частота дихання 25–40 разів на хвилину.
Діти в 1 рік.	Частота дихання 20–40 разів на хвилину.
Діти в 3 роки.	Частота дихання 20–30 разів на хвилину.
Діти в 6 років.	Частота дихання 12–25 разів на хвилину.
Діти до 10 років.	Частота дихання – 12–20 разів на хвилину.

7.6. Особливості оцінки загального стану новонародженого

- ✓ Об'єктивно оцінити загальний стан новонароджених досить важко. В неонатології і акушерстві для оцінки стану новонароджених користуються шкалою, яка була запропонована в 1953 р. Вірджінією Апгар і рекомендована в 1965 р. науковою групою ВООЗ для всіх країн.
- ✓ Оцінку стану новонародженого проводять відразу після народження (на 2–5-й хвилині життя) і повторно – через 30 хв.
- ✓ Загальна оцінка складається із суми балів за п'ятьма основними ознаками: ритмічність серцевої діяльності, характер дихання, тонус м'язів, колір шкіри і вираженість рефлексів.
- ✓ Кожну ознаку оцінюють за трьохбальною системою. Максимальна оцінка кожної ознаки складає 2 бали (табл. 11).

Таблиця 11

Шкала Апгар для оцінки загального стану новонароджених

Ознаки	0 балів	1 бал	2 бали
Дихання	Відсутнє	Слабкий крик, одиничні дихання	Гучний крик, ритмічне дихання
ЧСС	Відсутнє	Менше 100 ударів за 1 хв	Більше 100 ударів за 1 хв
Колір шкіри	Загальний ціаноз або блідість	Тулуб рожевий, кінцівки синюшні	Рожевий
Тонус м'язів	Відсутній	Знижений	Активні рухи
Рефлекси	Відсутні	Реакція на біль	Крик, рухи

Стан новонародженого вважається:

- Задовільний – якщо сума балів за шкалою Апгар становить 8–10.
- Гіпоксія (недостатність постачання кисню в ЦНС) якщо сума балів менше 8, то це вказує на наявність гіпоксії або травми центральної нервової системи. В залежності від тяжкості стану виділяють три ступені гіпоксії:
 - a) легкий – оцінка за шкалою Апгар 6–7 балів, серцева діяльність задовільна, шкіра ціанотична, дихання поверхневе або неритмічне, тонус м'язів знижений, рефлекси підвищені;

- б) середній («синя асфіксія») – 4–5 балів за шкалою Апгар, серцева діяльність задовільна, дихання відсутнє, загальний ціаноз, тонус м'язів і рефлекси знижені;
 - в) тяжкий («біла асфіксія») – оцінка за шкалою Апгар 1–3 бали, дихання і серцеві скорочення відсутні, шкіра бліда або ціанотична, тонус м'язів і рефлекси відсутні або значно знижені.
- Оцінка 0 балів означає клінічну смерть.

Контрольні питання до теми:

1. Поняття загального стану та ступені тяжкості стану хворої дитини.
2. Види положення тіла хворої дитини у просторі, їх оцінка.
3. Види порушення свідомості, їх характеристики та оцінка.
4. Ознаки порушення функції органів дихання, ступені дихальної недостатності.
5. Ознаки порушення функції органів системи кровообігу, ступені недостатності системи кровообігу.
6. Оцінка ознак порушень видільної, травної систем та шкіри.
7. Особливості обстеження дітей різного віку для оцінки їх загального стану.
8. Особливості оцінки загального стану новонароджених за шкалою Апгар.
9. Техніка визначення ЧСС (частоти серцевих скорочень) у дітей.
10. Техніка визначення ЧДР (частоти дихальних рухів) у дітей.

Тестові завдання:

1. Якщо у дитини є ознаки порушення свідомості, про який загальний стан це свідчить:
 - A. Не порушений
 - B. Задовільний
 - C. Середньої тяжкості
 - D. Тяжкий
 - E. Це не є показником загального стану
2. У дитини є ознаки недостатнього функціонування серцево-судинної системи 2 ступеня, про який загальний стан це свідчить:

- A. Не порушений
 - B. Задовільний
 - C. Середньої тяжкості
 - D. Тяжкий
 - E. Це не є показником загального стану
3. Дитина 3 років неспокійна, але змін свідомості та порушення з боку органів та систем не виявлено, для якого загального стану це характерно:
- A. Не порушений
 - B. Задовільний
 - C. Середньої тяжкості
 - D. Тяжкий
 - E. Це не є показником загального стану
4. У дитини 4 років відсутня свідомість та наявна дихальна недостатність III ступеня, як класифікувати загальний стан дитини?
- A. Дитина здорова
 - B. Задовільний
 - C. Середньої тяжкості
 - D. Тяжкий
 - E. Це не є показником загального стану
5. Якщо при огляді дитини вона може вільно змінювати положення в залежності від обставин і власних потреб, таке положення можна охарактеризувати як:
- A. Активне
 - B. Пасивне
 - C. Вимушене
 - D. Звичайне
 - E. Нормальне
6. Положення, при якому хворий не може без допомоги сторонніх змінити положення називається:
- A. Активне
 - B. Пасивне
 - C. Вимушене
 - D. Звичайне
 - E. Нормальне

7. Положення, яке інстинктивно або свідомо приймає хворий, щоб полегшити свій стан:
 - A. Активне
 - B. Пасивне
 - C. Вимушене
 - D. Звичайне
 - E. Нормальне
8. Якщо при огляді дитина приголомшена, погано орієнтується в просторі і на запитання відповідає повільно, з деяким запізненням, такий стан свідомості називається:
 - A. Свідомість збережена
 - B. Сопор
 - C. Ступор
 - D. Кома
 - E. Запаморочення
9. Дитина байдужа до оточуючих, на запитання не відповідає, але рефлекси збережені. На деякий час виходить з цього стану. Як можна назвати зміни свідомості дитини:
 - A. Свідомість збережена
 - B. Сопор
 - C. Ступор
 - D. Кома
 - E. Запаморочення
10. Як назвати зміни з боку центральної нервової системи у дитини, якщо відсутня свідомість, рефлекси, чутливість і рухи?
 - A. Свідомість збережена
 - B. Сопор
 - C. Ступор
 - D. Кома
 - E. Запаморочення
11. Дихальна недостатність у дитини може бути виявлена за:
 - A. Зміною частоти дихання
 - B. Синюшністю навколо рота
 - C. Задишкою
 - D. Зміною показників пульсоксиметра
 - E. Все вірно

12. Нерівномірні інтервали між вдихом і видихом, ритм дихання:
 - A. Мінливий
 - B. Лабільний
 - C. Нестійкий
 - D. Малюковий
13. Який симптом у дітей дозволяє говорити про порушення функції нирок:
 - A. Серцебиття
 - B. Наявність набряків на обличчі
 - C. Задишка
 - D. Синюшність навколо рота
 - E. Зниження артеріального тиску
14. Частота дихання у дітей раннього віку вираховується протягом:
 - A. 10 сек
 - B. 15 сек
 - C. 30 сек
 - D. 1 хв
 - E. 2 хв
15. Гіпоксія – це:
 - A. Недостатність постачання кисню в ЦНС
 - B. Недостатність утворення кисню в судинах
 - C. Підвищення концентрації кисню в крові
 - D. Недостатність вуглекислого газу в крові

Література

1. Пропедевтична педіатрія: підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / за ред. акад. НАМН України проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид. випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 871 с.
2. Догляд за здоровою та хворою дитиною: навч. посіб. / за ред. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 262 с.
3. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії: навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К.: ДП «Експрес-об'ява», 2023. 326 с.
4. Рошин О. А. Цікаві випадки з практики чудових лікарів : зб. / К. : ТОВ «Вб»Аванпост – ПРИМ», 2017. 228 с.
5. Пульсоксиметричний скринінг критичних вроджених вад серця у новонароджених клінічна настанова, заснована на доказах. URL: https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2023/02/2023_pulsoksymetriya_kn.pdf



Розділ VIII

ОЦІНКА ПРИСУТНОСТІ БОЛЮ ТА ЙОГО ІНТЕНСИВНОСТІ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ. ОЗНАКИ ЗНЕВОДНЕННЯ ДИТИНИ

*«Біль – не зникне,
а страждання – за вибором!»
Прислів'я англійських психологів*

8.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Зневоднення	Патологічний стан організму, що виникає внаслідок браку рідини, необхідної для звичайної життєдіяльності усіх систем і органів
Легке зневоднення	Організм дитини втрачає близько 5 % рідини від загальної маси тіла
Середнє зневоднення	Організм дитини втрачає близько 6-9 % від загальної маси тіла
Тяжке зневоднення	Організм дитини втрачає більше 10 % рідини від загальної маси тіла
Біль	Захисна реакція організму, що виникла в процесі еволюційного розвитку
Візуально аналогова шкала	Спосіб оцінки інтенсивності болю, при якому дитина порівнює силу свого болю або з виразом намальованого обличчя, що відображає її страждання, або з цифрою від 0-10
Поведінкові реакції на біль	Зміна поведінки дитини під впливом больових відчуттів

Невербальні діти	Діти, які не можуть комунікувати за допомогою мови
Вербальні діти	Діти, які комунікують за допомогою мови
Поведінкові реакції	Реакції, які визначаються спадковістю і не вимагають для свого розвитку спеціального навчання чи тренування
Когнітивні функції	Здатність розуміти, вивчати, усвідомлювати, пізнавати, переробляти інформацію

8.2. Цікаві клінічні випадки

1. Діти не завжди плачуть, коли відчувають біль

На кардіограму прийшла мати з 4-річним хлопчиком, який дуже уважно спостерігав за всім процесом підготовки до маніпуляції. Коли одна деталька випадково впала та закотилася під кушетку, спритний малюк шмигнув на нею, дістав та хотів швиденько повернутися на своє місце, але зіткнувся з перешкодою та сильно **вдарився головою** об металеву ніжку. Судячи з сили удару та виразу обличчя дитини, йому було дуже боляче. Лікар очікувала, що зараз він голосно заплаче, але, незважаючи на очікування, хлопчик не проронив жодної сльозинки й просто уткнувся матері в коліна. І мати, замість того, щоб його пожаліти, тільки погладила по голівці та сказала: «Наш помічник! Наша гордість!». А лікар звичкою вирішила його втішити: «Боляче, маленький?». На ці слова хлопчисько несподівано відірвався від матері, прийняв позу королівської гідності та сказав: «Ні! Не стільки боляче, скільки прикро!». Поки лікарка дивувалась дорослістю його відповіді, дитина продовжила: «Ви розумієте, у мене на цьому місці на кардіограмі завжди якісь патологічні відхилення»...

2. На скарги дитини на біль треба терміново реагувати

A) Кілька родин лікарів з дітьми відпочивали у 2013 році біля моря. Одного вечора вирішили зробити пікнік на березі. Чоловіки відправилися добувати мідії, жінки готували стіл, а дітям дали завдання зібрати дрова. Несподівано 12-річний хлопчик пожалівся батькам на **відчуття укусу** під лопаткою, через кілька хвилин – на сильний біль в цьому місці, а далі стало боляче: у попереку, грудях, животі, кінців-

ках. Незворушний батько йому відповів, що треба потерпіти та все швидко минеться: «Ти ж справжній Чоловік!». Однак через хвилин 20 син вже жалівся на сильний біль у всьому тілі та утруднене дихання. Батько-лікар звернув увагу, що у хлопця спостерігається прискорена частота серцевих скорочень та психомоторне збудження, а в ділянці лівої лопатки – червона пляма з ореолом. Побігли в аптеку та ввели дитині внутрішньом'язово глюкокортикоїди, дали таблетки антигістамінних препаратів, але хлопчик продовжував корчитися від болю. Дитину довелося госпіталізувати у лікарню, де йому призначили міорелаксанти та наркотичні анальгетики. З'ясувалось, що син отримав «поцілунок чорної вдови» – **укус павука каракурта**, отрута якого у 15 разів небезпечніша за отруту гюрзи, та могла бути смертельною. Теперішній ареал проживання цієї комахи в Україні – Крим, Херсонська, Донецька, Одеська, Миколаївська області, де всім треба бути обережними. На ранок дитині стало краще, але лікуватися довелося протягом місяця.

- Б) Два відомих лікарі – педіатр та отоларинголог, повертались з конференції додому на літаку. За їхніми місяцями сиділа родина: мати, батько та 6–7 місячна дитинка, яка весь час крутилася на руках старших, її ніяк не могли заспокоїти та роздягли, щоб не було спекотно... Чарівна стюардеса розносила всім пасажирам напої, і сусіди попросили гарячий чай. Не минуло й хвилини, як пролунав **голосний крик дитини на весь літак**, тому що вона зачепила руку матері, і чай пролився на голінь дитини. Мати схопила дівчинку та миттєво побігла у головний кінець літака шукати допомогу. Через кілька хвилин по селектору оголосили, якщо на борту є медики, то просять їх підійти до командира екіпажу, що одразу зробили лікарі. У відсіку для екіпажу вони побачили, що дитинка потужно кричить, мати намагається її утримувати, а молоденька стюардеса на червону голінь намазує якийсь крем, і обпалена шкіра піднімається та відшаровується. Вийшов командир і сказав, що диспетчери вже шукають місце для термінової посадки, щоб дитину відвезти в лікарню.

Тим часом отоларинголог буквально за руку схопив бортпровідницю: «Що ви робите? Це не можна використовувати при

опіках! Потрібна холодна вода, ніжку треба тримати в ній». Всі раптом роззубилися, тому що в туалеті літака ванночку для ніжок ніяк не зробити... Старша стюардеса підхопила відерце для шампанського, яке стояло у бізнес-класі: «Давайте сюди опустимо, я ще лід можу дати!». Дуже ніжно та акуратно отоларинголог тампонами знімав залишки крему з великої бульбашки, що утворилася від опіку на шкірі дитини, яка продовжувала гучно плакати та кричати від болю. Нарешті ніжку опустили у воду з льодом, а педіатр вже знайшла в аптеці сироп протизапального протиболісного дитячого парацетамолу, який дали дівчинці випити. Через 3–5 хвилин дитині стало краще, а педіатр звернулась до матері: «У вас є суміш, чи ви годуєте грудним молоком?». Батько терміново приніс пляшечку молока і вже після перших ковтків дівчинка заспокоїлась та заснула. Потихеньку вийняли ніжку з води, лікар її обробив та забинтував, не порушуючи сон дитини. Так відмінили термінову посадку й долетіли до місця призначення вчасно, де на злітній полосі вже чекала машина швидкої допомоги. Батьки, весь екіпаж та пасажери дуже дякували лікарям, що все склалося вдало.

8.3. Основні принципи оцінювання болю у дітей

Біль – суб'єктивне відчуття, що виникає внаслідок сильних подразнень нервової системи.

- Больові подразнення сприймаються периферійними нервовими рецепторами і передаються по нервових провідниках до головного мозку.
- Про наявність больових відчуттів дитина може впевнено повідомити батьків починаючи з 2-річного віку, а з 3-річного – дитина може частково показати де саме болить.

Н. В. !

Оцінювання інтенсивності болю у дітей

- Оцінювання болю у дітей є важким завданням, особливо у новонароджених та дітей раннього віку і включає в себе визначення основного типу болю, його джерела і розташування, тривалість і виразність больового синдрому.

- Зазвичай це потрібно, щоб допомогти дитині та використати вірні знеболюючі засоби, визначитись з основним діагнозом та припинити дію фактора, що сприяє виникненню болю.
- До процесу оцінки болю залучаються не лише медичні працівники, а й діти, батьки, вихователі.
- Під час обстеження лікар повинен уважно стежити за будь-якими проявами реакції дитини, а дані історії хвороби та фізикального обстеження допоможуть визначитись з можливою причиною болю.
- Вираження болю дітьми залежить від віку дитини.
- Маленькі діти зазвичай використовують прості слова для вираження болю (наприклад «ай»), яких вони навчаються у своїх батьків, і можуть показати на ту частину свого тіла, в якій вони відчують біль.
- Здатність вказувати на наявність болю вербально з'являється в період з двох до чотирьох років. Поступово діти вчаться розрізняти три рівні болю, такі як «трішечки», «трохи» і «сильно».
- У п'ять років діти вже можуть описати біль та визначити його інтенсивність.
- У шість років вони можуть легко розрізняти рівні інтенсивності болю.
- Діти від семи до десяти років можуть пояснити, як, де і коли болить.
- Оцінювання болю у невербальних дітей залежить від батьків або доглядальників, оцінюють за поведінковими реакціями.
- Батьки, як правило, знають типову поведінкову реакцію своєї дитини на біль, і це можна долучити до оцінки болю.
- Спостереження за поведінкою, пов'язаною з болем, є прийнятним підходом до оцінки болю у дітей віком до трьох років і у дітей з обмеженими вербальними здібностями та когнітивною здатністю.

N. B. !

Первинна оцінка болю у дітей

- через розповідь дитини
- поведінкові ознаки (за розповіддю батьків)

- детальну історію болю (коли розпочалась, скільки триває, чинники, що погіршують або тамують біль, засоби, що використовувались)
- фізикальне обстеження всіх органів і систем
- попередній діагноз
- вимірювання інтенсивності болю з використанням відповідного до віку інструменту вимірювання болю (вимірювання болю має проводитися через регулярні проміжки часу, потрібно знати як дитина поводить себе коли не відчуває болю).

8.4. Поведінкові реакції на біль та їх особливості у різних групах дітей

- Поведінкові реакції на біль можуть різнитися залежно від того, біль є гострим чи хронічним.
- При діагностиці поведінкових ознак гострого болю потрібно звертати увагу на вираз обличчя, рухи і пози, нездатність до заспокоєння, плач, стогін.
- При діагностиці поведінкових ознак хронічного болю звертаємо увагу на аномальні пози, страхи, відсутність міміки, відсутність інтересу до того, що відбувається довкола, сумирність чи, навпаки, підвищену дратівливість, поганий настрій, порушення сну, гнів, зміни в апетиті, низьку успішність у школі.
- Діти можуть не виявляти жодного з цих очікуваних сигналів. Вони можуть заперечувати свій біль через страх більш болючого лікування.
- Відсутність цих ознак не означає відсутності болю, і слід подбати про те, щоб уникнути недооцінювання болю.
- При спостереженні тривожної поведінки необхідно брати до уваги підходи, що застосовуються батьками та доглядальниками для втішання дитини, такі як заколисування, доторк і вербальне заспокоєння.

Загальні ознаки наявності болю у дитини раннього віку:

- ✓ неспокій;
- ✓ плач;

- ✓ порушення сну;
- ✓ зниження апетиту.

Як виявити, що саме болить у дитини першого року життя:

- **Головний біль.** Ознаки: монотонний крик, часто тремор підборіддя і кінцівок, пульсація великого тім'ячка, відрижка, блювота, посилення неспокою, крику і плачу при зміні положення голови дитини.
- **При болі в кінцівці.** Обмеження активних рухів, дитина її береже.
- **При болі в животі:** дитина дріботить ніжками, притискає їх до живота, кричить; переривчасто смокче, відригує. Процес смоктання трохи заспокоює дитину. Виникають супутні симптоми: блювання, пронос, закреп (відсутність випорожнень).
- **Біль у вусі.** Ознаками є: постійний плач або хникання, при відсутності змін з боку тім'ячка, зміни положення та будь-якої неврологічної симптоматики (косоокість, тремор, судоми), біль посилюється під час смоктання дитиною грудей або суміші з пляшечки, смоктання грудей в цьому випадку не заспокоює дитину. Можливе блювання.

Поведінкові реакції на біль у дітей з тяжкими порушеннями харчування та у тих, які відстають у розвитку через порушення харчування та/або супутні хронічні стани

- Такі діти часто реагують на біль інакше, ніж діти, котрі мають повноцінне харчування.
- Можуть не проявляти болю через вирази обличчя і плач, натомість можуть скиглити або слабко стогнати і мати обмежені фізичні реакції через недостатній розвиток або апатію.

Поведінкові реакції на біль у невербальних дітей з неврологічними порушеннями

- Такі діти не можуть самостійно повідомляти про свій біль.
- Для багатьох таких дітей біль може стати частою проблемою, яка залишається недолікованою та без відповідної оцінки.

- У цій групі дітей оцінювання болю має відбуватися на основі визначення моделей поведінки дитини, включаючи оцінювання вокалізації (плач, стогін), вираз обличчя (grimаси), неможливість заспокоїтися, збільшення руху, м'язовий тон і позу (вигинання, спастика) і фізіологічні реакції.
- Деякі діти демонструють нетипові моделі поведінки, такі як сміх, нетипові рухи, а також відсутність виразу обличчя.

Методика оцінки болю у дітей молодшого віку (від 3 до 8 років) (рис. 22)

- Діти 3–8 років здатні до кількісної оцінки їх власного болю і в змозі перевести його на візуальне представлення.
- У цій віковій групі біль вимірюється за допомогою візуальної аналогової шкали болю, заснованої на серії картинок, що показують збільшення занепокоєності або болю від мінімального до сильного



Рис. 22. Візуально-аналогові шкали для оцінки болю (<https://doctorthinking.org/2021/01/pain-scale/>)

Методика оцінки болю у дітей старшого віку (від 8 до 11 років)

- Оцінка болю виконується з використанням візуальних аналогових інструментів, що дозволяють оцінити рівень інтенсивності болю за горизонтальною або за вертикальною цифровою шкалою, наприклад лінійка від 0 до 10.
- Дана шкала являє собою лінію довжиною 10 см, намальовану на чистому аркуші паперу – без клітинок.

- Від 0 см – це «болю немає», найправіша точка (10 см) – «най-нестерпніший біль, що ось-ось призведе до загибелі».
- Пацієнт повинен поставити крапку там, де, як він відчуває, розташовується його біль.
- Лікар бере лінійку і дивиться, на якій позначці знаходиться точка пацієнта: **0–1 см** – біль вкрай слабкий; **від 2 до 4 см** – слабкий; **від 4 до 6 см** – помірний; **від 6 до 8 см** – дуже сильний; **8–10 балів** – нестерпний біль.

Методика оцінки болю у підлітків

- Підлітки можуть оцінити свій біль, **використовуючи числову шкалу оцінок болю** (рис. 23).

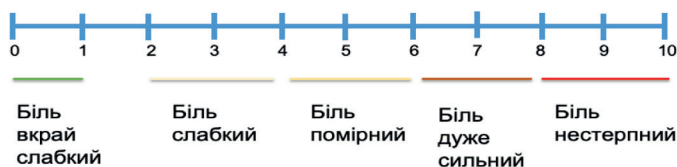


Рис. 23. Числова шкала оцінки болю

- У цій віковій групі може бути отримано опис таких компонентів болю: чи є біль гострий, різучий, за характером ниючий, нагадує печіння або поколювання? Де біль починається і поширився? Як би ви оцінили свій біль за шкалою від 1 до 10? Чи є біль стійким або ж він з'являється і минає? Як часто буває біль? Є що-небудь, що біль зменшує або збільшує?

Методика оцінки болю у новонароджених дітей

- Більшість інструментів оцінки у новонароджених призначені для оцінювання гострого болю, а деякі – для оцінки післяопераційного болю, але не оцінюють стійкий або тривалий біль.
- Шкали для оцінювання болю у новонароджених – це обсерваційно-поведінкові, наприклад: NIPS (табл. 12) (Neonatal Infant Pain Scale).
- Ця шкала болю базується на оцінюванні виразу обличчя, здатності втішатися, рівня взаємодії кінцівок і тулуба, рухових і мовних реакцій.

- Під час епізодів постійного болю новонароджений може увійти в пасивний стан, з обмеженням чи ні рухів тіла, що виражається зниженням варіабельності частоти серцевих скорочень і частоти дихання, а також зниженням споживання кисню.

Таблиця 12

Шкала оцінювання болю у новонароджених/дітей до 1 року
(*Neonatal Infant Pain Scale, NIPS*)

	Оцінювання болю	Бали
Вираз обличчя		
0 – м'язи розслаблені	Спокійне обличчя, нейтральний вираз обличчя	
1 – гримаса	Стислі м'язи обличчя, напружені брови, підборіддя та щелепи (негативний вираз обличчя – ніс, рот, брови)	
Плач		
0 – відсутність плачу	Спокійний	
1 – скиглиць	Помірний переривчастий стогін	
2 – сильний плач	Сильний крик (якщо дитина інтубована – безмовний плач у вигляді рухів рота та обличчя)	
Дихання		
0 – звичайне, спокійне	Звичайне для даної дитини	
1 – візуальні зміни дихання	Нерегулярне вдихання повітря, швидке або із затримкою	
Руки		
0 – розслаблені	М'язи не напружені, спонтанна рухова активність	
1 – зігнуті або витягнуті	Напружені, випрямлені або зігнуті	
Ноги		
0 – розслаблені	М'язи не напружені, спонтанна рухова активність	
1 – зігнуті або витягнуті	Напружені, випрямлені або зігнуті	
Стан неспання		
1 – сон/пробудження	Спокійний/спокійне	
2 – метушливий стан	Тривога, неспокій, нервові рухи	

Примітка: сума балів понад 3 визначає наявність болю (From Lawrence, Alcock D, McGrath P, et al: *The development of a tool to assess neonatal pain, Neonatal Network 12:59–65, 1993*).

8.5. Методика оцінки болю у дітей будь-якого віку з когнітивними порушеннями

- Використовують спеціальні шкали на основі аналізу поведінкових реакцій (табл. 13).
- Отримуємо сумарний показник 0–10 балів, що відповідає інтенсивності болю.

У клінічних умовах вибір шкали болю має відбуватися за **наступними критеріями:**

- підходить для вікової групи, рівня розвитку та соціально-культурного контексту і охоплює всі аспекти болю дитини;
- легко зрозуміла для дитини, батьків та медичних працівників;
- процес підрахунку легкий, короткий і швидкий;
- отримані дані можна записати та легко інтерпретувати;
- легкодоступний та недорогий;
- не вимагає обладнання;
- базується на фактичних даних (достовірність, надійність, чутливість до змін, є можливість інтерпретації та доцільність, встановлені дослідженнями);
- випробуване на багатьох мовах і культурах і широко використовується.

Таблиця 13

Шкала r-FLACC для оцінки болю у дітей з когнітивними відхиленнями (2)

Показник	Бальна оцінка		
	0	1	2
1	2	3	4
Обличчя	Відсутність будь-якої особливості гримаси або посмішка	Періодична гримаса або несхвальний погляд, усамітнення, відсутність інтересу (виглядає сумним і засмученим)	Частий або постійний несхвальний вигляд, стислі щелепи, тремтіння (<i>вираз стресу, переляку або паніки</i>)
Ноги	Нормальне положення або розслабленість	Скутість, неспокій, напруга (<i>періодичний тремор</i>)	Поштовхи ногами або їх витягування (<i>значне посилення спастики, постійний тремор або різкі поштовхоподібні рухи</i>)

Продовження табл. 13

1	2	3	4
Активність	Спокійне положення лежачи, нормальне положення, легке переміщення	Вигинання, переміщення вперед/назад, напруженість (помірне збудження, поверхнєве, напружене дихання, періодичні зітхання)	Увігнутість, ригідність або різкі поштовхоподібні рухи (виражене збудження, удари головою; тремтіння; затримка дихання, глибокі або різкі зітхання; виражена ригідність)
Крик	Відсутність крику (при неспанні і під час сну)	Стогін або ниття, періодична незадоволеність (періодичний вербальний сплеск або бурмотіння)	Постійний крик, пронизливий крик або схлипування (постійні вербальні сплески або бурмотіння)
Здатність до зовнішнього заспокоєння	Здатність, розслабленість	Здатність при періодичному контакті, обніманні або спілкуванні, можливість відвернути	Складність заспокоєння (відитовхування того, хто надає допомогу, опір йому або заходам щодо забезпечення комфорту)

Алгоритм для проведення оцінювання та інтерпретації рівня болю за самооцінкою дитини старшого віку

- Якщо це можливо, ознайомте дитину зі шкалою болю, коли вона не відчуває болю, тому що біль завадить концентрації дитини.
- Поясніть дитині, що вимірюється тяжкість болю, а не хвилювання чи страх болю, надайте дитині можливість попрактикуватися зі шкалою.
- За можливості збирайте регулярні оцінки болю та спостерігайте за ефектом втручань, які супроводжуються посиленням болю (наприклад, ін'єкції).
- Враховуйте записані результати оцінки болю коли плануєте лікування.
- Використовуйте заходи спостереження за дуже маленькими дітьми або дітьми з когнітивними порушеннями.
- Утримуйтеся від розпитування дитини про біль, який вона відчувала давно, оскільки оцінка згаданого болю навряд чи буде точною.
- Набуття оцінки болю не повинно замінювати розмов з дітьми, їх висловлення завжди має відбуватися.

- Невідповідності, що виникають між оцінками болю, наданими дитиною, батьками та лікарем, часто можна з'ясувати шляхом обговорення.

8.6. Зневоднення у дітей та його оцінка

Зневоднення – патологічний стан, який виникає, коли організм не має достатньої кількості рідини. Зневоднення трапляється у дітей частіше, особливо у немовлят і у маленьких дітей, оскільки діти втрачають рідину швидше, ніж дорослі.

Причини зневоднення

- підвищене потовиділення при високій температурі тіла або навколишнього середовища, надмірних фізичних навантаженнях;
- тривале блювання або пронос;
- обмеженням споживання рідини деякими захворюваннями, що супроводжуються збільшенням кількості сечі (діабет), або відмова вживати їжу та пити через біль у горлі;
- харчові отруєння, які супроводжуються діареєю, блюванням;
- вживанням в їжу продуктів, які посилено виводять воду (чай, кава, алкоголь);
- прийомом деяких ліків (діуретики, нейролептики, антигіпертензивні і антигістамінні препарати);
- тепловий або сонячний удар;
- опіки.

Н. В. !

Основні ознаки для оцінки ступеня зневоднення дитини (табл. 14)

- наскільки втрачена вага тіла дитини;
- свідомість (стан нервової системи);
- спрага;
- тімячко (дитина до року);
- очні яблука;
- слизова рота;
- шкірна складка на кисті;

- артеріальний тиск;
- кількість сечовипускань та об'єм сечі.

Таблиця 14

Ступені зневоднення

Ознака		Легка (I ст.)	Середньо- тяжка (II ст.)	Тяжка (III ст.)
1		2	3	4
Втра- та маси тіла	Діти віком до 3-х років	3–5 %	6–9 %	10 % і більше
	Діти ві- ком 3–14 років	До 3 %	До 6 %	До 9 %
Загальний стан		Занепоко- ення	Занепокоєння або сонливість	Млявість, сонливість
Спрага		П'є жадібно	П'є жадібно	Не п'є
Тім'ячко		Не змінене	Злегка запале	Запале
Очні яблука		Не змінені	М'які	Сильно запалі
Слизова порож- нина рота		Волога	Злегка суха	Суха
Шкірна складка		Зникає відразу	Розправляється повільно	Може розправляти- ся повільно (>2 сек.) чи не розправляєть- ся взагалі
Артеріальний тиск		Норма	Знижений	Значно знижений
Діурез		Збереже- ний	Знижений	Значно знижений до 10 мл/кг добу



**Найбільш небезпечне зневоднення у дитини
раннього віку, коли вона не може повідомити
про свої відчуття**

Перші ознаки зневоднення у дитини раннього віку

- малюк часто облизує губи, може тягнутися до води, коли її бачить;
- занепокоєння дитини;
- задишка у дітей раннього віку;
- повільне наповнення підгузника;
- яскраво-жовтий насичений колір і різкий запах сечі;

- голосний плач;
- при розтягуванні пальцями шкіри немовляти шкірна складка розправляється менш ніж за 2 секунди, оскільки поки вона ще насичена водою;
- можуть з'являтися яскраві прояви блювоти;
- зміна стану слизових оболонок, хоча поки що вони залишаються вологими.

N. B. !

Реальною загрозою життю дитини раннього віку є тяжке зневоднення.

В результаті важкого зневоднення погіршується робота центральної нервової системи, серця, легень.

Приводом для негайної госпіталізації є такі ознаки зневоднення у дитини до року:

- блискучі і сухі слизові оболонки;
- різко знижений тургор шкіри;
- холодні на дотик кисті і стопи;
- відсутність виділення сечі;
- рідкісний пульс;
- мармуровий малюнок на шкірі;
- відсутність міміки;
- втрати свідомості;
- малюк не може повністю стулити очі;
- долоньки немовляти зовні нагадують руки пралі;
- різке западання великого тім'ячка;
- осиплість голосу при плачі;
- судоми;
- шкірна складка розправляється за 2 і більше секунд;
- немовля не фіксує погляд;
- млявість, загальмованість;
- стан сопору.

N. B. !

Необхідність госпіталізації дітей будь-якого віку після визначення ступеня зневоднення

- при легкому ступені, якщо дитина припинила втрачати рідину – не потрібна;

- при середньому, якщо припинила втрачати рідину – не потрібна;
- при тяжкому, або за умови, що дитина продовжує втрачати рідину (блювання або пронос) – необхідна госпіталізація.

Н. В. !

Групи ризику по виникненню швидкого зневоднення

- Немовлята та маленькі діти через виражену діарею і блювання, жар (температура тіла 38 °С та вище) втрачають найбільше води. Немовля не може сказати вам, що хоче пити, або самостійно випити води.
- Хворі на застуду або при болю у горлі можуть не захотіти вживати достатню кількість рідини та їжі.
- Пацієнти з хронічними захворюваннями, такі як цукровий діабет 1-го чи 2-го типу. У них можуть бути часті сечовипускання, особливо коли хвороба неконтрольована.
- Особи, які приймають діуретики (сечогінні препарати).
- Фізично активні люди у спекотну та вологу погоду іноді не охолоджуються ефективно через те, що їх піт не випаровується. Це може призвести до теплового удару, підвищення температури тіла та необхідності поповнювати запаси води в організмі.

Контрольні питання до теми:

1. Знати основні принципи діагностики болю у дітей.
2. Як визначити наявність болю у дітей першого року життя.
3. Визначення наявності болю у дітей віком 1–3 роки, 3–8 років, підлітків.
4. Методика оцінки болю у дітей будь-якого віку з когнітивними порушеннями.
5. Алгоритм для проведення оцінювання та інтерпретації рівня болю за самооцінкою дитини старшого віку.
6. Основні причини зневоднення у дітей.
7. Основні ознаки для оцінки ступеня зневоднення дитини.
8. Перші ознаки зневоднення у дитини раннього віку.

9. Знати ступені зневоднення.
10. Групи ризику по виникненню швидкого зневоднення.

Тестові завдання:

1. Дефіцит рідини до 5 % становить при:
 - A. Легкому ступені зневоднення
 - B. Середньому ступені зневоднення
 - C. Тяжкого зневоднення
 - D. Це не зневоднення
2. Шкала обличчя Вонга Бекера відноситься до:
 - A. Візуально аналогових шкал оцінки болю
 - B. До поведінкових шкал оцінку болю
 - C. До таблиць для оцінки зневоднення
 - D. До шкали для оцінки вгодованості
3. Поведінкова шкала оцінки болю включає в себе:
 - A. Вираз обличчя
 - B. Рухи кінцівок
 - C. Плач
 - D. Все з перерахованого
4. Вибір шкали для оцінки болю залежить від:
 - A. Бажання лікаря
 - B. Бажання дитини
 - C. Наявності її поруч
 - D. Віку дитини
5. Шкала для оцінки болю у дитини, коли вона порівнює силу свого болю або з виразом обличчя, що відображає її страждання або з цифрою від 0-10, називається:
 - A. Візуально-аналогова шкала
 - B. Шкала Апгар
 - C. Шкала поведінкових реакцій
 - D. Обсерваційно-поведінкова
6. Можливі причини зневоднення у дитини:
 - A. Підвищене потовиділення при високій температурі тіла
 - B. Тривале блювання або пронос
 - C. Відмова вживати їжу та пити через біль в горлі

- D. Харчові отруєння, які супроводжуються діареєю, блювотою
E. Все перераховане вірно
7. При огляді дитина 7 місяців жадібно п'є запропоновану воду, відчувається западіння великого тім'ячка, видно западіння очей, такі ознаки характеризують:
- A. Легкий ступінь зневоднення
B. Середній ступінь зневоднення
C. Тяжкий ступінь зневоднення
D. Не характеризує зневоднення
8. При огляді дитина 2 років не п'є запропоновану воду, язик сухий, очі запалі, шкіра дуже суха, складка шкіри довго не розправляється, такі ознаки характеризують :
- A. Легкий ступінь зневоднення
B. Середній ступінь зневоднення
C. Тяжкий ступінь зневоднення
D. Не характеризує зневоднення
9. Дитина 6 місяців має монотонний крик, блювання, вимушено закинуту голову, велике тім'ячко випинає та пульсує, здається, що в неї є больовий синдром, де на вашу думку локалізація болю?
- A. Біль у вусі
B. Головний біль
C. Біль у правій верхній кінцівці
D. Біль у животі
E. Біль у спині
10. Дитина 3 років сидить на руках у мами та притримує праву верхню кінцівку іншою рукою, не втримує в правій руці запропоновану іграшку та постійно плаче, на питання, що в неї болить не відповідає, лише плаче. Де на вашу думку локалізація болю?
- A. Біль у вусі
B. Головний біль
C. Біль у правій верхній кінцівці
D. Біль у животі
E. Біль у спині

11. Якщо дитина 3 місяців плаче, при цьому заспокоюється при прикладанні до грудей, але ненадовго, є зригування, здутий животик та перебирає ніжками під час плачу, про біль в якій частині тіла ви б подумали?
 - A. Біль у вусі
 - B. Головний біль
 - C. Біль у правій верхній кінцівці
 - D. Біль у животі
 - E. Біль у спині
12. Особливості поведінкової реакції дитини при болі у вусі:
 - A. Перебирає ніжками
 - B. Плаче сильніше при смоктанні
 - C. Плаче менше при смоктанні
 - D. Закинута голова
 - E. Випинає тім'ячко
13. Тяжкий хворобливий стан організму, що виникає внаслідок браку рідини, необхідної для звичайної життєдіяльності усіх систем і органів:
 - A. Гіпоксія
 - B. Зневоднення
 - C. Больовий синдром
 - D. Гіперкапнія
 - E. Діарея
14. Про легке зневоднення у дитини можна говорити коли втрата рідини організмом немовляти складає близько:
 - A. 5 % рідини
 - B. 8 % рідини
 - C. 10 % рідини
 - D. 15 % рідини
15. Ознаки тяжкого зневоднення виникають, коли організм дитини втрачає рідину від загальної маси тіла:
 - A. Більше 10 %
 - B. 5 % рідини
 - C. 8 % рідини
 - D. Більше 15 % рідини

Література:

1. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / за ред. акад. НАМН України проф. В. Г. Майданика. 2-ге вид. випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 871 с.
2. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 262 с.
3. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 326 с.
4. Рощин О. А.. Цікаві випадки з практики чудових лікарів : зб. / К. : ТОВ «Вб»Аванпост – ПРИМ», 2017. 228 с.
5. Приклади шкал для оцінки болю у дітей. URL: <https://doctorthinking.org/2021/01/pain-scale/>
6. Хронічний біль у дітей, клінічна настанова, заснована на доказах, 2023 р. МОЗ України. URL: <https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/04/kn-2023-hb-u-ditej.pdf>
7. Рекомендації центру громадського здоров'я при зневодненні у дітей. URL: <https://phc.org.ua/news/znevodnennya-ta-yogo-profilaktika>
8. URL: <https://en.ppt-online.org/104383>



Розділ ІХ

ЩОДЕННИКИ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ХВОРОЇ ДИТИНИ (ХАРЧУВАННЯ, ВИПОРОЖНЕНЬ, ПЛАЧУ, ГОЛОВНОГО БОЛЮ, ТЕМПЕРАТУРИ ТІЛА, ГІДРОБАЛАНСУ, СЕЧОВИПУСКАНЬ)

«Ми, навіть приблизно не знаємо, які неохопні розумом, незбагненно великі можливості дитячого організму до відновлення»

А. Рейзис

9.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Гідробаланс	Співвідношення рідини, що потрапила в організм, і рідини, виділеної організмом за певний проміжок часу
Діурез	Виділення сечі за певний проміжок часу
Добовий діурез	Загальна кількість сечі, яку виділив пацієнт протягом доби
Щоденник харчування	Зошит обліку всього, що з'їдає дитина і її реакцій
Енурез	Захворювання, яке характеризується мимовільним сечовипусканням або нетриманням сечі уві сні
Нетримання сечі	Захворювання, яке характеризується мимовільним сечовипусканням або нетриманням сечі під час неспання

Щоденник спостереження	Зошит обліку певного симптому, або певного дослідження у конкретної дитини її батьками
Гіпонатріємія	Зниження рівня натрію в крові
Гіпергідратація	Надмірне надходження рідини в організм людини
Дегідратація	Втрата рідини організмом людини
Цефалгія	Головний біль
Нейропластичність	Високий рівень можливостей у дітей по структурно-функціональному відновленню втрачених зв'язків між нейронами після їх пошкодження
Мігрень	Сильний виснажливий головний біль, що супроводжується нудотою, блюванням, утрудненим мовленням, онімінням або поколюванням в тілі, а також чутливістю до світла і звуку
Температурна крива	Лінія, яка на температурному листі об'єднує всі показники та демонструє характерну динаміку патологічного процесу
Термоневроз	Підвищення температури тіла у дитини під впливом стресових подій та психотравмуючих ситуацій (наприклад воєнних)
Аспіринова проба	Одноразове призначення аспірину для виключення запального процесу як причини підвищення температури тіла

9.2. Цікаві клінічні випадки

1. Використання температурної кривої для діагностики захворювань (напр. гострий лейкоз чи інфекційний процес) можливо тільки в комплексному підході (за причини маскування захворювань)

Дитина 5-місячного віку має високу лихоманку, щодня в неї спостерігають підвищення температури тіла до 40 градусів С, але не постійно, а «свічками», тобто періодичними різкими підйомами з погіршенням загального стану. У неї підозрюють гострий лейкоз (тяжке онкологічне захворювання крові). Цікаво, що між «свічками» температури дитина почувається

досить добре, навіть додає у вазі. Але лікарі мають аналізи крові, в яких визначається величезне підвищення лейкоцитів та наявні молоді форми, що може свідчити про захворювання крові. При огляді лікар-консультант констатує, що дитина не має блідості, виснаження, досить активна, лімфовузли, печінка, селезінка – не збільшені, що ставить під сумнів підозру на такий тяжкий діагноз. Досвідчений педіатр ретельно оглядає, як належно, усі «дірочки», і побачила в ділянці заднепрхідного отвору невелике почервоніння, причому при натисканні на нього – дитина голосно кричить, а пальпація виявляє ущільнення та різку болючість. На питання лікаря – чи плаче дівчинка під час акту дефекації, мати зі сльозами пожалілась: «Кожен раз, бідненька, ходить з таким криком, плачем, навіть потіє, а потім одразу легше стає, навіть температура знижується. Але я не розказувала про це лікарям...» Коли педіатр надягла гумову рукавичку та провела пальцеве дослідження прямої кишки, встановила величезне різко болюче утворення. Це був «**парапроктит**» (гнійне запалення клітковини навколо прямої кишки). Викликали хірурга, який його розкрив, і вже через добу не було у дитини ні підвищень температури, ні лейкоцитозу.

2. Ведення спеціальних щоденників спостереження призначається тільки лікарем

- А) До лікаря-педіатра звернулись батьки з бабусяю, які скаржились, що у їх 5-річного хлопчика дуже виражений **закреп**, причому дитина може не ходити в туалет протягом тижня, що у них ретельно зафіксовано (родичі самостійно завели щоденник випорожнень). Вся родина «живе» цією проблемою, постійно ходять за дитиною та дивляться в горщик, батько щоразу прийшовши з роботи цікавиться: «Чи був у сина стілець?». При огляді малюк виглядає досить жвавим, вгодованим, колір шкіри блідо-рожевий, але гіперактивний – крутиться весь час, стрибає, багато говорить, але у нього посмикується одна щока та інколи шия (**тикозний розлад**). Відхилен в стані органів та систем у дитини лікар не знайшла. При продовженні бесіди

з батьками вона остаточно розуміє, що цей закрес у хлопчика сформувався як прояв **загального невротичного стану**, тому що всі члени родини сконцентровані на цій проблемі і знаходяться в психотравмуючій атмосфері напруженого очікування стільця. Педіатр призначила заспокійливий засіб всім членам родини, порекомендувала відволіктись від проблеми, переключити увагу на розвиток (малювання, книжки, музика). Вже через місяць визначилось суттєве покращення, причому не тільки у дитини, а легше стало всій сім'ї. Так, неправильне використання щоденника спостереження стало пусковим механізмом прогресування захворювання.

- Б) В лікарню поступила дівчинка 6-ти років у вкрай виснаженому стані, який прогресував в результаті **постійної блювоти**, що виникала після кожного прийому їжі. Дівчинка з матеріально забезпеченої сім'ї, її намагались нагодувати найкращими продуктами, пропонували все, що вона захоче, змушували їсти та розважали під час їди різними способами. Завели щоденник харчування, в якому фіксували всі його особливості. Але нічого не допомагало: після кожного годування, незалежно від складу чи кількості блюд, у дівчинки виникало блювання. Вона слабшала, була худа, бліда, її госпіталізували в лікарню на обстеження. Черговому лікарю на вечір передали цю пацієнтку з попередженням, що за нею необхідно ретельно спостерігати. Під час вечері педіатр пішла у їдальню подивитися як діти їдять. Здивувала ця дівчинка: вона їла з великим апетитом лікарняну (просту, не дуже смачну) кашу та хліб як дуже голодна людина. А зазвичай ті, хто очікують блювоту приймають їжу зі значною обережністю, щоб не викликати неприємні прояви. Тому лікар продовжила спостерігати. Дівчинка закінчила їсти та почала озиратись навколо, що роблять інші діти. Ніхто на неї не звертав уваги: хтось продовжував їсти, хтось вже збирався йти в палату. І вона повернулася до лікаря: «А я зараз виблюю». Лікар вирішила перевірити свою здогадку і спокійно сказала: «Блюй!». Дівчинка не зрозуміла,

пригрозила ще раз: «Я виблюю». «Ну й блюй!», – з байдужістю відповіла педіатр. Дівчинка з безпорадністю, збентежено, зі сльозами вже тихо повторила загрозу ще раз, але блювоти так і не було. Так розкрилась **невротична блювота**, що була сформована гіперопікою та надмірним хвилюванням батьків. Хвора отримала відповідне лікування, блювота зникла, а дівчинка підвищила вагу на 6 кг.

3. **Щоденники спостережень дозволяють поставити правильний діагноз**

До педіатра під час війни звернулась мати з хлопчиком 7-ми років, у якого на фоні обстрілів та повітряних тривог з'явилися прояви спочатку **енурезу**, а потім вже й **нетримання сечі під час неспання**. Перестали користуватись памперсами, коли дитині було ще 3 роки, він активно відчував поклики на сечовипускання, самостійно ходив на горщик за потребою, весь час був «сухим». Тобто стало ясно, що заворування пов'язано зі стресовими подіями воєнного часу. На питання лікаря про особливості сечовипускання в денний час та як патологічні події розгортаються під час сну (у яку годину ночі, яка кількість сечі виділяється, скільки разів за ніч дитина мочиться), мати не могла відповісти, тому був призначений для спостереження протягом тижня **щоденник сечовипускань**, або їх добовий моніторинг. На наступну зустріч мати його принесла і стало ясно, що у дитини **тяжка форма енурезу** (він мав мимовільні сечовипускання майже кожну ніч, інколи кілька разів за ніч), що це **поєднана патологія з денним нетриманням сечі**, при якому дитина кожного разу не відчуває поклик, «заграється», на що вказує великий об'єм сечі, що виділяється мимовільно (так була з'ясована причина – прояв **нейрогенного гіпорефлекторного сечового міхура**). Завдяки такому простому методу діагностики був сформований відповідний до діагнозу стратегічний план лікування, підібрані медикаментозні та фізіо- і психотерапевтичні методи лікування, вже через 6 місяців дитина одужала.

9.3. Значення щоденників спостереження в педіатрії

В історіях хвороби важливе місце займають медичні документи, в яких щодня відмічаються важливі показники спостереження за динамікою стану хворої дитини. До них відносяться **обов'язкові** – це температурний лист, із зазначенням показників артеріального тиску, частоти дихання та серцевих скорочень. Є також **спеціальні листи** спостережень, які використовують за призначенням лікаря, коли зміни проявів хвороби протягом доби мають важливе діагностичне та терапевтичне значення. До них відносяться: лист гідробалансу, добовий моніторинг сечовипускання, щоденники випорожнень, плачу, харчування, блювоти, болю та ін.

Щоденники спостереження особливо необхідні в педіатрії з вагомих причин:

- особливістю захворювань у дітей – є швидка динаміка розвитку патологічного процесу, причому, чим молодша дитина, тим з більшою швидкістю відбуваються зміни як у бік покращення, так і в бік погіршення стану, що необхідно ретельно відслідковувати. Так, наприклад, у неонатологів, які працюють з дітьми 1-го місяця життя, стратегія призначення діагностичних та лікувальних заходів рахується навіть не годинами, а хвилинами. При незнанні таких особливостей дитина в цьому віці може померти від банального гострого респіраторного захворювання, якщо вчасно не надати медичну допомогу;
- завдяки особливостям будови та функціонування органів та систем в дитячому віці, всі патологічні процеси, які виникають під впливом різних факторів (інфекційних, хімічних речовин, фізичних – механічна травма чи радіоактивне випромінювання, ін.) мають найпотужніші механізми до самовідновлення (напр. сучасні дослідження про високий рівень можливості процесів нейропластичності у дітей), що можна виявляти в умовах ретельного спостереження;

- прояви великої кількості захворювань у дітей приховані під маскою інших, що виявляється тільки з часом (напр. вчені підрахували, що під болям у животі не з приводу враження ШКТ, а в результаті інфекційно-запального процесу сечової системи, або під виглядом вірусного гепатиту, ховаються 83 види захворювань з різних розділів педіатрії);
- для своєчасного прийняття рішень по координації призначення подальших діагностичних процедур;
- для вибору найоптимальнішого переліку ліків, їх дозування та терміну використання, тому що в педіатрії лікар з кожним пацієнтом знаходиться в ситуації «між двома вогнями»: з одного боку, необхідно обрати найефективніший препарат чи терапевтичний засіб, а з іншого – не отримати чи мінімізувати його побічну дію.

9.4. Температурний лист.

Практика використання в педіатрії

- Температурний лист (форма N 004/о) є оперативним документом для графічного зображення деяких основних даних, які характеризують стан здоров'я хворого: пульс, артеріальний тиск, температура тощо.
- Він є однією зі складових історії хвороби. Сюди заносяться результати вимірювання температури у пацієнта вранці та ввечері.
- На основі даних будується графічне відображення зміни температури у пацієнта протягом дня, тижня і т.д.

N. B. !

Окрім температурного листа, досить часто призначається для спостереження за динамікою температури тіла її вимірювання кожні 3 години протягом дня / доби. Така потреба виникає, коли треба з'ясувати участь впливу психотравмуючого фактору на зміни температури тіла, тобто виникнення термоневрозу у дитини. Інколи в подібних випадках на фоні такого багаторазового вимірювання призначають т.з. аспіри-

нову пробу, яка дає можливість виключити вплив запального процесу на підйоми температури.

9.5. Принципи використання щоденника харчування в педіатричній практиці

- ✓ Щоденник харчування – один з інструментів, яким користується лікар при зборі анамнезу пацієнта.
- ✓ Щоденник харчування – зошит обліку всього, що з'їдає дитина, і її реакцій. Аналізуючи цей щоденник, лікар зможе визначити продукти, що викликають у дитини алергію або кишковий розлад, і скласти корисний і безпечний для неї раціон.
- ✓ Ведення щоденника харчування має сенс тільки в тому випадку, якщо в нього записується абсолютно все, що з'їла, випила, або облизала дитина. Найголовніше правило при його заповненні – «з'їв – записав».
- ✓ Зазвичай харчовий щоденник ведеться два тижні, потім його оцінює лікар, здаються аналізи, мама отримує рекомендації. За потреби, щоденник заповнюють повторно.
- ✓ Якщо дитина на грудному або змішаному вигодовуванні, то харчовий щоденник краще вести і мамі, і дитині.
- ✓ При штучному вигодовуванні харчовий щоденник можна заповнювати тільки на дитину.
- ✓ У щоденниках мама відображає стан шкіри і дихання малюка після їжі, його фізичну активність, реакцію кишківника на продукт, емоційний стан протягом дня, враховується і наявність тварин в будинку (табл. 15).



Таблиця 15

Приклад ведення щоденника харчування

Ім'я _____ Вік _____ Дата спостереження _____

Години прийому їжі	Що з'їла дитина	Реакції	Примітка

Приклад заповнення харчового щоденника

Аня, 2 роки

Час вживання їжі	Вид продукту та кількість	Шкіра та дихання	Розлади ШКТ	Загальний стан	Примітка
9:00	Каша вівсяна (100,0) Молоко (100,0) Вершкове масло (5,0) Чай з цукром (100,0)	9:20 почерво- ніння на щоках та навколо губ	12:30 рідкі випо- рожен- ня	Задовіль- ний	9:10 прийом віт. Д – 1 крапля

9.6. Щоденник плачу в практиці педіатра

- **Плач** – одна з фізіологічних реакцій людського організму. В дитячому віці плач є наслідком голоду, болю, стресу, потреби в увазі та ін.
- Найбільш частою причиною плачу в ранньому дитячому віці є **кольки** – це раптові і виражені напади плачу і неспокою немовлят впродовж 3 і більше годин протягом доби не менше 3 днів на тиждень протягом хоча б одного тижня.
- Педіатри рекомендують вести щоденник із зазначенням часу кожного епізоду плачу. У ньому відзначаєте початок, кінець плачу і причину. В кінці дня підрахуйте, скільки плакала дитина всього і окремо – скільки плакала з невідомої причини (табл. 16).

Таблиця 16

Приклад щоденника дитячого плачу:

Ім'я _____ Аня _____ Вік 2 міс. Дата _____

Початок і кінець плачу	Усього хвилин	Причина
1	2	3
5:33-5:46	13	Брудний підгузник
8:14-8:57	47	Переляк
11:00-11:22	22	Голод
15:13-15:20	7	Брудний підгузник
16:49-17:15	26	Причина невідома

<i>Продовження табл. 16</i>		
1	2	3
19:38-20:02	24	Інша відома причина
23:00-23:20	20	Голод
Усього	155	
Плач з невідомої причини	26	

9.7. Щоденник головного болю для лікаря педіатра

- Головний біль є одним з п'яти найбільш значимих проблем дитячого здоров'я.
- Більше 80 % головного болю у дітей це первинні форми цефалгії – мігрень та головний біль напруження, або їх поєднання.
- Пік виникнення головного болю припадає на 11–13 років незалежно від статі дитини.
- Щоб правильно діагностувати та лікувати цей патологічний стан показана необхідність вести дитячі щоденники головного болю та опитування вихователів та батьків для виявлення його причин.
- Близько 36 % батьків не знають про наявність рецидивів епізодів головного болю у своїх дітей.
- Щоденник головного болю – надійний інструмент для виявлення та оцінки головного болю у дітей. В ньому фіксується: тривалість болю, вживання напередодні харчових продуктів, стресові чи будь-які значимі події, які відбулися напередодні та ін. (табл. 17).

Таблиця 17

Приклад щоденника головного болю

Дата	Інтен-сивність головного болю (бали) 1-легкий... 5-нестерпний	Трива-лість головно-го болю (години, хвилини)	Ліки, які засто-сують при головному болю (назва і доза)	Чинни-ки, які прово-кують голов-ний біль	Супут-ні симп-томи
1	2	3	4	5	6
1					
2					

<i>Продовження табл. 17</i>					
1	2	3	4	5	6
...					
31					
Усього днів з головним болем					
Основні чинники, які викликають головний біль					

9.8. Щоденник випорожнень в практиці дитячого лікаря

- Серед поширених симптомів, які викликають занепокоєння у батьків та привертають до себе увагу лікарів вже з перших днів життя дитини, є порушення випорожнень, що необхідно контролювати.
- Щоденник випорожнень – метод обліку, в якому ви будете вказувати час, місце і тип дефекації вашої дитини.
- Намагайтеся вести щоденник відвідування туалету протягом 1 тижня. Якщо ваша дитина ходить в дитячий садок, попросіть вихователя поспостерігати за звичками вашої дитини.
- Щоденник випорожнень може надати медичному працівнику корисну інформацію, а також допомагає визначити можливі фактори, що заважають формуванню стільця і дефекації:
- Візуально огляньте стілець після дефекації, зазначивши його консистенцію, форму і текстуру. Фотографування також може бути корисно для візуального щоденника (*табл. 18*).
- Зверніть увагу на будь-які симптоми, які могли виникнути безпосередньо перед, під час і відразу після дефекації. Важливі такі симптоми, як напруга при дефекації, дискомфорт і біль, поклики на дефекацію, після дефекації і спазми в животі.
- Постарайтеся визначити можливі продукти, які можуть сприяти порушенню стільця і дефекації. Зазвичай це продукти, які були вжиті в той же день і за 72 години до дефекації.

Приклад. Щоденник випорожнень

Дата	Час	Тип калових мас	Побічні симптоми
Понеділок 1.01.22	10:15	Тип 2	Біль при дефекації
П'ятниця 5.01.22	16:30	Тип 2	-

Зараз педіатрами використовується Бристольська шкала випорожнень (рис. 24).









Бристольська шкала форми випорожнень			
Значний час транзиту (100 год)  Короткий час транзиту (10 годин)	Тип калу	Опис зовнішнього вигляду	Форма
	Тип 1	Окремі тверді грудочки, як горіхи, важко просуваються	
	Тип 2	У формі ковбаски, але з грудочками	
	Тип 3	У формі ковбаски, але з ребристою поверхнею	
	Тип 4	У формі гладенької ковбаски	
	Тип 5	М'які маленькі грудочки з рівними краями	
	Тип 6	Рихлі частки з нерівними краями, кашкоподібні випорожнення	
	Тип 7	Водянисті, без твердих часточок, повністю рідкі	

Рис. 24. Бристольська шкала форми випорожнень

9.9. Принципи використання педіатрами щоденників гідробалансу

- Гідробаланс – це співвідношення рідини, що потрапила в організм, і рідини, виділеної організмом за певний проміжок часу.
- Введена рідина – вся рідина, що потрапила в організм з питтям або їжею. Виділена рідина – рідина, яка покинула організм з фізіологічними виділеннями, потом, диханням.
- Поняття гідробалансу також використовується для стану рівноваги між втратами і надходженням вологи в організмі.
- Оптимальний гідробаланс дорівнює одиниці або 100 % (коли кількість поглиненої і витраченої вологи однакова) і є одним з важливих умов гарного самопочуття і нормального функціонування всіх внутрішніх органів.
- Порушений гідробаланс (негативний гідробаланс = дегідратація) загрожує зневодненням різного ступеня.
- Надмірне вживання води – це гіпергідратація, (позитивний гідробаланс). Гіпергідратація може призвести до гіпонатріємії, тобто до пониженого вмісту натрію в крові, коли нирки не можуть переробити занадто великий обсяг рідини в організмі.
- Добова потреба людини становить приблизно 33–40 мл води на 1 кг маси тіла на добу. Потреба новонародженого – 120–140 мл на кг, а дитина у віці 1–7 років потребує 80–100 мл води на кілограм ваги.
- Підвищення температури тіла на 1°C збільшує потребу у воді на 100 мл, посилене потовиділення вимагає додаткових 500–1000 мл.
- Основним джерелом надходження води в організм (близько 60 %) є вода і різноманітні безалкогольні напої.
- Близько 30 % води надходить в організм з їжею, і ще 10 % є ендогенної води, що утворюється в організмі в процесі окислення білків, жирів і вуглеводів.

N. B. !

Діурез – це виділення сечі за певний проміжок часу.

Добовий діурез – це загальна кількість сечі, яку виділив пацієнт протягом доби.

Добовий діурез залежить від віку дитини, температури та вологості навколишнього середовища, умов харчування.

Він повинен складати 75–80 % від кількості випитої рідини, 20–25 % рідини виводиться потом, диханням та випорожненнями.

9.10. Підрахунок добового діурезу

Проводиться для визначення добової кількості сечовипускань (враховується нічний та денний діурез), визначає присутність речовин, які свідчать про ті чи інші відхилення.

Обов'язковою умовою є врахування кількості виділеної рідини з блювотою, випорожненнями пацієнта.

Недосконалість водовивідної функції пояснює високий діурез (виділення сечі за одиницю часу).

В перші дні життя хвилинний діурез складає 2 мл/хв на 1 м² поверхні тіла, у дорослого – 0,6 мл/хв. Добова кількість сечі з віком зростає: до кінця першого місяця життя добовий діурез складає 200–300 мл, до кінця року – 600 мл.

У дітей, старше року і до 10 років добовий діурез можна визначити за допомогою емпіричної формули: **$600 + 100(n - 1)$** , де ***n*** – вік дитини в роках.

Діти, старше 10 років виділяють за добу стільки ж сечі, скільки й дорослі (1700–2000 мл).

Методика вимірювання діурезу у дітей різного віку

1. Оцінити здатність дитини старшого віку до самостійного проведення процедури. Необхідно поінформувати пацієнта про мету та хід дослідження та отримати його згоду на процедуру.
2. Пояснити пацієнту та батькам про необхідність дотримання звичайного питного, харчового та рухового режиму.
3. Впевнитись, що пацієнт останні 3 дні не отримував діуретичні засоби. Надати детальну інформацію про порядок записів в листі гідробалансу, впевнитись, що пацієнт зможе самостійно заповнювати лист.

4. Пояснити, що о 6.00 ранку необхідно зробити сечопуск в унітаз. Збирати сечу після кожного наступного сечопуску в градуйовану ємкість, вимірювати діурез. Фіксувати час та кількість виділеної та вжитої рідини в листі гідробалансу протягом доби до 6.00 наступного ранку.

N. B. !

Розрахунок водного балансу проводять за формулою:

Кількість виділеної сечі $\times 0,8$ = кількості сечі, яка повинна виділитись у нормі, де – 0,8 (80 % від кількості випитої рідини). Необхідно порівняти кількість виділеної з кількістю розрахованої рідини (в нормі) (табл. 19).

- Негативний водний баланс – це виділення меншої кількості рідини, ніж розраховано (в нормі) + 5–10 %
- Позитивний водний баланс – це виділення більшої кількості рідини, ніж розраховано.

Таблиця 19

Приклад №2. Щоденник гідробалансу

Дата _____

Іван М., 11 років. Вага _____

Діагноз: обстеження.

Час	Випито	Кількість рідини	Час	Виділено сечі
9.00	сніданок	250,0	10.40	220,0
10.00	в/в крапельно	400,0	12.00	180,0
14.00	обід	350,0	17.00	150,0
16.00	полуденок	100,0	20.00	200,0
18.00	вечеря	200,0	3.00	170,0
21.00	кефір	200,0	6.00	150,0
За добу	Усього випито	1500,0	Усього виділено	1070,0

Розрахунок: $1500 \times 0,8 = 1200$ мл. Дитина повинна виділити за добу $1200 - 1070 = 130$ мл. На 130 мл дитина виділила менше, ніж повинна. Тобто водний баланс негативний, що вказує на можливе наростання набряків.

Методика вимірювання добового діурезу у дітей молодшого віку

- Обов'язково проводиться під контролем медичної сестри та поінформованої мами. Здійснюється одним із способів забору сечі на дослідження (лабораторна баночка, сечоприймач, або зважування використаного підгузка).
- Після кожного сечовипускання необхідно вимірювати діурез, фіксувати в листку гідробалансу, а також кількість вживаної рідини. Після кожного сечовипускання проводити туалет зовнішніх статевих органів дитини.
- Після закінчення дослідження медична сестра, чи лікуючий лікар проводять розрахунок діурезу за добу та визначають, яка кількість рідини повинна була виділитись з сечею в нормі (табл. 20).

Таблиця 20

Приклад №1. Вимірювання добового діурезу

Дівчинка 4 міс. Діагноз: Вроджена вада серця

Години	Вжито рідини (мл)	Виділено сечі (мл)
1	2	3
6.00	120 (суміш)	
7.00		
8.00		50
9.00	120 (суміш)	
10.00		
11.00	20 (вода)	70
12.00	120 (суміш)	
13.00		
14.00	30 (вода)	30
15.00	120 (суміш)	
16.00		60
17.00		
18.00	120 (суміш)	
19.00		
20.00	50 (вода)	40
21.00	120 (суміш)	

<i>Продовження табл. 20</i>		
1	2	3
22.00	20 (вода)	
23.00		70
24.00	120 (суміш)	
1.00	50 (вода)	
2.00		
3.00		100
4.00		
5.00	50 (вода)	
6.00		70
Всього:	1010	490

Розрахунок: Добовий діурез повинен складати: $1010 \times 0,8 = 808$ мл.

Дитина виділила 490, тобто $808 - 490 = 318$, на 318 мл виділила менше, ніж повинна була виділити. Відповідно водний баланс негативний. Можливо в дитини наростають набряки.

9.11. Добовий моніторинг сечовипускання (або щоденник сечовипускань)

Це лист спостережень, який призначається при захворюваннях сечової системи у дітей, пов'язаних з нетриманням сечі та енурезом, тобто проявами мимовільного сечовипускання (табл. 21). Тоді по годинах батьки відмічають о котрій годині дитина помочилася та в якому об'ємі. Для оцінки вказаних показників лікар повинен чітко знати нормативи за віком.

Кількість сечовипускань у дітей різних вікових груп:

Діти до 1 року – 20–25 разів на добу

1–3 роки – 15–16

Таблиця 21

Кількість сечовипускань та ємкість сечового міхура у дітей різного віку:

Вік	Об'єм сечового міхура (мл)	Кількість сечовипускань
1	2	3
5 років	180	10-12

Продовження табл. 21

1	2	3
6 років	210	7–9
7 років	240	7–9
8 років	270	7–9
9 років	300	7–8
10 років	330	7–8
11 років	360	6–7
12–18 років	390	6–7

- Щоденник сечовипускань є «інструментом», за допомогою якого можна отримати інформацію про зв'язок аномалій діурезу та будь-яких дисфункцій сечового міхура в фазу накопичення.
- Щоденник сечовипускань є одним з найпростіших об'єктивних методів оцінки сечовипускання протягом доби за одним показником – ефективному об'єму сечового міхура.
- Більш достовірними вважають результати, отримані в домашніх умовах, тобто в звичних для дитини умовах життя – відносно стабільному харчуванні та питному режимі.
- Батькам дитини, або самій дитині старшого віку, пропонують вимірювати кількість сечі при кожному сечовипусканні протягом 1–3 діб і заносити дані в щоденник (табл. 22).

Таблиця 22

Приклад 1. Щоденник сечовипускання

Ім'я _____ Вік _____ Дата спостереження _____

№ п/п сечовипускань	Час доби (час, хвилина)	Ефективний об'єм сечового міхура
1		
2		
3		
4...		
...15		
Число сечовипускань за добу		

<i>Продовження ьал. 22</i>		
1	2	3
Середній об'єм сечового міхура		
Добова кількість сечі		
Кількість сечі за час нічного сну		
Тривалість нічного сну		

Приклад 2. Щоденник сечовипускання

Заповнюється протягом 2–3 діб, без примушування дитини до сечовипускання та збільшення кількості випитої рідини.

Необхідно погодинно відмічати симптоми. Час поклику та самого сечовипускання може не співпадати.

Ім'я _____ Вік _____ Дата _____

Час	Об'єм випитої рідини (мл)	Об'єм виділеної сечі (мл)	Поклик до сечовипускання	Підпускання сечі	Нетримання сечі під час неспання	Нетримання сечі під час сну	Сон
7:00							
...							
18:00							
...							
6:00							
Всього							

Кількість сечовипускань за добу _____

Кількість сечі з 7:00 до 18:00 годин _____

Кількість сечі з 18:00 до 6:00 годин _____

Відношення денного діурезу до добового (%) _____

Відношення нічного діурезу до добового (%) _____

9.12. Принципи використання щоденника енурезу

- **Енурез** (від грецького «ἐνούρησις» – мочитися) – захворювання, що характеризується мимовільним сечовипусканням або нетриманням сечі під час сну.

- Поширеність енурезу становить 20 % серед 5-річних дітей, до 40 % серед 7–8-річних дітей, а у віці 15 років і старше близько 4 %. У дорослих визначається у 2 % населення.
- Щоб мати більш детальну інформацію про кратність сечовипускань, кількість сухих та вологих ночей батькам, чиї діти хворі на енурез рекомендовано вести щоденники енурезу (табл. 23).



Таблиця 23

Приклад. Щоденник денного і нічного енурезу

Ім'я АНЯ Вік 5 років Дата _____

Денний час

Час	Обсяг напою, мл	Тип напою	Обсяг сечі, мл	Терміновість в сечовиділенні (так / ні)	Підтікання сечі (так / ні)	Випорожнення кишечника (легке/ нормальне/ утруднене)
7:10	100	молоко				
7:40			100	ні	ні	
8:10						нормальне
...						
...						

- ✓ **Перший** – це денний щоденник (дводенний) реєстрації сечовипускання, який дозволяє оцінити об'єм сечового міхура дитини шляхом вимірювання максимально можливого об'єму (ММО) сечовипускання в денний час (виключаючи ранкове сечовипускання). Щоденник також дозволяє визначити особливості (звички) вживання рідини та сечовипускання.
- ✓ **У другому** щоденнику фіксується кількість сечі, виробленої протягом 7 ночей поспіль, щоб з'ясувати, чи присутня нічна поліурія. Об'єм сечі може бути розрахований як сума ваги підгузника (1 г = 1 мл), ранкового об'єму сечі та об'єму нічної сечі (табл. 24).

Таблиця 24

Нічний час (День 1)

Час заси- нання	21:00		Час пробудження	6:00
Постіль (волога/ суха)	Чи мочився вночі	Вага підгуз- ника ввечері (гр.=мл)	Вага підгузника на ранок (гр.=мл)	Перше ранкове сечовиділення (мл)
волога	ні	80	241	180

Нічний час (День 2)

Час заси- нання	20:30		Час пробудження	5:30
Постіль (волога/ суха)	Чи мочився вночі	Вага підгуз- ника ввечері (гр.=мл)	Вага підгузника на ранок (гр.=мл)	Перше ранкове сечовиділення (мл)
суха	так	80	80	180

Контрольні питання до теми:

1. Який алгоритм вимірювання діурезу у дітей старшого віку?
2. З якою метою ведуть лист гідробалансу?
3. В чому різниця між негативним та позитивним гідробалансом?
4. Назвіть симптоми надмірного вживання води.
5. Правила ведення щоденника харчування.
6. Що має бути відображено у щоденнику харчування?
7. Що включає в себе «правило трьох»?
8. На що потрібно звернути увагу описуючи випорожнення дитини?
9. Як можна привчити дитину до регулярного спорожнення кишечника?
10. Що необхідно відобразити у щоденнику головного болю?

Тестові завдання:

1. Лист гідробалансу заповнюють з метою:
 - A. Урахування рідини, яка введена в організм дитини

- V. Визначення співвідношення рідини, що надійшла в організм і яка була виведена з організму
 - C. Урахування рідини, яка була виведена з організму
 - D. Визначення серцевих набряків
2. Гідробаланс у нормі буває:
- A. Оптимальним
 - B. Завжди позитивним
 - C. Завжди негативний
 - D. Від'ємний
3. Діурез – це:
- A. Об'єм сечі за добу
 - B. Виділення сечі за певний проміжок часу
 - C. Виділення ранкової сечі
 - D. Збір сечі для аналізу
4. Добовий діурез складає від випитої рідини (%):
- A. 100
 - B. 50
 - C. 75–80
 - D. 20–25
5. Добовий діурез у дітей віком від 1 до 10 років можна визначити за формулою:
- A. $600+100(n-10)$
 - B. $100+600+(n-10)$
 - C. $600+100+(n-10)$
 - D. $1000-600(n-10)$
6. Добова потреба у воді дитини 1–7 років складає:
- A. 33–40 мл/кг
 - B. 120–140 мл/кг
 - C. 80–100 мл/кг
 - D. 50–70 мл/кг
7. Щоденник харчування враховує:
- A. Усю їжу, яку споживає дитина
 - B. Їжу, на яку у дитини присутня алергічна реакція
 - C. Продукти, які призначив лікар
 - D. Продукти, які мають бути виключені з раціону дитини

8. Щоденник харчування повинен бути заповнений:
 - A. Лікарем
 - B. Медсестрою
 - C. Мамою
 - D. Особою, яка доглядає за дитиною
9. Щоденник плачу відображає:
 - A. Поганий настрій дитини
 - B. Морфофункціональну незрілість кишківника дитини
 - C. Підвищення внутрішньочерепного тиску
 - D. Закреп
10. Щоденник головного болю необхідно вести не менше:
 - A. 3-х днів
 - B. Тижня
 - C. Місяця
 - D. Півроку
11. Щоденник сечовипускань бажано вести:
 - A. Одного дня достатньо
 - B. 2–3 дні
 - C. Не менше 7 днів
 - D. Не менше 1 місяця
12. Харчовий щоденник рекомендовано вести, якщо лікар підозрює у дитини:
 - A. Алергічні реакції на молоко
 - B. Для профілактики кольок
 - C. Непереносимість деяких продуктів
 - D. Тільки при введенні прикорму
13. Закреп може виникнути, якщо дитина:
 - A. Знаходиться на штучному вигодовуванні
 - B. Вживає мало клітковини
 - C. Вживає мало рідини
 - D. Усе перелічене
14. Бристольська шкала форм випорожнень має:
 - A. 3 типи
 - B. 7 типів
 - C. 5 типів

- D. 8 типів
15. Найчастіше пік головного болю у дітей припадає на вік:
- A. 11–13 років
 - B. 15–17 років
 - C. 8–9 років
 - D. 7–8 років

Література

1. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / за ред. акад. НАМН України проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид. випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 871с.
2. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 262 с.
3. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 326 с.
4. URL: <https://mishel-style.com.ua/zrazok-xarchovogo-shhodennika-pri-alergii-yakzapovnyuvati-i-vesti-zapisi/>
5. URL: [https://d-l.com.ua/ua/archive/2011/3 %2810 %29/pages-38-45/harchovaneperenosimist-i-harchova-alergiya-u](https://d-l.com.ua/ua/archive/2011/3-%2810-%29/pages-38-45/harchovaneperenosimist-i-harchova-alergiya-u)
6. URL: <http://www.mif-ua.com/archive/article/45983>



Розділ X

ОЗНАКИ ЗУПИНКИ ДИХАННЯ ТА КРОВООБИГУ У ДІТЕЙ І ПРОВЕДЕННЯ ЗАХОДІВ З БАЗОВОЇ ПІДТРИМКИ ЖИТТЯ В ПЕДІАТРІЇ

*«Коли здається, що все вже скінчено,
звідкись беруться нові сили,
і це означає, що ти живеш»*

Ф. Кафка

10.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Обструкція	Порушення прохідності
Повна обструкція дихальних шляхів	Повне перекриття просвіту дихальних шляхів з неможливістю руху повітря ними
Часткова обструкція дихальних шляхів	Часткове перекриття (порушення прохідності) дихальних шляхів з можливістю обмеженого руху повітря дихальними шляхами
Автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД)	Це портативний електронний пристрій, який визначає небезпечні для життя серцеві аритмії – фібриляцію шлуночків і шлуночкову тахікардію в автоматичному режимі та дозволяє їх усувати за допомогою зовнішньої (з поверхні тіла) дефібриляції
Basic Life Support BLS	Комплекс заходів з підтримки/заміщення основних життєвих функцій організму з метою збереження/повернення життя. Включає базові заходи з серцево-легеневої реанімації

Реанімаційні заходи	Комплекс заходів, спрямований на відновлення порушених чи втрачених функцій організму
Компресія грудної клітки	Натискання на грудну клітку певного характеру для проведення реанімаційних заходів
Дефібриляція	Частина реанімаційних заходів для відновлення скоротливої функції шлуночків серця
Серцево-легенева реанімація (СЛР)	Невідкладна медична процедура для відновлення життєдіяльності організму
Клінічна смерть	Стан, який виникає протягом кількох хвилин після зупинки дихання, кровообігу. При цьому зникають прояви життєдіяльності

10.2. Цікаві клінічні випадки

1. З розповідей лікарів бригади дитячої реанімації швидкої допомоги

- А) Недільним літнім ранком терміновий виклик диспетчера у зоопарк до травмованого маленького хлопчика, якого покусав бегемот. Насправді біля басейну без свідомості лежала 15-річна дівчинка. Перехожі розповіли, що вона перелізла через огорожу, роззулася та пірнула у басейн до бегемотів. А бегемотиха вирішила захистити своїх діточок, схопила її та викинула. Лікарі повернули дівчинку до тями, оглянули постраждалу, встановили **травматичний шок**, артеріальний тиск 60/20, перелом тазу, відкритий перелом стегна, знеболили, підняли тиск, поставили шини, рану від клика бегемота затампонували бинтом 7Х14 та відвезли до лікарні. З'ясувалось, що дівчинка стоїть на обліку з приводу психічного захворювання.
- Б) Багато років тому на пшеничному полі під час збору врожаю комбайнер не помітив дитину, яка заснула у колосі. Коли прибула швидка, побачила рвану рану правої ноги, пошкодження колінного суглоба а, головне – **травматичну ампутацію правої кисті**. Наклали кровоспинні джгути, шини, знайшли ампутовану кисть. Лікарня була недалеко, при транспортуванні проводили протишокову та протибольову терапію. З пропускника оглянув педіатр, терміново зробили рентгенологічне та лабо-

раторне обстеження. Після виключення травм органів грудної клітки та черевної порожнини хлопчика ввели у наркозний сон. Зупинили кровотечу, обробили рани, ушили розриви судин на підколінній ділянці, після чого ослабили джгути. Дбайливо доставленій ампутованій кисті провели холодову консервацію. Через 2 години було організовано авіатранспортування до столиці у центр мікрохірургії. Реплантація пройшла успішно. Так, злагоджена робота швидкої допомоги, лікарів, фельдшерів міської лікарні, служби санітарної авіації, хірургів центру, які провели одну з перших в Україні подібну операцію, врятували життя і кінцівки травмованому.

- В) До дитини 1 року батьки викликали вночі швидку допомогу, бо вона була майже без свідомості. Тільки перенесла звичайну респіраторну інфекцію, нежить, кашель минули, температура нормалізувалася, ніяких особливих змін у стані, але поведінка була дивовижна: то млявість, то занепокоєння. Лікар при ретельній пальпації виявила збільшену печінку та зрозуміла, що у дитини **«синдром Рейе»** (досить рідкісне ускладнення вірусної інфекції – гостра жирова дистрофія печінки). Це загроза життю та потребує миттєвої реанімації. З мигалкою дитину доставили в лікарню, терміново була поставлена крапельниця відповідно до правильно поставленого діагнозу. Тільки через добу дитина прийшла до тями, через тиждень її виписали і вже остаточно одужувала вдома.
2. **Застосування психологічного прийому – т.з. «шокової терапії»**
Виклик до підлітка, який намагався отруїтися від нещасного кохання. Ознаки життя є, провели реанімаційні заходи, поставили крапельницю, поклали в машину для транспортування до лікарні. А він все кричав, що не може без неї жити, уб'ється, тому ременями його прив'язали до каталки. Стали перевозити, біля нього залишили молодого лікаря. Хлопець ніяк не міг заспокоїтися, а інтерн вирішив поекспериментувати: «Не хочеш жити? Ну й не потрібно, будеш донором органів!», та від'єднав крапельницю. Хлопець тихо питає: «Куди мене везуть?», лікар продовжуючи свою лінію поведінки, відповів: «У морг». Хлопець побілів, став

щось бурмотіти про лікарів-убивців... Коли доїхали, він став кричати, щоб йому допомогли, врятували, що його збираються вбивати. Його заспокоїли та оформили в палату. Підліток був блідий, але спокійний, покірний долі. Більше він покінчити з собою не намагався.

10.3. Базові реанімаційні заходи у дітей відповідно рекомендацій American Heart Association 2020

- У дітей зупинка серця часто є вторинною по відношенню до дихальної недостатності і шоку.
- Виявлення дітей з цими проблемами має важливе значення для зниження ймовірності дитячої зупинки серця та максимізації виживання і відновлення.
- Педіатричний ланцюг виживання описує послідовність заходів з порятунку життя за допомогою графічних елементів, де кожна ланка є окремим і пов'язаним з іншими етапом надання допомоги.

Н. В. !

10.4. Педіатричний Ланцюг Виживання American Heart Association 2020 (рис. 25):

1. **Недопущення** зупинки кровообігу.
2. Рання високоякісна **реанімація свідками випадку**.
3. **Швидка активація** системи ЕМД (екстреної медичної допомоги) або іншої системи екстреного реагування.
4. Ефективні **спеціалізовані заходи з підтримки життя**, включаючи швидку стабілізацію та транспортування до місця лікування та реабілітації).
5. Інтегроване **лікування після зупинки кровообігу**.
6. **Відновне лікування** після зупинки кровообігу.



Рис. 25. Педіатричний Ланцюг Виживання American Heart Association 2020

N. B. !

Базові реанімаційні заходи включають такі головні компоненти:

1. **Компресії грудної клітки**
 2. **Прохідні дихальні шляхи**
 3. **Дихання**
 4. **Дефібриляція**
- ✓ **Педіатричний алгоритм Pediatric Basic Life Support (BLS)**, – або PBLIS для медичних працівників для одного рятувальника описує покроково дії одного рятувальника при наданні допомоги непритомному немовляті або дитині (рис. 26).
 - ✓ У випадку, **коли рятувальників два**, один рятувальник розпочинає серцево-легеневу реанімацію, а другий – активує систему екстреного реагування та знаходить і приносить автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД) або професійний мануальний монітор-дефібрилятор, також за наявності бар'єрні пристосування для безпечного проведення штучних вдихів (плівка-клапан, кишенькова маска або мішок з маскою).

Перший рятувальник має виконати ці послідовні кроки алгоритму:

Крок 1: Перевірте безпечність місця випадку. Переконайтеся, що місце події безпечно для вас та постраждалого.

Крок 2: Перевірте реакцію та покличте на допомогу. Постукайте дитину по плечах. Гукніть: «З тобою все в порядку?» Якщо постраждалий не реагує, покличте на допомогу та активуйте систему реагування на надзвичайні ситуації за допомогою мобільного пристрою, якщо це доречно.

Крок 3: Оцініть дихання та пульс. Перевірте пульс, щоб визначити свої наступні дії. Для мінімізації затримки початку СЛР слід одночасно оцінити дихання та пульс. Це має тривати не більше 10 секунд.

Етапи 3а та 3б: Визначте наступні дії, виходячи з того, чи є нормальне дихання і чи відчувається пульс:

Якщо потерпілий дихає нормально і відчувається пульс:

- Активуйте систему реагування на надзвичайні ситуації (якщо це ще не зроблено).

- Спостережіть за потерпілим, доки не прибудуть рятувальні служби (напр. швидка допомога).

Якщо потерпілий не дихає нормально, але визначається пульс:

- Забезпечте рятувальне дихання, роблячи 1 вдих кожні 2–3 секунди або 20–30 вдихів за хвилину.
- Оцінюйте пульс кожні 2 хвилини (протягом 5–10 секунд).

Етапи 4, 4а та 4б: Частота серцевих скорочень менше за 60/хв з ознаками поганої перфузії?

- Якщо так, розпочніть серцево-легеневу реанімацію (СЛР).
- Якщо ні, продовжуйте рятувальне дихання. Перевіряйте пульс приблизно кожні 2 хвилини. Якщо пульсу немає – розпочніть СЛР.

Крок 5 та 5а: Чи були свідки раптової втрати свідомості?

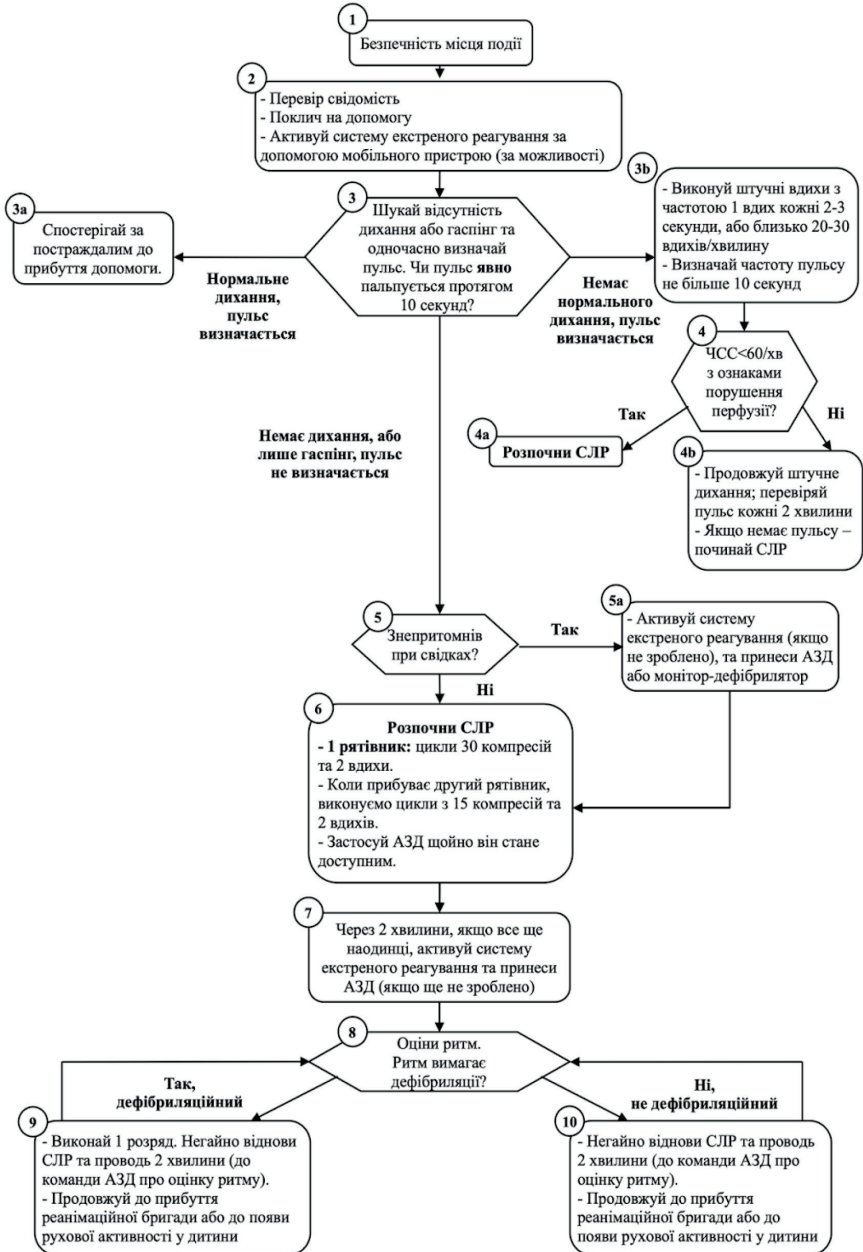
Якщо так, активуйте систему реагування на надзвичайні ситуації (якщо це ще не зроблено) та принесіть автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД) або мануальний професійний монітор-дефібрилятор.

Крок 6: Якщо свідків не було: Почніть СЛР із циклів 30 компресій та 2 вдихів. Використайте АЗД, як тільки він з'явиться в доступності.

Крок 7: Приблизно через 2 хв (або 5 циклів СЛР 30:2), якщо ви все ще один, активуйте систему аварійного реагування і принесіть АЗД, якщо це ще не зроблено.

Крок 8: Використайте АЗД, як тільки він з'явиться. Дотримуйтесь інструкцій АЗД, щоб перевірити ритм.

Крок 9: Якщо АЗД виявляє ритм, що вимагає дефібриляції (дефібриляційний), виконайте розряд. Негайно відновіть СЛР після виконання розряду, не перевіряючи стан пацієнта. Продовжуйте СЛР доки АЗД не віддасть команду перевірки ритму, це приблизно кожні 2 хвилини. Продовжуйте СЛР з використанням АЗД до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або постраждалий не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).



© 2020 American Heart Association

Рис. 26. Алгоритм базових реанімаційних заходів у дітей American Heart Association 2020 року.

Крок 10: Якщо АЗД виявляє недефібриляційний ритм, відновіть і продовжуйте високоякісну СЛР до тих пір, поки не буде команди АЗД виконати перевірку ритму, це приблизно кожні 2 хвилини. Продовжуйте СЛР з використанням АЗД до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або постраждалий не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).

N. B. !

10.5. Практичні навички високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят. Оцінка дихання та пульсу

- Оцінка немовляти чи дитини на наявність нормального дихання та пульсу допоможе вам визначити наступні відповідні дії.
- Слід оцінювати дихання та пульс одночасно.
- Використовуйте не більше 10 сек (але не менше 5 сек), щоб перевірити дихання та пульс і за необхідності можна було швидко розпочати СЛР.

Оцінка дихання

- Щоб перевірити дихання, скануйте поглядом грудну клітку жертви на виявлення підйомів та спадіння не більше 10 сек.
- Якщо постраждалий дихає нормально: спостерігайте за постраждалим, поки не прибуде додаткова допомога.
- Якщо постраждалий не дихає або має лише гаспінг: у постраждалого зупинка дихання або (за відсутності визначального пульсу) зупинка серця. Гаспінг не є нормальним диханням і є ознакою зупинки серця.

Пульс

✓ **Немовля:** Для проведення перевірки пульсу у немовляти пропальпуйте пульс на **плечовій артерії** (рис. 27).

Для визначення пульсу на плечовій артерії:

1. Помістіть 2 або 3 пальці на внутрішню частину плеча, посередині між ліктем немовляти і плечем.
2. Натисніть пальцями донизу і спробуйте відчутти пульс протягом принаймні 5, але не більше 10 секунд.



Рис. 27. Визначення центрального пульсу у немовляти (а) та у дитини (б)

- ✓ **Дитина:** Щоб визначити пульс у дитини, пропальпуйте **каротидний або стегновий пульс**. Перевірте каротидний пульс у дитини, використовуючи ту ж саму техніку, що й у дорослих.

Для визначення пульсу на сонній артерії:

1. Визначте трахею, використовуючи 2 або 3 пальці.
2. Сковзніть цими 2 чи 3 пальцями у жолобок між трахеєю та м'язами на шиї з боку від неї, де ви можете відчутися пульсацію сонної артерії.
3. Визначайте пульс щонайменше 5, але не більше 10 секунд. Якщо ви не визначаєте відчувального пульсу, розпочинайте СЛР, почавши із компресій грудної клітки (послідовність С-А-В).

Для визначення пульсу на стегновій артерії:

1. Помістіть 2 або 3 пальці у внутрішню частину стегна, посередині між стегною та лобковою кістками і трохи нижче пахової складки.
2. Визначайте пульс принаймні 5, але не більше 10 секунд.

Базовим провайдером може бути важко визначити наявність або відсутність імпульсу у будь-якого постраждалого, особливо у немовляти або дитини. Якщо ви точно не відчуєте пульс протягом 10 секунд, розпочніть якісну СЛР, починаючи із компресій грудної клітки.



10.6. Ознаки поганої перфузії

Перфузія – це надходження насиченої киснем крові від серця по артеріях до тканин організму. Щоб виявити ознаки поганої перфузії, оцініть наступне:

- Температура: прохолодні кінцівки

- Змінений психічний стан: стійке зниження свідомості / реактивності
- Пульс: слабкий пульс
- Шкіра: блідість, плямистість (плямистий вигляд), а згодом і ціаноз (сині губи або шкіра).

10.7. Вимоги до високоякісної серцево-легеневої реанімації дітей та немовлят

✓ Виконуйте якісні компресії грудної клітки

Якісні компресії грудної клітки є основою СЛР. Виконуйте стиснення як описано тут, щоб дати немовляті або дитині, жертві зупинки серця, найкращі шанси на виживання.

✓ Співвідношення компресій до вентиляції

Співвідношення компресій до вентиляції для одного рятувальника однаковий у дорослих, дітей та немовлят і складає **30:2**.

Коли 2 рятувальники проводять реанімаційні заходи немовляті або дитині, вони повинні використовувати співвідношення компресій до вентиляції **15:2**.

✓ Частота компресій

Частота компресій у всіх постраждалих при зупинці кровообігу становить від 100 до 120 / хв.

✓ Глибина компресій

У немовляти стискайте принаймні на одну третину передньо-заднього (ПЗ) розміру грудної клітки (приблизно 4 см).

Для дитини стискайте принаймні на одну третину передньо-заднього розміру грудної клітки (приблизно 5 см) при кожній компресії.

✓ Переривання компресій грудної клітки

Мінімізуйте перерви в компресіях грудної клітки. Коротша тривалість пауз в компресіях грудної клітки (менше 10 секунд) пов'язана із кращими результатами реанімаційних заходів.

✓ Техніка компресій грудної клітки

Для компресій грудної клітки у дитини використовуйте 1 або 2 руки. Для більшості дітей техніка компресії та ж сама, що і для дорослого: 2 руки (основа однієї долоні на грудях і основа іншої руки зверху на першій).

N. B. !

Немовля: техніка виконання компресій 2 пальцями (рис. 28)
Виконайте наступні кроки, щоб зробити компресію грудної клітки немовляти, використовуючи техніку 2 пальців:

1. Покладіть немовля горілиць на рівну тверду поверхню.
2. Помістіть 2 пальці в центрі грудей немовляти, трохи нижче лінії сосків, на нижній половині грудної кістки. Не натискайте на мечоподібний відросток.
3. Виконуйте компресії зі швидкістю 100–120/хв.
4. Натискайте принаймні на глибину однієї третини передньо-заднього розміру грудної клітки (приблизно 4 см).
5. В кінці кожного стискання переконайтеся, що ви дозволяєте грудній клітці повністю повернутися у вихідне положення; не спирайтеся на груди дитини. Компресія грудної клітки та час повернення грудної клітки у вихідне положення повинні бути приблизно рівними. Мінімізуйте перерви в компресіях (наприклад, для вдиху) до менш ніж 10 секунд.
6. Після кожних 30 компресій відкривайте дихальні шляхи відхиленням голови – підніманням підборіддя і виконуйте 2 вдихи, кожен протягом 1 секунди. Грудна клітка повинна підніматися з кожним вдихом.
7. Приблизно через 5 циклів або 2 хв СЛР, якщо ви один і ніхто не активував систему екстреного реагування, залиште немовля (або несіть його з собою) і активуйте систему реагування на надзвичайні ситуації та візьміть АЗД.
8. Продовжуйте компресії та вдихи у співвідношенні 30 компресій до 2 вдихів. Використайте АЗД, як тільки він з'явиться. Продовжуйте СЛР з використанням АЗД до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або постраждалий не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).

N. B. !

Немовля: 2 великі пальці – техніка охоплення (рис. 29)
Техніка охоплення руками і компресій двома великими пальцями є найкращою технікою, коли СЛР виконують 2 і більше рятувальників, але його може використовувати також 1 рятувальник. Ця техніка:



Рис. 28. Компресії грудної клітки немовляті (1 рятівник).

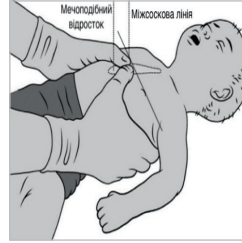


Рис. 29. Компресії грудної клітки немовляти методом охоплення

- Покращує кровопостачання серцевого м'яза.
- Допомогає забезпечити стабільну глибину та силу компресій грудної клітки.
- Може створювати більший кров'яний тиск.



Виконайте ці кроки, щоб зробити компресії грудної клітки немовляті, використовуючи техніку охоплення і компресій двома великими пальцями рук:

1. Покладіть немовля горілиць на рівну тверду поверхню.
2. Покладіть обидва великі пальці поруч у центр грудей немовляти, в нижній половині груднини. Ваші великі пальці можуть накладатися один на одного у дуже маленьких немовлят. Пальцями обох рук охопіть грудну клітку немовляти і підтримуйте спину.
3. Використовуйте обидва великі пальці рук, що охопили грудну клітку, для натискань на грудину зі швидкістю від 100 до 120/хв.
4. Натискайте принаймні одну третину передньо-заднього розміру грудної клітки (приблизно 4 см).
5. Після кожного натискання припиніть весь тиск на грудину і дайте грудній клітці повністю повернутися у вихідне положення.
6. Після кожних 15 натискань (30 натискань у випадку, коли реаніматор один) зробіть паузу, щоб другий рятувальник відкрив дихальні шляхи, відхилиючи голову – піднімаючи підборіддя і виконав 2 вдихи, кожен протягом 1 сек. Грудна клітка повинна підніматися з кожним вдихом. Мінімізуйте перерви в компресіях (наприклад, для вдихів, зміни рятівників тощо) до 10 сек і менше.
7. Продовжуйте натискання та вдихи у співвідношенні 15 натискань до 2 вдихів у виконанні 2 рятувальників (або 30:2 коли

рятувальник один). Рятувальник, який виконує компресії грудної клітки, повинен змінюватися ролями з іншим приблизно через кожні 2 хвилини для уникнення втоми, щоб компресії залишалися ефективними.

Продовжуйте СЛР (з використанням АЗД за можливості) до тих пір, поки фахівці реанімаційної бригади не приймуть на себе подальшу роботу, або немовля не почне дихати, рухатись або іншим чином реагувати (демонструвати ознаки життя).

N. B. !

10.8. Компресії грудної клітки у дітей старшого віку (рис. 30)

- Розмісти основу однієї долоні безпосередньо на нижній половині грудини. Пальці повинні підніматися над грудною кліткою так, щоб здійснювати натискання на грудну клітку лише основою долоні.
- Розташуй свої плечі безпосередньо над грудною кліткою дитини та тримай руку прямою (не згинай її у лікті).
- Використовуй вагу власного тіла для прогинання дитячої грудини на третину передньо-заднього розміру в напрямку, перпендикулярному до поверхні грудини.
- Під час фази розслаблення, яка слідує за натисканням, припини натискання на грудну клітку і дай їй повністю повернутися до вихідного положення, але не відривай свою долоню від грудної клітки дитини.
- Після 30 або 15 натискань зроби два штучних вдихи.



Рис. 30. Компресії грудної клітки у старшої дитини

Критичні моменти: глибина компресій у немовлят та дітей, відмінна від дорослих та підлітків

- Немовлята: принаймні одна третина передньо-заднього розміру грудної клітки або приблизно 4 см.
- Діти: принаймні одна третина передньо-заднього розміру грудної клітки (приблизно 5 см).
- Дорослі та підлітки: не менше 5 см, але не більше 6 см.

N. B.!

10.9. Виконання штучних вдихів

- Вдихи важливі для немовлят та дітей при зупинці серця.
- Коли зупинка серця відбувається раптово, вміст кисню в крові, як правило, достатній для задоволення потреби організму в кисні протягом перших кількох хвилин після зупинки кровообігу.
- Таким чином, при раптовій зупинці серця, лише компресії грудної клітки можуть бути ефективним способом розподілу кисню до серця та мозку.
- Однак зупинка серця у немовлят та дітей може бути не раптовою і часто спричинена дихальними розладами.
- У немовлят та дітей, у яких розвивається зупинка серця, часто має місце дихальна недостатність або шок, що зменшує вміст кисню в крові ще до зупинки серцевої діяльності.
- В результаті для більшості немовлят та дітей, які перебувають у стані зупинки кровообігу, лише компресії грудної клітки самі по собі не доставляють оксигеновану кров до серця та мозку настільки ефективно, як при виконанні компресій та вдихів. Таким чином, життєво важливо немовлятам та дітям отримувати як компресії, так і вдихи під час високоякісної СЛР.

10.10. Відкриття дихальних шляхів

- Для ефективного вдиху дихальні шляхи повинні бути відкритими.
- Є два методи відкриття дихальних шляхів для виконня вдихів: **розгинання голови-підняття підборіддя та висунення нижньої щелепи (рис. 31).**



Рис. 31. Забезпечення прохідності дихальних шляхів у немовляти методом розгинання голови-підняття підборіддя (голова знаходиться в нейтральному положенні)



Рис. 32. Штучні вдихи немовляті з використанням плівки-клапана

Н. В. !

Штучні вдихи дитині першого року життя (немовляті)

(рис. 32)

- Забезпеч нейтральне положення голови (оскільки голова немовляти зазвичай зігнута у положенні лежачи на спині, це потребує деякого розгинання) та підними нижню щелепу.
- Зроби вдих та накрій рота і носа дитини своїм ротом, забезпечуючи щільне прилягання. Якщо ніс та рот не можуть бути покриті у старших немовлят, рятівник може спробувати охопити лише дитячий ніс чи рот своїм ротом (якщо вибираємо ніс, закриваємо губи для попередження витікання повітря).
- Видихай до рота і носа дитини близько 1 секунди, достатньо для видимого підйому грудної стінки.
- Утримуючи положення голови та підняту щелепу відірви уста від жертви, спостерігай за опущенням грудної стінки при виході повітря назовні.
- Зроби наступний вдих та повтори цю послідовність.

Н. В. !

Штучні вдихи дитині старше 1 року (рис. 33)

- Забезпеч розгинання голови та піднімання щелепи.
- Затисни ніздрі дитини великим та вказівним пальцями руки, що знаходяться на лобі дитини.
- Рот може бути відкритим, але підтримуй підборіддя трохи піднятим.

- Зроби вдих та розташуй свої губи навколо рота дитини, забезпечуючи щільне прилягання. Видихай до рота дитини близько 1 секунди, спостерігаючи за підйомом грудної клітки.
- Утримуючи голову розігнутою та щелепу піднятою, відірви уста від дитини і спостерігай за опущенням грудної клітки при виході повітря назовні.
- Зроби наступний вдих та повтори цю послідовність.
- Визначай ефективність спостерігаючи за підніманням та опусканням грудної стінки відповідно рухам, що спричинені нормальним диханням.



Рис. 33. Штучні вдихи дитині старшого віку з використанням плівки-клапана

Н. В. !

Коли прибуває більше рятувальників

- Коли є другий рятувальник, який може допомогти, він повинен активувати систему екстреного реагування та принести АЗД. Перший рятувальник повинен залишатися із постраждалим, щоб розпочати СЛР негайно, починаючи з компресій грудної клітки.
- Після повернення другого рятувальника, вони повинні застосувати АЗД, як тільки він буде доступний. Далі рятувальники будуть виконувати компресії та вдихи, але повинні змінювати ролі через кожні 5 циклів СЛР.
- При прибутті інших рятувальників, вони можуть допомагати з вентиляцією мішком і маскою, застосуванням АЗД або дефібрлятора та реанімаційного комплекту.

10.11. Безпечне використання автоматичного зовнішнього дефібрилятора. Допомога при обструкції дихальних шляхів стороннім тілом у дітей. Переведення постраждалого в стабільне положення

Н. В. !

Автоматичний зовнішній дефібрилятор у немовлят та дітей до 8 років

Рятувальники можуть використовувати автоматичний зовнішній дефібрилятор (АЗД) при проведенні реанімації немовлят та дітей до 8-річного віку.

Використання АЗД:

- Відкрийте кришку. Як правило, після цього апарат вмикається самостійно, якщо ні – натисніть кнопку вмикання, щоб його увімкнути (в більшості моделей кнопку треба натиснути та утримувати ~ 2 секунд).
- Після того як апарат увімкнувся, він одразу розпочне давати голосові команди – неухильно дотримуйтесь команд.
- Приклейте електроди на грудну клітку постраждалого та зачекайте доки апарат не здійснить аналіз ритму.
- **Пам'ятайте:** не припиняйте натискання на грудну клітку, доки інший рятувальник наклеює електроди.
- Аналіз ритму АЗД починає, коли наклеєно обидва електроди, про що апарат повідомляє голосовою командою, на кшталт **«Не торкайтеся пацієнта, йде аналіз ритму!»**. Зачекайте поки апарат здійснить аналіз ритму, при цьому не торкайтеся постраждалого самі та не дозволяйте це робити оточуючим.
- АЗД, проаналізувавши ритм, подасть відповідні голосові вказівки (**Здійснити розряд або лише продовжувати реанімаційні заходи**). Якщо пацієнт має серцевий ритм, що потребує електричної дефібриляції (фібриляція шлуночків або шлуночкова тахікардія), АЗД повідомить, що йде набір заряду і необхідно не торкатися пацієнта.

По закінченні набору заряду, АЗД повідомить про це та дасть вказівку натиснути кнопку розряду для проведення дефібриляції.

- Після виконання дефібриляції АЗД повідомить про це та дасть команду продовжити реанімаційні заходи.
- **Пам'ятайте:** не торкайтесь постраждалого та не дозволяйте торкатися його іншим особам, коли апарат проводить аналіз ритму та при проведенні дефібриляції! Проводьте дефібриляцію тільки після того, коли Ви впевнились, що ніхто не торкається постраждалого.
- Одразу після виконання дефібриляції розпочніть проведення СЛР у співвідношенні 30:2 або 15:2 (два і більше рятівників), відповідно до зазначених вище вимог, вказаних в алгоритмі базових реанімаційних заходів. Через дві хвилини дефібрилятор автоматично проведе повторний аналіз ритму постраждалого. Дійте відповідно до його голосових підказок, при необхідності виконайте дефібриляцію. Якщо СЛР виконують два рятувальники: перший розпочинає проведення СЛР 30:2; другий приносить та готує автоматичний дефібрилятор до роботи.
- **Пам'ятайте:** не припиняйте компресії грудної клітки, доки інший рятувальник накладає електроди!
- Припиніть натискування на грудну клітку під час аналізу ритму серця дефібрилятором, відповідно до його команди, незалежно від того яке по рахунку натискування ви виконуєте.
- Використовуйте час, коли дефібрилятор аналізує ритм (через кожні 2 хв СЛР), для того, щоб рятувальники помінялися місцями (натискання на грудну клітку фізично виснажлива процедура).
- Використовуйте АЗД впродовж всього часу проведення СЛР – немає обмежень у кількості проведення дефібриляцій.
- У випадку, коли після аналізу ритму серця дефібрилятор не рекомендує проведення дефібриляції – продовжуйте СЛР відповідно до вищевказаних рекомендацій.

- Якщо у постраждалого відновилось дихання та самостійна робота серця – переведіть його в стабільне положення не знімаючи електроди. Уважно слідкуйте за станом постраждалого та при необхідності будьте готові відновити проведення СЛР.

Вибір та розміщення електродів АЗД (рис. 34)

- ✓ Використовуйте дитячі електроди, якщо такі є в наявності, для немовлят та для дітей молодше 8 років.
- ✓ Якщо дитячі електроди недоступні, використовуйте електроди для дорослих. Переконайтесь, що електроди не торкаються один одного або не перекриваються. Дорослі електроди забезпечують більшу енергію розряду, але вища доза розряду краще, ніж його відсутність.
- ✓ Для розміщення електродів дотримуйтесь інструкцій виробника АЗД та ілюстрацій на його електродах.



Рис. 34. Передньо-заднє розташування електродів АЗД у дитини.

©American Heart Association

Н. В. !

Використання АЗД для постраждалих віком від 8 років

- Використовуйте АЗД, як тільки він з'явиться.
- Використовуйте електроди для дорослих (рис. 35). Не використовуйте дитячі електроди – вони, швидше за все, подадуть занадто низьку енергію розряду.
- Розмістіть електроди, як показано на електродах.
- Накладіть електроди на оголену шкіру. Не дозволяйте електродам торкатися або перекриватися і не накладайте електроди на одяг або поверх нього.

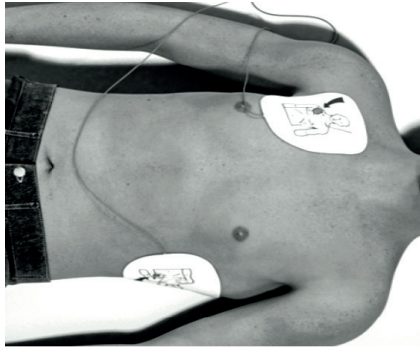


Рис. 35. Стандартне розташування електродів АЗД у дорослих і дітей старшого віку

Н. В. !

Використання АЗД у дітей молодше 8 років

- Використовуйте АЗД, як тільки він з'явиться.
- Використовуйте дитячі електроди, якщо такі є. Якщо у вас немає дитячих електродів, ви можете використовувати дорослі електроди. Розміщуйте електроди так, щоб вони не торкалися один одного.
- Якщо в АЗД є ключ або перемикач, що вмикає подання енергії розряду для дитини, поверніть цей ключ або перемикач.
- Розмістіть електроди як показано на електродах. Накладіть електроди безпосередньо на шкіру і не накладайте їх на одяг, поверх нього.

Н. В. !

Використання АЗД у немовлят

- Для немовлят мануальний дефібрилятор є кращим за АЗД. Професійний мануальний дефібрилятор має більше можливостей, ніж АЗД, і може забезпечити менші дози енергії, які часто потрібні немовлятам.
- Коли мануальний дефібрилятор недоступний, найкращою альтернативою є АЗД, обладнаний педіатричним атенюатором дози. Якщо жоден з цих варіантів недоступний, ви можете використовувати АЗД без педіатричного атенюатора дози.

Наявність води або інших рідин

- Вода та інші рідини проводять електричний струм. Не використовуйте АЗД у воді.
- Якщо потерпілий знаходиться у воді, витягніть його з води.

- Якщо грудна клітка покрита водою або потом, швидко протріть (осушіть) грудну клітку перш ніж накласти електроди АЗД.
- Якщо постраждалий лежить на снігу або в невеликій калюжці, ви можете використати АЗД після швидкого витирання грудної клітки.

10.12. Алгоритм дій при обструкції дихальних шляхів стороннім тілом у дітей

- Обструкція верхніх дихальних шляхів стороннім тілом (ОДШСТ), як правило, трапляється під час прийому їжі або гри з дрібними предметами, які діти часто кладуть собі до рота.
- **Ознаки:** раптово у дитини з'являється переляканий чи розгублений вигляд, відсутність або порушення голосу, постраждалий жестами може показувати, що він вдавився (хапатися руками за ділянку горла).
- Ознаки часткової непрохідності дихальних шляхів: на запитання «Ти вдавився?» або інше, постраждалий відповідає, серед інших ознак – може говорити, кашляти, дихати, плакати. В цьому випадку кашель хоч і може бути більш тихим, але з типовим звуком (т.з. *ефективний*).
- При повній непрохідності дихальних шляхів постраждалий не може вдихнути, тож фонація відсутня, можуть спостерігатися кашлеподібні рухи грудної клітки, але кашель беззвучний (т.з. *неефективний*).

Ознаки обструкції дихальних шляхів стороннім тілом

- Епізод при свідках
- Кашель/вдавився
- Раптовий початок
- Анамнез гри з/споживання дрібних предметів чи шматочків їжі

<i>Неефективний кашель</i>	<i>Ефективний кашель</i>
Неможливість розмовляти Тихий або нечутний кашель Неможливість дихати Ціаноз Зниження рівня свідомості	Плач чи вербальна відповідь на питання. Гучний кашель Можна зробити вдих перед кашлем. Адекватна відповідь



Алгоритм допомоги при обструкції дихальних шляхів стороннім тілом у дітей (рис. 36)

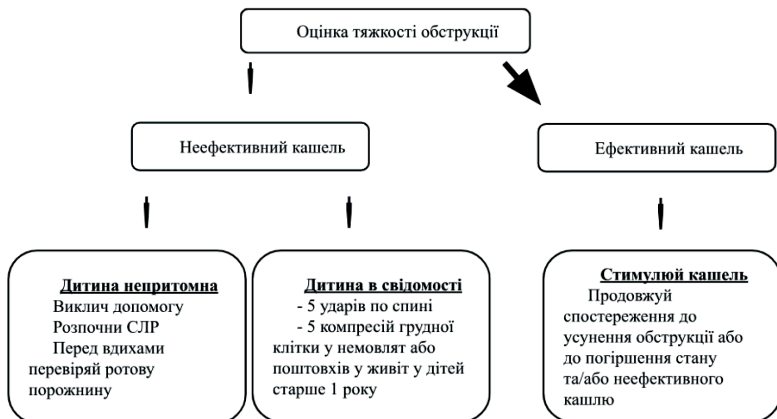


Рис. 36. Алгоритм допомоги при обструкції дихальних шляхів стороннім тілом у дітей

Дитина з ОДШСТ притомна

Постукування по спині у немовлят (рис. 37)

1. Утримуй дитину головою трохи донизу у положенні на животі, щоб дати можливість гравітації сприяти видаленню стороннього тіла.
2. В положенні сидячи чи стоячи навколішки рятувальник має змогу безпечно утримувати дитину, переважену через коліна.
3. Підтримуй голову дитини, розташувавши великий палець однієї руки у куті нижньої щелепи, та один чи два пальці цієї ж руки в такому ж положенні з іншого боку щелепи.
4. Не натискай на м'які тканини дна порожнини рота дитини, оскільки це може посилити обструкцію дихальних шляхів.
5. Завдай п'ять різких ударів основою долоні посередині спини між лопатками.

Постукування по спині у дітей понад 1 рік життя

1. Постукування по спині найбільш ефективні у дітей в положенні головою донизу.
2. Молодші діти можуть бути поміщені поперек на колінах рятувальника, як і немовлята.
3. За можливості утримуй дитину в положенні з нахиленим вперед тулубом і завдавай ударів по спині.

N. B. !

Якщо постукуваннями по спині не вдалось змістити стороннє тіло, і дитина залишається при свідомості, застосуй натискання грудної клітки у немовлят і натискання на живіт у дітей старшого віку. Не застосовуй натискання на живіт (прийом Геймліха) у немовлят.

Компресії грудної клітки у немовлят (рис. 38)

Поверни дитину горілиць головою донизу. Для дотримання безпечного положення вільну руку розташуй вздовж дитячої спини та охопи потилицю долонею

- Утримуй дитину на передпліччі, яке розміщене на (або поперек) твого стегна.
- Визнач анатомічні орієнтири для компресій грудної клітки (нижня половина грудини, приблизно на один палець вище мечоподібного відростка).
- Зроби п'ять натискань грудної клітки; це подібно до компресій грудної клітки, але різкіше і з меншою частотою.



Рис. 37. Постукування по спині у немовлят



Рис. 38. Компресії грудної клітки у немовляти при ОДШСТ

Поштовхи в живіт у дітей старше 1 року (рис. 39)

- Стань або опустися навколішки позаду дитини; помісти свої руки під руками дитини і охопи її грудну клітку.
- Стисни долоню в кулак і помісти її між пупком та мечоподібним відростком.
- Охопи кулак долонею своєї іншої руки та виконай різкий поштовх в напрямку досередини і вгору.

- Повтори цей прийом до 5 разів.
- Забезпеч, щоб натиск не припадав на мечоподібний відросток або на нижній відділ грудної клітки – це допоможе запобігти травмуванню органів черевної порожнини.
- Після повторно оціни дитину.



Рис. 39. Поштовхи в живіт у дітей старшого віку (прийом Геймліха).

©American Heart Association

- ✓ Якщо об'єкт не було виштовхнуто і постраждалий залишається в свідомості, продовжуй послідовність постукувань по спині та натискань на грудну клітку (немовлята) чи живіт (старші діти). Поклич або відправ за допомогою якщо цього ще не зроблено. Не залишай дитину на цьому етапі.
- ✓ Якщо предмет був вдало видалений, оціни клінічний стан дитини. Якщо є сумніви щодо залишення частини стороннього тіла в дихальних шляхах, що може спричинити ускладнення, звернись за допомогою.
- ✓ **Важливо:** Поштовхи в живіт можуть спричинити внутрішні пошкодження, і всі постраждалі, яким виконувалися поштовхи в живіт, повинні бути обстежені лікарем.

Непритомна дитина з ОДШСТ

- Якщо дитина з ОДШСТ є або стала непритомною:
- Поклади її на тверду рівну поверхню.
- Поклич або відправ за допомогою якщо цього ще не зроблено.
- Не залишай дитину на цьому етапі; швидко приступай до наступних дій:
- Компресії грудної клітки і штучні вдихи: виконуй комплекс реанімаційних заходів до прибуття допомоги.
- Відкриття дихальних шляхів. Відкрий рота та швидко спробуй побачити стороннє тіло. Якщо стороннє тіло виявлено,

зроби спробу видалити його пальцем. Не роби цього наосліп і не повторюй пальцьове видалення!

- Штучні вдихи. Відкрий дихальні шляхи застосовуючи розгинання голови і піднімання підборіддя. Оцінуй ефективність кожного вдиху.
- Кожного разу після циклу компресій грудної клітки перед штучними вдихами швидко оглянь ротову порожнину на предмет візуалізації стороннього тіла. Якщо воно візуалізується, зроби спробу пальцьового видалення під візуальним контролем.

Переведення постраждалого в стабільне положення

Постраждалого, який має пульс і самостійне нормальне дихання, але знаходиться в непритомному стані, при цьому не має підозри на ушкодження шийного відділу хребта, доцільно перевести в стабільне бокове положення.

Це положення забезпечує прохідність дихальних шляхів без мануального їх підтримання, а також значно знижує ризик аспірації шлункового вмісту при блюванні. Перед цим бажано переконатися, що кишені постраждалого не містять предметів, якими можна травмуватися при перекладанні та немає окулярів на обличчі.

Послідовність дій:

1. Руку постраждалого, яка ближче до вас, розташуйте перпендикулярно до тулуба та зігніть під прямим кутом у ліктьовому суглобі (рис. 40a).
2. Дальню від вас руку постраждалого зігніть в ліктьовому суглобі та заведіть тильний бік долоні під щоку постраждалого з вашого боку (рис. 40b).
3. Зігніть дальню від вас ногу постраждалого у колінному суглобі під прямим кутом (рис. 40c).
4. Притискаючи долоню постраждалого до його щоки (фіксація голови та шиї), іншою рукою за зігнуте коліно поверніть постраждалого на бік обличчям до себе.
5. В позиції на боці розмістіть зігнуту в коліні ногу постраждалого під прямим кутом до тулуба (рис. 40d).
6. Слідкуйте за прохідністю дихальних шляхів постраждалого.

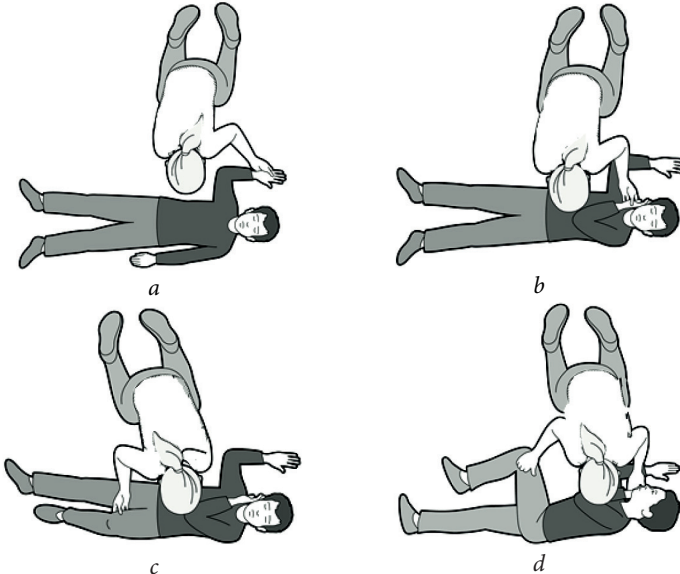


Рис. 40. Переведення постраждалого у стабільне положення

Контрольні питання до теми:

1. Педіатричний ланцюг виживання АНА та основні компоненти базової підтримки життя, ознаки зупинки кровообігу, оцінка стану постраждалого.
2. Місця та техніка визначення пульсу на центральних артеріях у дітей різного віку.
3. Техніка виконання компресій грудної клітки у немовлят.
4. Техніка виконання компресій грудної клітки у дітей та підлітків.
5. Техніка виконання штучних вдихів у немовлят, дітей та підлітків.
6. Алгоритм базових реанімаційних заходів у дітей та немовлят для одного реаніматора.
7. Алгоритм базових реанімаційних заходів у дітей та немовлят для двох і більше реаніматорів.

Тестові завдання:

1. При проведенні серцево-легеневої реанімації (СЛР) частота натискань грудної клітки (відповідно до сучасних рекомендацій з СЛР) складає:

- A. 60–90 на хвилину
 - B. 100–120 на хвилину
 - C. Понад 120 на хвилину
 - D. Не більше 100 на хвилину
2. При забезпеченні прохідності дихальних шляхів у немовлят при виконанні штучних вдихів, голова дитини має бути в положенні:
- A. Перерозгинання
 - B. Нейтральному
 - C. Згинання
 - D. Повернута праворуч
3. Котрий з постраждалих потребує реанімаційних заходів?
- A. Непритомний постраждалий без нормального дихання і пульсу
 - B. Непритомний постраждалий з нормальним диханням
 - C. Постраждалий з визначальним пульсом, але з затрудненим диханням
 - D. Постраждалий з болем в грудній клітці та печією
4. Глибина компресій грудної клітки у немовлят має складати:
- A. Близько 2 см
 - B. Близько 3 см
 - C. Близько 4 см
 - D. Близько 5 см
5. Скільки часу щонайбільше має тривати визначення наявності у постраждалого дихання і пульсу?
- A. 40 секунд
 - B. 30 секунд
 - C. 20 секунд
 - D. 10 секунд
6. Яке співвідношення натискань грудної клітки до штучних вдихів є правильним при проведенні СЛР дитині 6 місяців двома реаніматорами – медичними працівниками?
- A. 5:1
 - B. 15:2
 - C. 20:2

- D. 30:2
7. Ви стали свідком раптової зупинки кровообігу у дитини 6 років. Переконавшись у безпеці місця події, покликавши на допомогу (ви є єдиним свідком події) і не виявивши у постраждалого дихання і пульсу, вашими першими наступними діями будуть:
- A. Швидкий початок СЛР в послідовності САВ в співвідношенні 30:2
 - B. Швидкий початок СЛР в послідовності САВ в співвідношенні 15:2
 - C. Активуєте систему екстреного реагування і принесете АЗД
 - D. Принесете АЗД або монітор-дефібрилятор
8. Яке співвідношення натискань грудної клітки до штучних вдихів є правильним при проведенні СЛР дитині 2 років одним реаніматором – медичними працівниками?
- A. 5:1
 - B. 15:2
 - C. 20:2
 - D. 30:2
9. В парку ви натрапили на дитину віком 6 років у стані зупинки кровообігу. Переконавшись у безпеці місця події, покликавши на допомогу (ви є єдиним на місці події) і не виявивши у постраждалого дихання і пульсу, вашими першими діями будуть:
- A. Початок СЛР в співвідношенні 30:2, через 2 хвилини виклик бригади екстреної медичної допомоги
 - B. Початок СЛР в співвідношенні 15:2, через 2 хвилини виклик бригади екстреної медичної допомоги
 - C. Активуєте систему екстреного реагування і принесете АЗД
 - D. Принесете АЗД або монітор-дефібрилятор
10. Вас покликали до хворої на пневмонію дитини 3 років у зв'язку із різким погіршенням стану. При огляді дитина непритомна, дихання відсутнє, на сонній артерії визначається пульс частотою 90 уд/хв. Ваша колега викликає реанімаційну бригаду по телефону. Які ваші наступні дії:
- A. Початок СЛР в співвідношенні 30:2

- B. Початок СЛР в співвідношенні 15:2
 - C. Виконання штучних вдихів з частотою 20–30 /хвилину, кожні 3 хвилини перевіряючи пульс до прибуття реанімаційної бригади
 - D. Виконання лише компресій грудної клітки до прибуття реанімаційної бригади
11. У вашій присутності знепритомніла дитина 5 років. Переконавшись у безпеці місця події, покликавши на допомогу (ви є єдиним свідком події), ви виявили у постраждалого дихання з частотою 24/хв і пульс на сонній артерії з частотою 100/хв. Вашими наступними діями будуть:
- A. Активація системи екстреного реагування, спостереження за постраждалим до прибуття допомоги
 - B. Активація системи екстреного реагування, виконання штучних вдихів з частотою 20–30 /хвилину
 - C. Активація системи екстреного реагування, виконання компресій грудної клітки з частотою 100–120 /хвилину
 - D. Активація системи екстреного реагування, виконання СЛР в співвідношенні 30:2
12. У немовлят компресії грудної клітки можуть виконуватися:
- A. 2 пальцями
 - B. 2 великі пальці – метод охоплення
 - C. Основою однієї долоні
 - D. Правильні відповіді А і В
13. Вас покликали до хворої на пневмонію дитини 3 років у зв'язку із різким погіршенням стану. При огляді дитина непритомна, дихання відсутнє, на сонній артерії визначається пульс частотою 50 уд/хв. Ваша колега викликає реанімаційну бригаду по телефону. Які ваші наступні дії:
- A. Початок СЛР в співвідношенні 30:2
 - B. Початок СЛР в співвідношенні 15:2
 - C. Виконання штучних вдихів з частотою 20–30 /хвилину, кожні 3 хвилини перевіряючи пульс до прибуття реанімаційної бригади
 - D. Виконання лише компресій грудної клітки до прибуття реанімаційної бригади

14. При забезпеченні прохідності дихальних шляхів у дітей старшого віку, при виконанні штучних вдихів, голова дитини має бути в положенні:
 - A. Розгинання
 - B. Нейтральному
 - C. Згинання
 - D. Повернута ліворуч
15. Перевагами техніки охоплення руками і компресій двома великими пальцями є:
 - A. Покращує кровопостачання серцевого м'яза
 - B. Забезпечує стабільну глибину та силу компресій грудної клітки
 - C. Може створювати більший кров'яний тиск
 - D. Все перераховане

Література

1. Пропедевтична педіатрія : підруч.для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / за ред. акад. НАМН України проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид. випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 871с.,
2. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 262 с.
3. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. проф. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 326 с.
4. Роцин О. А. Цікаві випадки з практики чудових лікарів : зб. / К. : ТОВ «В6»Аванпост – ПРИМ», 2017. 228 с.
5. URL: https://cpr.heart.org/en/?gad_source=1&gclid=CjwKCAjw-zN-vBhAkEiwAYiO7oKciOR3VpITHY_PFd2nxwcyi1tAlUru4vVWo3u-M5OfTahDn8cyMQGBoCPO4QAvD_BwE
6. URL: <https://emedicine.medscape.com/article/2058889-overview?form=fpf>



Розділ XI

ВАКЦИНАЦІЯ – ЗАСІБ ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ ПРО ВАКЦИНАЦІЮ В УКРАЇНІ

*«Найкращим, як мені здається,
є той лікар, який має
вміння передбачення»
Гіппократ*

11.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Вакцинологія	Розділ медицини, який займається розробкою, оцінкою ефективності та безпеки вакцин
Вакцинація (щеплення)	Спосіб профілактики інфекційних хвороб вірусної та бактеріальної природи
Імунна система	Сукупність клітин, тканин і органів для захисту організму від факторів, які можуть проникати через фізичні і хімічні бар'єри організму
Вроджений імунітет	Переданий від матері до плоду трансплацентарно
Набутий імунітет	Імунітет, набутий активним чи пасивним шляхом

Пасивний імунітет	Імунітет, який виникає за рахунок введення готових антитіл
Активний імунітет	Виникає після перенесених інфекційних захворювань або після введення вакцин
Антиген	Речовини, що несуть ознаки генетичної чужорідності та при потраплянні в організм викликають відповідь імунної системи
Антитіло	Білкові сполуки, які утворюються в організмі у відповідь на антигени, чужорідні речовини, щоб їх знищити або нейтралізувати
Ад'ювант	Речовина, яка посилює імунну відповідь на антиген
Рекомбінантна вакцина	Можливість використовувати один антиген від патогену замість цілого патогену для одержання захисту від захворювання
Атенуйована (ослаблена) вакцина	Вакцина, яка містить ослаблений збудник
Інактивована вакцина	Вакцина, яка містить вбиті цільноклітинні вакцини
Анафілактичний шок	Тяжка, зі швидким розвитком, реакція, при якій виникає зниження артеріального тиску, що загрожує життю
Алергічна реакція	Виражена відповідь імунної системи на стимули, які зазвичай таку реакцію не викликають

11.2. Цікаві клінічні випадки

1. Впровадження в календар обов'язкових щеплень призвело до майже зникнення ряду інфекційних захворювань, які мали тяжкі ускладнення або закінчувались летально.

А) Приблизно 20 років тому в стаціонарному відділенні дитячої інфекційної лікарні знаходився хлопчик 15 років зі «свинкою» або «епідемічним паротитом». Існує педіатричний закон: чим старше хворіють діти, тим інфекційний патологічний процес проходить тяжче. Найчастішим ускладненням цього захворювання є орхіт (запалення яєчок), який в подальшому був частою причиною

чоловічого безпліддя. У даного хворого процес мав тяжкий двобічний характер. Одне яєчко перестало функціонувати одразу, а друге підтримували на преднізолоні. Причому всі спроби зняти гормон призводили до повернення запалення. З одного боку, у дитини може розвинути стероїдна залежність, з іншого – загроза повного євнухоїдизму. Більше півроку лікарі боролися з двома проблемами та отримали перемогу: преднізолон відмінили, яєчко – вилікували. Ще через півроку – у дитини з'явилися поліції, які підтвердили успіх лікування.

- Б) До столичного дитячого кардіолога звернулася мати з хлопчиком 10 років з маленького міста з казусним випадком: у сина вже 8 разів спостерігався прояв «свинки» (зазвичай після одного епізоду хвороби на «епідемічний паротит» формувалася довічний імунітет). На фоні останнього захворювання у дитини почалося запалення колінних суглобів, попередні лікарі підозрювали ювенільний ревматоїдний артрит. Кардіолог ніколи з такою причиною дебюту колагенозу ще не стикалася, дивувала і кількість повторів «свинки», а також виражена сухість слизових оболонок. Як це може бути, щоб не вироблявся зовсім імунітет? Лікар поспішила до бібліотеки і почала шукати відповіді на питання... Раптом побачила опис синдрому Гуджера – Шегрена – аутоімунного враження сполучної тканини (колагеноз), яке вражає залози, що виділяють секрети (слинні та слюзові). Так був розгаданий секрет 8-кратного повторювання т.з. «свинки», це було інше тяжке захворювання.
- В) Останні діти, яким робили щеплення проти **натуральної віспи**, це покоління до початку 70-х років ХХ ст., потім вони були відмінені через відсутність захворюваності. Відомого дитячого інфекціоніста в кінці 90-х років викликають на консультацію в маленьке місто до 13-річного хлопчика з підозрою на натуральну віспу. Лікар усвідомлювала, що дуже відповідально приймати рішення, тому що за цим стоїть потужний комплекс жорстких протиепідемічних заходів з вакцинацією всього населення від новонароджених до сторічних старих.

Навколо лікарні, де знаходився хлопчик, міліцейський взвод, у головного лікаря зібралось багато медиків в протичумних костюмах. При огляді хворого хлопчика на шкірі гнійно-пустульозний висип з деяким характерним «пупкоподібним вдавленням», висока температура тіла до 40 градусів. На нозі – гіпс після тяжкого відкритого перелому ноги. Перед початком захворювання до родини приїжджав дядько – капітан далекого плавання, який повернувся з африканської країни. Незважаючи на все, що вказувало на віспу, консультант попросила зняти гіпс. «Ще дуже рано знімати, не зрослося!», – заперечив лікуючий лікар, але під наполяганням згодився. Під пов'язкою виявилась глибока гнійна рана, яка й давала септичне враження шкіри. Хлопчику зробили хірургічну обробку рани, призначили сильні антибіотики. Так була знята загроза тяжкого інфекційного захворювання, місто продовжувало спокійне життя, а дитина скоро одужала.

2. Необхідність ретельно дотримуватись календаря проведення щеплення

80-ті роки минулого століття. Дівчинку 1 року оформляли у дитячий садок, зробили **щеплення (АКДС)** та принесли про це довідку медичній сестрі. Не минуло й пару тижнів, мати забирала дівчинку з садочка, а вихователька попередила, що дітям зробили АКДС, тому кілька днів не купайте. Мати обурилася: «Ми тільки-но зробили» (раніше робили щеплення в закладах освіти без попередження батьків). Виявилось, що медична сестра загубила довідку дитини. Через півроку дитина захворіла, їй поставили позитивний діагноз аутоімунного захворювання: «**ювенільний ревматоїдний артрит**». Чи вплинуло на нього подвійне щеплення?

11.3. Імунітет людини як механізм захисту від інфекційних хвороб

Для захисту від інфекційних загроз у кожної людини є невидимий захист. Він працює постійно, перемагаючи бактерії, віруси і несприятливі чинники інфекційної та іншої природи. Це імунітет.

Імунітет (лат. *immunitas* – звільнення від чогось) – специфічний імунний захист, тобто несприйняття організмом збудників інфекційних хвороб та чужорідних речовин.

Імунна система – це безліч складових, локалізованих по всьому тілу людини.

В організмі людини функціонує природжений і набутий імунітет.

- **Природжений імунітет** передається спадково, як й інші генетичні ознаки.
- **Набутий імунітет** може бути активно або пасивно набутим і спадково не передається.

Н. В. !

Отже, вирізняють такі типи імунітету (рис. 41):

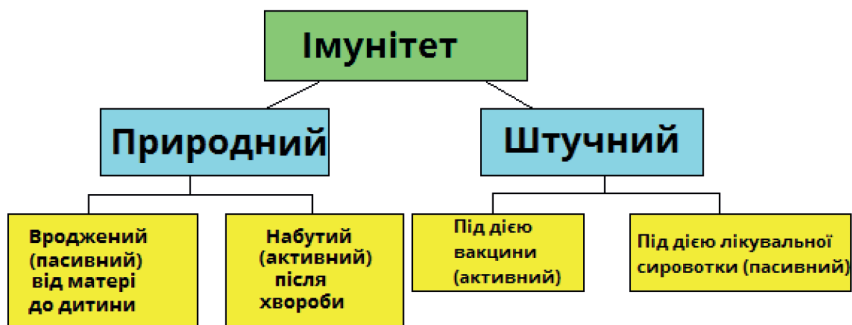


Рис. 41. Типи імунітету

1. **Набутий природний активний імунітет** – виникає після перенесення хвороби і може тривати від кількох років до кінця життя.
2. **Набутий природний пасивний імунітет** – передається від матері дитині через плаценту або через грудне молоко (материнський імунітет). Він зберігається до 5–6-місячного віку дитини і захищає не від усіх інфекцій, наприклад, він не захищає від грипу або туберкульозу.
3. **Штучний активний імунітет** – формується через 1–2 тижні після введення вакцини (поствакцинальний) і зберігається протягом кількох років (так, після введення черевнотифозної вакцини – 1 рік; вакцини проти гепатиту А – 20 років).

4. *Штучний пасивний імунітет* – формується одразу після введення сироватки чи імуноглобулінів (постсироватковий) і зберігається протягом 4–6 тижнів.

11.4. Вакцинація як метод формування набутого активного імунітету та профілактики інфекційних хвороб

Вакцинація – найбільш ефективний шлях захисту від інфекційних захворювань. Вакцинація забезпечує створення набутого активного імунітету.

N. B. !

Важливість вакцинації для сучасного життя

- ✓ За даними Європейського регіонального бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), вакцинація від життєво небезпечних захворювань, таких як поліомієліт, правець, дифтерія, кашлюк, кір та епідемічний паротит, щороку рятує життя і здоров'я 3 мільйонам дітей у світі.
- ✓ Завдяки новим вакцинам, які буде розроблено в найближчі 5–10 років, можна буде запобігти загибелі ще 8 мільйонів дітей на рік.
- ✓ Нині у світі існує досить великий асортимент вакцин, які спрямовані на набуття активного специфічного імунітету проти збудників інфекційних захворювань.
- ✓ За даними ВООЗ, сьогодні доступні вакцини проти більш ніж 26 інфекційних захворювань.

Історія розвитку вакцинації

- Ефективність вакцинації було вперше встановлено **народною медициною**.
- З давніх часів в **Індії і Китаї застосовували інокуляцію** – щеплення рідиною з пустул хворих на легку форму натуральної віспи. Але цей метод інколи призводив до летальних випадків.
- В **Англії** існувала прикмета, що доярки, які перехворіли на коров'ячу віспу (вона не становить небезпеку для людини),

ніколи не хворіють на натуральну віспу, яка є вкрай небезпечною для людини.

- Англійський лікар **Едвард Дженнер** вирішив перевірити правильність цієї прикмети своїми дослідженнями. У 1776 р. Дженнер прищепив вміст пухирця коров'ячої віспи 8-річному Джеймсу Фіппсу. Хлопчик не захворів. Таким чином було доведено можливість відносно безпечної вакцинації.
- Через 100 років після вищеописаних подій мікробіологу **Луї Пастеру** вдалося цілеспрямовано зменшити патогенність збудників захворювань і приготувати з них препарати для щеплень.
- У 1881 році **Луї Пастер** створив захисні препарати проти сибірки, а 1885 року – проти сказу.
- Саме **Луї Пастер** запропонував називати такі препарати вакцинами, а процедуру їхнього використання – **вакцинацією** (від лат. vacca – корова)

N. B. !

Вакцина як інструмент вакцинації

Вакцина – це препарат, який містить ослаблені або вбиті збудники інфекційних хвороб чи продукти їхньої життєдіяльності або їх синтетичні аналоги.

До складу більшості вакцин входить:

- активний компонент;
- розчинник (сольовий розчин, H_2O);
- стабілізатори та антибіотики;
- допоміжні речовини (солі алюмінія, дріжджові гриби та ін.).

За природою активного компоненту вакцини бувають:

- містять цільні вбиті мікроорганізми (кашлюк, холера), активні вірусні – поліомієліт, грип;
- вакцини з живих ослаблених вірусів (кір, грип, поліомієліт);
- анатоксини (дифтерія, правець);
- вакцини з живих атенуєваних вірусів (кір, грип, поліомієліт);

- вакцини з перехресно-реагуючих живих організмів, імунологічно пов'язаних зі збудником (натуральна віспа);
- хімічно синтезовані субодиниці чи отримані за допомогою генної інженерії (гепатит В, грип);
- адсорбовані вакцини (АКДС).

Також окремим класом виділяють біосинтетичні, векторні (рекомбінантні) ДНК- та РНК-вмісні вакцини.

- ✓ **Біосинтетичні вакцини** отримують методами генної інженерії. Вони є штучно створеними. Прикладом може служити рекомбінантна вакцина проти вірусного гепатиту В, вакцина проти ротавірусної інфекції.
- ✓ **Векторні (рекомбінантні) вакцини** – отримані методами генної інженерії.
- ✓ **Вакцини, що містять або антиген, або ДНК чи РНК**, які кодують цей антиген, відповідно є ДНК- чи РНК-вмісними. Прикладом цієї групи є Вакцини проти COVID-19 (Pfizer-BioNTech). Вони є РНК вакцинами.

Н. В. !

Вимоги до вакцин, які використовуються в медичній практиці:

- ✓ Безпечність
- ✓ Висока імуногенність (здатність створювати імунітет)
- ✓ Низька реактогенність (не викликає негативні реакції)
- ✓ Нетоксичність
- ✓ Відсутність небажаних побічних реакцій (алергічних, канцерогенних, тератогенних)
- ✓ Властивість накопичуватися та зберігатися довгий час у тканинах
- ✓ Відповідність міжнародним стандартам.

11.5. Загальні положення про вакцинацію в Україні

В Україні профілактичні щеплення проти ряду хвороб є обов'язковими і вносяться до календаря щеплень. Національний календар щеплень містить вакцинацію від 10 небезпечних для життя інфекційних хвороб (рис. 42).



Рис. 42. Національний календар щеплень

11.6. Загальні правила до проведення вакцинації різним групам дітей

- ✓ Повнолітнім дієздатним громадянам вакцинацію проводять за їх згодою після надання інформації про вакцини, наслідки відмови від них та можливі поствакцинальні ускладнення.
- ✓ Дітям, які не досягли 15-річного віку чи визнані у встановленому законом порядку недієздатними, вакцинацію проводять за згодою поінформованих батьків або законних представників.
- ✓ Дітям 15–18 років чи визнаним судом обмежено дієздатними, вакцинацію проводять за їх згодою після надання об'єктивної інформації та за згодою поінформованих батьків або інших законних представників.
- ✓ Якщо дитина та/або її законні представники відмовляються від обов'язкової вакцинації, лікар має право взяти у них відповідне письмове підтвердження цього. У разі відмови дати таке підтвердження, засвідчити це письмовим актом у присутності свідків.

Вакцинація – ефективний метод запобігання інфекційним патологіям. Однак не всім вона може проводитись.

Міністерство охорони здоров'я України затвердило перелік **медичних протипоказань до вакцинації**:

- **Абсолютні протипоказання** – стан, за якого існує чітко визначена ймовірність виникнення серйозної побічної реакції на введену вакцину, а ризики від проведення вакцинації перевищують переваги від проведення щеплення. *Абсолютні протипоказання можуть бути постійними й тимчасовими.*
- **Застереження (вакцинація з обережністю)** – остаточне рішення щодо щеплення приймається лікарем з урахуванням переваг над ризиками.
- **Постійні протипоказання** – мають постійний позитивний характер та ймовірно не будуть зняті впродовж життя.
- **Тимчасові протипоказання** – наявні безпосередньо у момент вирішення питання проведення щеплення, мають тимчасовий характер.

Міністерство охорони здоров'я України також наводить такий загальний **перелік протипоказань до вакцинації**:

- **Гостре захворювання**, що супроводжується температурою вище 38,5°C.
- **Серйозна алергічна реакція** (анафілактичний шок) на попередню дозу вакцини чи відома алергічна реакція на один із компонентів вакцини (наприклад, на желатин, неоміцин, курячий білок та ін.).
- **Захворювання і стани організму, при яких імунітет після введення вакцини може не сформуватися** (наприклад, в умовах хіміотерапії у онкологічних хворих; при вживанні великих доз стероїдних гормонів; при вживанні ліків, що пригнічують імунітет; при СНІДі).
- Дітям з неконтрольованою епілепсією не рекомендовано вводити цільноклітинні вакцини проти кашлюка.
- При вагітності не рекомендоване введення «живих» вакцин.

Проте пам'ятайте, що рішення щодо вакцинації ви можете ухвалити спільно з лікарем. Лікар визначить, чи має дитина протипоказання і чи потрібно відкласти щеплення.

Вакцинація – найбезпечніший шлях захистити дитину від тяжких інфекційних захворювань. Чи бувають у вакцин побічні ефекти? Будь-який лікарський засіб, в тому числі вакцини, можуть мати побічні ефекти. Для вакцин це **післявакцинальні реакції та ускладнення вакцинації**.

N. B. !

11.7. Поняття про післявакцинальні реакції

Після вакцинації (найчастіше протягом 48 годин) організм дитини може демонструвати активні адаптаційні процеси на введення вакцини:

- підвищення температури;
- почервоніння та біль на місці уколу;
- загальна слабкість.

✓ Ці реакції часто турбують дитину та батьків.

✓ Але вони є нормальними та свідчать про те, що дитина виробляє власний імунітет і тепер захищена від хвороби.

Характер, час виникнення та тривалість реакції залежить від типу вакцини.

11.8. Поняття про ускладнення вакцинації

Небажані та часто серйозні прояви на введення вакцини:

- анафілактичний шок
- алергічні реакції різного ступеня тяжкості
- судоми
- порушення з боку нервової системи

✓ Частота цих реакцій дуже низька.

✓ Наприклад, після введення коревої вакцини неврологічні порушення можуть виникати 1 на 5–10 млн випадків щеплень. Генералізована БЦЖ інфекція, що виникає при порушенні техніки введення вакцини, – один на 1 млн щеплень.

✓ При виникненні самих захворювань, від яких захищають відповідні вакцини, такі ускладнення виникають набагато частіше.

Тяжкість та форма ускладнень після вакцинації може залежати від:

- порушень умов зберігання та транспортування вакцини. Вакцину не можна перегрівати, ні переохолоджувати, ні заморожувати;
- порушень техніки введення вакцини (введення вакцини БЦЖ внутрішньошкірно, АКДС та інактивованої поліомієлітної – внутрішньом’язово, живих – перорально);
- індивідуальних особливостей організму дитини;
- приєднання інфекції – гнійні запалення в місці вакцинації та інфекції, в інкубаційний період яких було зроблено щеплення.

11.9. Алгоритм дій при проведенні вакцинації дитини

1. Передайте кожному хворому, дитині чи її батькам, повну інформацію про можливість профілактики за допомогою вакцинації. Необхідно впевнитись у тому, що пацієнт усе зрозумів. Занотуйте цей факт у карті пацієнта та попросіть його підписатись.
2. Проводьте вакцинацію в лікарні, поліклініці, амбулаторії, де є можливість надати негайну медичну допомогу у разі виникнення ускладнень.
3. Ознайомтесь з інструкцією виробника, складом вакцини, протипоказаннями та актуальною схемою вакцинації і правильним виглядом препарату.
4. Зверніть увагу на протипоказання до вакцинації дитини або ситуацію, яка вимагає дотримання особливих правил безпеки (відносні протипоказання).
5. Перевірте вигляд вакцини після розкриття упаковки. Якщо не відповідає опису виробника (колір, забруднення, пошкоджена упаковка тощо), не вводьте її.
6. Проводьте вакцинацію згідно з рекомендаціями виробника.
7. Після вакцинації залиште пацієнта у сидячому положенні або лежачи та спостерігайте за ним протягом 20–30 хв. Це необхідно для моніторингу можливих ускладнень.
8. Поінформуйте пацієнта, на які реакції після вакцинації він повинен звернути увагу та коли необхідно звернутися до лікаря.

9. Обов'язково занотуйте дату вакцинації, назву вакцини, серію та номер вакцини у медичній карті дитини.
10. Якщо вакцинація вимагає введення повторних доз, повідомте про це і зробіть нотатки у медичній документації.

Таким чином, на сучасному етапі розвитку медицини вакцинація є ефективним, вигідним економічно, безпечним методом запобігання та зниження інфекційної захворюваності. Досягнення науки в галузі розробки нових вакцин є особливо актуальними при профілактиці нових вірусних та бактеріальних інфекцій та тих, проти яких ще немає вакцин. У рамках українського Національного календаря щеплень України широке охоплення населення є відображенням стратегії демографічної політики нашої країни та забезпечення біологічної безпеки життя громадян.

Контрольні питання до теми:

1. Визначення основних понять, якими оперує вакцинологія.
2. Будова та функції органів і клітин імунної системи.
3. Класифікація сучасних вакцин, які використовують в педіатрії.
4. Основні види імунної відповіді.
5. Особливості сучасних вакцин, які використовують в педіатрії.
6. Способи спілкування з дітьми різного віку і їх родичами для переконання проведення вакцинації.
7. Методика складання індивідуальних планів проведення вакцинацій дітей, використовуючи чинні накази та інструкції МОЗ України.

Тестові завдання:

1. Введення вакцини БЦЖ дітям здійснюється для профілактики:
 - A. Дифтерії
 - B. Кашлюку
 - C. Кору
 - D. Туберкульозу
2. Імунітет поділяється на такі види:
 - A. Активний, латентний

- В. Вроджений, набутий
 - С. Персистентний, транзиторний
 - Д. Зовнішній, внутрішній
3. Перша вакцинація проти вірусного гепатиту В проводиться:
- А. Новонародженим у перші 24 години життя
 - В. Новонародженим на 3–7 день життя
 - С. У віці 1 місяць
 - Д. У віці 3 місяці
4. Вакцина проти гепатиту В протягом життя вводиться:
- А. Щороку
 - В. 5 разів
 - С. 4 рази
 - Д. 3 рази
5. Першу дозу вакцини від кору, краснухи, епідемічного паротиту вводять:
- А. 1 міс
 - В. 2 міс
 - С. 5 міс
 - Д. 1 рік
6. Введення вакцини може викликати:
- А. Кашель
 - В. Післявакцинальні реакції та післявакцинальні ускладнення
 - С. Стресовий розлад
 - Д. Нічого з перерахованого
7. Вперше вакцинальні препарати вдалось зробити:
- А. Роберту Коху
 - В. Гіппократу
 - С. Грегору Менделю
 - Д. Луї Пастеру
8. Термін першої ревакцинації проти коклюшу, дифтерії і правця здоровій дитині:
- А. 18 міс
 - В. 6 років
 - С. 7 років
 - Д. 14 років

8. Природний імунітет буває:
 - A. Вроджений та набутий
 - B. Зовнішній та внутрішній
 - C. Повний та частковий
 - D. Нічого з перерахованого
10. Ревакцинація проти краснухи проводиться в:
 - A. 3 місяці
 - B. 1 рік
 - C. 18 місяців
 - D. 6 років
11. Для імунізації проти Ковід-19 використовують:
 - A. Анатоксин
 - B. Інактивовану вакцину
 - C. РНК-вакцину
 - D. Вбиту вакцину
12. При несправності холодильника, температура в якому підвищилась до $+26^{\circ}\text{C}$, протягом 1 тижня можна зберігати та використовувати:
 - A. Протидифтерійну сироватку
 - B. Вакцину рекомбінантну дріжджову проти гепатиту В
 - C. Живу поліомієлітну вакцину
 - D. Жодну з перерахованого
13. Протягом однієї доби вакцини знаходилися при температурі $+25^{\circ}\text{C}$. Можна використовувати:
 - A. Вакцину БЦЖ
 - B. АДС-М анатоксин
 - C. Живу поліомієлітну вакцину
 - D. Жоден із перерахованих препаратів
14. Провести щеплення дитині вакциною, привезеною з-за кордону, якщо вона відсутня в національному календарі щеплення:
 - A. Можна, попередньо вивчивши характеристику вакцини з етикетки
 - B. Можна, якщо вакцина є у переліку закордонних вакцинних препаратів, зареєстрованих в Україні
 - C. Не можна

- D. Можна за погодженням із завідувачем відділення
15. До проведення щеплень допускається:
- A. Будь-який медичний працівник
 - B. Лікар-педіатр
 - C. Фельдшер
 - D. Спеціально навчений медичний персонал

Література

1. Пропедевтична педіатрія : підруч. для студентів вищ. мед. навч. закл. IV рівня акредитації / за ред. акад. НАМН України проф. В. Г. Майданника. 2-ге вид. випр. та допов. Вінниця : Нова Книга, 2018. 871с.
2. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. І. О. Мітюраєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 262 с.
3. Дитяча імунологія : підручник (ВНЗ IV р. а.) / Л. І. Чернишова, А. П. Волоха, Л. В. Костюченко та ін.; за ред. Л. І. Чернишової, А. П. Волохи. К. : «Медицина», 2013. 720 с.
4. Імунологія : навч.-метод. посіб. / укл. Волощук О. М. Чернівці : Чернівецький національний університет, 2021. 128 с.
5. Наказ МОЗ України від 11.11.2021 № 2506 «Про затвердження Змін до положення про організацію і проведення профілактичних щеплень, Порядку забезпечення належних умов зберігання, транспортування, приймання та обліку вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного в Україні».
6. Наказ МОЗ України від 11.10.2019 № 2070 «Про внесення змін до Календаря профілактичних щеплень в Україні та Переліку медичних протипоказань до проведення профілактичних щеплень».
7. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 01.06.2023 № 562-р «Про схвалення Стратегії розвитку імунопрофілактики та захисту населення від інфекційних хвороб, яким можна запобігти шляхом проведення імунопрофілактики, на період до 2030 року та затвердження операційного плану її реалізації у 2023–2025 роках».
8. Центр громадського здоров'я. Нормативні документи. URL: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/imunizaciya/normativni-dokumenty>



Розділ XII

ЮРИДИЧНІ АСПЕКТИ РОБОТИ ЛІКАРЯ-ПЕДІАТРА. ПОНЯТТЯ ПРО ЛІКАРСЬКУ ПОМИЛКУ. ПРОБЛЕМА ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ З ДИТИНОЮ

*«Одна з найбільших удач у житті людини –
щасливе дитинство»*

А. Крісті

12.1. Перелік основних термінів, характеристик до теми:

Термін	Визначення
Закон	Нормативно-правовий акт, встановлений законодавчим органом загальнообов'язкове правило, яке має найвищу юридичну силу
Охорона здоров'я	Галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення
Лікарська помилка	Незловмисна помилка лікаря
Лікарська таємниця	Інформація, яка відома медичним працівникам та іншим особам у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків про хворобу, медичне обстеження, огляд і результати, інтимну й сімейну сторони життя громадянина

Інформована згода	Юридичний документ погодження, який докладно інформує пацієнта та його батьків/опікунів про всі призначені лікарями діагностичні та лікувальні заходи у закладі охорони здоров'я, що підписується при поступленні
Жорстоке поводження з дитиною	Будь-які форми фізичного, психологічного, сексуального або економічного насильства над дитиною
Субординація (від лат. <i>subordinatio</i> – підкоряння)	Службове підпорядкування молодшого за посадою старшому відповідно до службової вертикалі

12.2. Цікаві клінічні випадки

1. Безвідповідальне ставлення лікаря до хвороби дитини часто призводить до незворотних ускладнень чи інвалідизації

- А) До дитячого кардіолога звернулась мати з 12-річним хлопчиком, який багато років професійно займався футболом, зі скаргами на **біль у колінному суглобі**. Вони розповіли, що з цією проблемою **більше 2-х років звертались до лікаря** у поліклініку, без обстежень призначали мазі, на деякий час допомагало, потім знову все повторювалось. При обстеженні лікар побачила ознаки деформації суглоба та гіпотрофії м'язів. На УЗД суглоба були зафіксовані **прояви ювенільного ревматоїдного артриту** з склерозуванням, тобто розвинувся **процес руйнування суглоба**. Кардіолог не звинувачувала перед батьками попередніх лікарів в їх помилках, але розуміла, що дитина майже інвалід і ніколи не зможе займатися спортом. Хлопчик отримав значне полегшення в результаті відповідного лікування, але зміни в суглобах залишилися на все життя.
- Б) Більше 15 років тому лікар-педіатр з України була в гостях у родині своїх друзів в одній з європейських країн. На той час їх 9-річний син хворів вже кілька днів **на ангіну** з високою температурою. Мати з дитиною по страховому полісу отримала рецепт і купила ліки – цефалоспориновий антибіотик та жарознижуючий засіб, прийом яких протягом 3-х днів хлопчику позитивного

результату не дав. Подруга порекомендувала матері знову йти до лікаря, який спостерігає дитину все життя, щоб змінити лікування, а саме антибіотик. І тут вона почула відповідь матері, яка її дуже здивувала: «У сина за останній рік ця ангіна вже 9-та, і кожен раз лікар без обстеження призначає одні й ті ж ліки, потім через місяць все повторюється знову...». «А чому він не визначає причину, не призначає протирецидивну терапію, треба ж підтримати нормальну мікрофлору, імунітет?» – лікар перерахувала алгоритм дій, які проводяться зазвичай лікарями в Україні. Мати зі сльозами на очах сказала: «Що ти! На моє питання, чому син так часто має ангіни, він відповів: «Матінка, не хвилюйтесь, **Ваша дитина «напрацьовує» собі імунітет...**». Тоді все ж таки добилися, що антибіотик був обраний з іншої групи, але відновлюючи терапію так і не призначали. Через кілька років у дитини почалися проблеми з аритмією серця, яка майже не піддавалась лікуванню та, на жаль, довелося у 18 років поставити хворому **штучний водій ритму серця**. Так, страхові послуги, які забезпечують ліками пацієнтів згідно усереднених протокольних рекомендацій без урахування індивідуальних особливостей перебігу хвороби та безвідповідальність лікаря зробили з практично здорової дитини інваліда на все життя.

2. Інформована згода стоїть на захисті небайдужих лікарів при необхідності використання ризикованих рішень, які розходяться з протокольними рекомендаціями та інструкціями

Дитячий інфекціоніст протягом життя спостерігав хлопчика 16 років з хронічним гепатитом С, інфікованим від народження, який знаходився на стандартній терапії інтерферонами. Під час статевого дозрівання кількість вірусу у крові різко підвищилась, став прогресувати фіброз печінки. В цьому випадку могли допомогти тільки препарати інтерферону подовженої дії, але вони **дозволені по інструкції тільки з 18 років**, треба чекати ще 2 роки, які можуть призвести до тяжких незворотних наслідків. Хлопчик мав показники фізичного розвитку (зріст – 169 см, вага – 67 кг) та статеві ознаки, які відповідали 18-річному. Юридично лікар повинна була зібрати консиліум, тому що не мала права

призначати хлопчику ліки. Коли вона пояснила матері, що протипоказань немає, крім вікових обмежень, та погодилась і підписала інформовану згоду. На великий ризик юридично йшла лікар, тому що будь-які побічні дії або результати лікування за 2 роки могли бути різними. Але мати її підтримала словами: **«Ми довіряємо вашому професійному рішенню, а Ви можете довіритися нам...»**. На щастя, у дитини одразу з'явився позитивний результат лікування та в 18 років у нього всі показники були в нормі, а ступінь фіброзу печінки мінімальний.

3. Лікарські помилки, що призводять до летальних випадків

- А) У дитячому кардіологічному відділенні лікувалась 9-місячна дитина з **вродженою вадю серця в стадії субкомпенсації та супутнім діагнозом: «пневмонія»**. Препарати всі вводились внутрішньовенно, тому було прийнято рішення викликати хірурга та поставити постійну підключичну систему, яку він зміг зробити тільки увечері. На другий день зранку стан дитини різко погіршився, її довелося перевести до реанімаційного відділення, де через кілька годин вона померла. Як з'ясувалося, причиною погіршення стану стало **пошкодження підключичної вени**, яке призвело до торакальної кровотечі. Так, випадкова помилка хірурга при встановленні системи призвела до летального кінця.
- Б) З маленького міста у столичну дитячу лікарню на обстеження направили дівчинку 11 років з підозрою на **вроджену вадю серця**. Черговий лікар на пропускнику почав оформляти її о 16:00, завідувача кардіологічним відділенням, яка вже в пальто йшла додому, також прослухала у дівчинки серцеву діяльність, ознак вади не знайшла, але підтвердила необхідність госпіталізувати дитину на обстеження, яке повинно було початися з ранку наступного дня. Не встигла вона доїхати до дому, як телефонує черговий лікар і каже, що цій дівчинці стало погано на саніпропускнику, наростає дихальна недостатність, ніби з причини бронхіальної астми. Вводять всі необхідні ліки (еуфілін, преднізолон, ін.), але нічого не допомагає, просять приїхати в лікарню. Добре, що сусід підвіз її майже за 10 хвилин на місце. І вона бачить, що дівчинка не лежить на кушетці, а ходить по ній ногами, у збудженому стані

та дихає інгалятором з сальбутамолом. При прослуховуванні легень – дихання не визначається, т.з. «німі легені». Викликають реанімаційну бригаду, яка довго їхала. Через майже 3 години перебування на пропускнуку у вкрай тяжкому стані на апараті штучного дихання її перевезли в реанімацію, де дівчинка померла... Після патологоанатомічного розтину стало ясно, що у дитини була не вроджена вада серця, а довготривала **bronхіальна астма**, яка провокувалась пухом тополі. **Діагноз не був вчасно поставлений**, процес прогресував та призвів до незворотних змін у дихальній системі.

4. **Жорстоке поводження з дітьми з боку батьків підлягає юридичному покаранню, що виявляє лікар-педіатр**

А) Жінка народила сина та **відмовлялась його годувати** через те, що «чоловік її розлюбить», умовити її було неможливо. Коли ж у пологовій палаті вирішила помити немовля у раковині, то **упустила його униз головою**. Потім малюк весь час знаходився на штучному вигодовуванні, незважаючи на те, що молоко у матері було. В 4 місяці потрапили в дитячу лікарню, тому що мати вирішила, що син погано набирає у вазі та нагодувала його **котлетою з манною кашею**. Пролікували, провели бесіди. Через місяць дитина після падіння з коляски потрапляє з **закритою черепно-мозковою травмою**, переломом кісток черепа, струсом головного мозку знову у стаціонар. Знову лікували, проводили бесіду, вже загрожували забрати дитину. Близько 1 року знову потрапляє з ацетонемічним синдромом у лікарню разом з бабусею після того, як його «нагодувала» мати. Після чого лікар повідомив службу піклування про підозру на жорстоке поводження з дитиною, а її батько заборонив небалій матері навіть підходити до сина.

Б) У педіатричне відділення поступає 3-річний хлопчик зі скаргами на болі в животі, блювоту, кашель, високу температуру. Йому поставили діагноз: **гострий бронхіт**, диспептичний синдром. При опитуванні освіченої, на перший погляд, та стильно одягненої матері виявилось, що простуду сина вона лікувала вдома коржами ішака із зоопарку. Причому спочатку їх використовувала в якості

зовнішнього прогрівання, а потім почала давати всередину, що й призвело до термінової госпіталізації. Так, «самозрощена цілителька» **отруїла свого сина**. З нею провели бесіду про перебірливість у виборі заходів лікування дитини.

В) На прийом до лікаря прийшов батько з 5-річним хлопчиком з **байдужим виразом обличчя**. З перших хвилин чоловік **голосно та різкими словами** став розповідати, що син ледачий, безглуздий, що з цим щось треба робити, а хлопчик сидів тихий, навіть очей не піднімав. Лікар попросила батька вийти з кабінету та почала задавати дитині питання, від яких він все більше залякано усувався. Тоді вона спитала: «А чим тобі цікаво займатися?». На що він із здивуванням подивився на лікаря, схоже дорослі малюка ніколи так не питали. Йому дали погратися з іграшками, висловили захоплення його малюнками, і дитина стала активніша, впевненіша у собі. З батьком провели бесіду про надмірну вимогливість, грубий тиск. Він змінив свій підхід до сина, і в подальшому дитина стала краще сприймати нові знання та всебічно розвиватися.

Г) Молодого лікаря-інтерна викликали до хворої дитини у гуртожиток. Вона насилу знайшла кімнату. Побачила темну, завалену брудом оселю, а на ліжку сиділа та плакала 2-річна дитина, яка не могла поворушитися через **куну одягу на ній**: зимові шапка, пальто, рейтузи, штани, шкарпетки, чоботи. Матері поряд не було. Виміряла температуру – 39 градусів, кашель. Довелося викликати швидку допомогу та госпіталізувати малу. З'ясувалось, що мати **зловживає алкоголем**, за дитиною майже не доглядає. Далі проводили юридичні заходи по оформленню документів про жорстке відношення до дитини.

5. Тяжкі наслідки дитячого побутового травматизму.

А) Хлопчик 3-х років впав з верхнього поверху у 2-рівневій квартирі. Отримав тяжку черепно-мозкову травму та пошкодження внутрішніх органів.

Б) Дівчинка 2,5 років самостійно вибралася на підвіконня євровікна. Відчинила його і випала з 8-го поверху, що закінчилося летально.

12.3. Основи юридичного регулювання роботи педіатра

Охорона здоров'я – галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування. Це один з ключових елементів національної безпеки держави. Регуляція функціонування системи охорони здоров'я відбувається на законодавчому рівні.

Основними законодавчими регуляторами системи охорони здоров'я України є:

- Конституція України.
- Закон «Основи законодавства України про охорону здоров'я».
- Кодекс законів про працю України.
- Закон «Про благодійну діяльність та благодійні організації».
- Закон «Про захист персональних даних».
- Наказ МОЗ «Про затвердження форм первинної облікової документації та інструкцій щодо їх заповнення, що використовуються у закладах охорони здоров'я, які надають амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну допомогу населенню, незалежно від підпорядкування та форми власності».
- Наказ МОЗ «Про затвердження норм робочого часу для працівників закладів та установ охорони здоров'я».

N. B. !

Основними принципами охорони здоров'я в Україні є:

- визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України;
- дотримання прав і свобод людини і громадянина в сфері охорони здоров'я та забезпечення пов'язаних з ними державних гарантій;
- гуманістична спрямованість, забезпечення пріоритету загальнолюдських цінностей над класовими, національними, груповими або індивідуальними інтересами, підвищений медико-соціальний захист найбільш вразливих верств населення;

- рівноправність громадян, демократизм і загальнодоступність медичної і реабілітаційної допомоги та інших послуг у сфері охорони здоров'я;
- відповідність завданням і рівню соціально-економічного та культурного розвитку суспільства, наукова обґрунтованість, матеріально-технічна і фінансова забезпеченість;
- орієнтація на сучасні стандарти здоров'я, медичної та реабілітаційної допомоги, поєднання вітчизняних традицій і досягнень зі світовим досвідом у сфері охорони здоров'я;
- попереджувально-профілактичний характер, комплексний соціальний, екологічний, медичний та реабілітаційний підхід до охорони здоров'я;
- багатокладність економіки охорони здоров'я і багатоканальність її фінансування, поєднання державних гарантій з демонополізацією та заохоченням підприємництва і конкуренції;
- децентралізація державного управління, розвиток самоврядування закладів та самостійності працівників охорони здоров'я на правовій і договірній основі.

N. B. !

Ланками взаємодії системи охорони здоров'я в галузі педіатрії є лікар та пацієнт. Обидві сторони мають як обов'язки, так і права.

Згідно із законодавством України до основних прав пацієнта належать:

- право на доступність допомоги у галузі охорони здоров'я;
- право на згоду на медичне втручання та право на відмову від медичного втручання;
- право на свободу вибору в галузі охорони здоров'я;
- право на медичну таємницю;
- право на якісну медичну допомогу;
- право на безпечну медичну допомогу;
- право на запобігання за можливості стражданням і болю;

- право на індивідуальний підхід до лікування;
- право на оскарження неправомірних рішень і дій працівників, закладів та органів охорони здоров'я; право на відшкодування шкоди, заподіяної здоров'ю;
- право людини на життя та на повагу до гідності при наданні медичної допомоги;
- право на захист від будь-яких незаконних форм дискримінації, пов'язаних зі станом здоров'я;

До основних прав лікарів-педіатрів належать:

- право на належні умови професійної діяльності;
- право на заняття медичною і фармацевтичною діяльністю відповідно до спеціальності та кваліфікації;
- право здійснювати медичне втручання у виняткових випадках без згоди пацієнта та/або його законних представників;
- право на відмову від подальшого ведення пацієнта;
- право на підвищення кваліфікації, перепідготовку;
- право на вільний вибір апробованих форм, методів і засобів діяльності, впровадження у встановленому порядку сучасних досягнень медичної та фармацевтичної науки і практики;
- право на соціальний захист;
- право на судовий захист.

12.4. Лікарська помилка – причини, наслідки, запобігання

На даний час в законодавстві немає чіткого визначення поняття, що таке лікарська помилка. Виходячи з роз'яснень до нормативно-правових актів, поняття «лікарська помилка» слід трактувати як похибку в професійній діяльності лікаря за умови, що ним не було допущено свідомої недбалості. Лікарська помилка передбачає дефект в роботі, який виник незважаючи на усвідомлене та сумлінне виконання лікарем його обов'язків.

Причини лікарських помилок

Лікарська помилка може виникнути через наявність об'єктивних і суб'єктивних причин.

Об'єктивні причини лікарських помилок:

- ✓ відсутність належних умов для проведення повноцінного лікування;
- ✓ недосконалі дані медичної науки стосовно розвитку захворювання та його перебігу;
- ✓ недосконалість методів лікування захворювання;
- ✓ індивідуальні особливості організму пацієнта.

Суб'єктивні причини лікарських помилок:

- ✓ недостатній рівень підготовки конкретного медичного працівника;
- ✓ неправильне трактування результатів проведених обстежень пацієнта, діагностичних процедур;
- ✓ недооцінка чи переоцінка лікарем рекомендацій колег-фахівців.

12.5. Відповідальність медичних працівників за лікарську помилку

- Відповідальності залежить від багатьох обставин. При цьому відшкодування моральної та матеріальної шкоди пацієнту не завжди має лягати на плечі лише медичного працівника.
- Внаслідок неналежного надання медичної допомоги для лікаря може настати відповідальність:

цивільно-правова;

кримінальна;

визнання невинності лікаря та звільнення його від відповідальності.

Лікарська помилка не тягне за собою відповідальності у таких випадках:

- несприятливого збігу обставин;
- наявності питань, на які наука ще не дала відповіді;
- недосконалості медичної техніки;
- недосконалості фармацевтичних препаратів, вплив яких на організм пацієнта не обмежується лише позитивною дією, але й здатен викликати негативні побічні ефекти.
- якщо лікарська помилка викликана форсмажором, нестандартними обставинами.

12.6. Жорстоке поводження з дітьми в аспекті практики педіатра

Всесвітня організація охорони здоров'я визначає жорстоке поводження з дитиною як будь-яку навмисну чи ненавмисну дію чи бездіяльність особи, установи чи суспільства в цілому, а також будь-який результат такої дії чи бездіяльності, що порушує рівні права та свободи дітей та/або заважає їхньому оптимальному розвитку. Жорстоке поводження з дітьми завдає не тільки непоправної шкоди їх фізичному здоров'ю, але й тягне за собою значні психічні та соціальні наслідки. У більшості дітей-жертв насильства з'являються серйозні відхилення в психічному, фізичному розвитку, в емоційній сфері, соціальній адаптації.

Жорстоке поводження з дітьми охоплює:

- фізичне насилля
- емоційне жорстоке поводження
- сексуальне насилля
- зневага
- неувага
- експлуатація в комерційних та інших цілях.

N. B. !

Результати досліджень, проведених в різних країнах світу, дозволяють стверджувати, що певні характеристики дітей збільшують ризик насилля: вікові, статеві, гендерні, особистісні особливості сім'ї, в якій зростає дитина. Також потрібно враховувати характеристики батьків чи опікунів (особистісні, поведінкові, рівень освіти, статева приналежність, минулий досвід). Загальні тенденції відносно жорстокого поводження з дітьми такі:

- ✓ Жорстоке поводження з дітьми є загальносвітовою проблемою, яка торкається **як медичної галузі, так і юридичної, правової, суспільної.**
- ✓ Статистичні дані з цього питання є неточними та неповними.
- ✓ Фізичне насильство над дітьми є у всіх соціально-економічних групах.

- ✓ **Чверть усіх дорослих** повідомляють про те, що в дитинстві вони піддавалися фізичному та іншим видам насилля.
- ✓ **Підлітки** частіше піддаються насильству, ніж діти молодшого віку.
- ✓ **Діти раннього віку** набагато частіше отримують тяжкі, або навіть смертельні, травми, які мають наслідки на все життя.
- ✓ Доведена **кореляція** між травматичними подіями дитинства та порушеннями фізичного та психічного здоров'я в дорослому віці.
- ✓ Жорстоке поводження з дитиною призводить до **стресу**, який пов'язаний з порушенням раннього розвитку мозку.
- ✓ **Надмірний стрес** може порушувати розвиток нервової та імунної систем.
- ✓ Люди, які пережили насилля у дитячому віці, ставши дорослими схильні до таких явищ, як **депресія, паління, сексуальна поведінка високого ризику, зловживання алкоголем, вживання наркотиків**.
- ✓ Жорстоке поводження з дітьми може призводити до розвитку **серцевих і онкологічних захворювань, самогубств та інфекцій, що передаються статевим шляхом**.
- ✓ Наслідки жорстокого поводження з дітьми включають **довічні порушення фізичного і психічного здоров'я**.

12.7. Роль педіатра у профілактиці жорстокого поводження з дітьми



Жорстокому поводженню з дітьми можна запобігати. Для цієї мети працюють ефективні програми підтримки батьків, соціальні служби.

- Часто лікарі залишають без уваги випадки фізичного насильства над дітьми.
- Якщо травми в результаті жорстокого поводження з дітьми невірно трактовані як «випадкові», такі діти нерідко знову звертаються за медичною допомогою, вже з більш серйозними травмами, а нерідко і/або гинуть від них.

- Педіатри повинні бути дуже уважними, щоб вчасно помічати фактори ризику жорстокого поводження з дітьми, в тому числі:
 - *ознаки сімейного неблагополуччя;*
 - *надлишкову вимогливість батьків до дитини;*
 - *наявність у дитини інвалідності за соматичним або психічним захворюванням;*
 - *наявність стресів у родині (особливо в сім'ях військово-службовців);*
 - *низький фінансовий дохід сім'ї;*
 - *дані про застосування фізичного насильства цими батьками раніше.*
- Особливу увагу педіатри повинні звертати на батьків, які пред'являють дитині вимоги, що не відповідають її віку і можливостям; не проявляють співчуття до дитини та використовують жорсткі методи виховання.
- Для запобігання жорстокому поводженню з дітьми педіатри повинні вести просвітницьку роботу і навчати батьків принципам виховання та поводження з дітьми.
- Якщо лікар-педіатр підозрює, що дитина піддається насильству в сім'ї, – нехай надасть можливість професіоналам допомогти в даній ситуації. Багато людей бояться заявляти в поліцію, не хочуть втручатися в життя інших.
- Законом України «Про охорону дитинства» (стаття 10) гарантовано право дитини на захист від усіх форм насильства.
- Передача інформації про такі випадки покладається на:
 - органи опіки і піклування;
 - служби у справах неповнолітніх;
 - центри соціальних служб для молоді.
- Координатором заходів стосовно захисту дітей від жорстокого поводження з ними або реальної загрози його вчинення є служба у справах неповнолітніх.
- У разі виявлення фактів жорстокого поводження або насильства стосовно дитини про такі випадки необхідно негайно інформувати територіальний підрозділ служби у справах неповнолітніх за місцем проживання дитини.

Таким чином, юридичні аспекти роботи лікаря- педіатра є непростими та торкаються не лише його безпосередньої професійної діяльності, а й системи пацієнт-лікар, а також моментів роботи, які пов'язані зі спілкуванням з батьками і/або опікунами дитини.

12.8. Засоби для забезпечення побутової безпеки малюка

Оформлення безпечного простору для дитини – надзвичайно важлива місія для кожної родини. Значимість проблеми дитячого травматизму часто недооцінюється, а вона є причиною номер один дитячої смертності. У середньому в мирний час 100 дітей на добу проходить через травмпункт Охматдиту м. Києва.

Дитячий травматизм умовно можна розділити на такі типи:

- побутовий(травми, які виникають удома, у дворі, в дитячому садку);
- вуличний (пов'язаний та не пов'язаний з транспортом);
- шкільний (або в дитячому садочку);
- спортивний.

На частку побутового дитячого травматизму припадає 60 %, в той час, як на вуличний – 15 %, на шкільний – 8 %, на спортивний – 9 %, інший – 5 %. Травматизму можна уникнути шляхом вживання заходів профілактики чи боротьби з ним.

Побутовий травматизм – найпоширеніший. Його основна причина – неуважність батьків, які залишають дитину без нагляду, та ще й там, де в доступних місцях є небезпечні для дитини предмети, не закривають вікна та ін.

Оформлення безпечного простору для дитини – надзвичайно важлива місія для кожної родини. До таких основних засобів, які використовуються для безпеки малюка вдома, в першу чергу, належать (рис. 43):

- скоби та коробки для зберігання проводів;
- блокатори на вікна;
- накладки на кути для уникнення ударів дитини при пересуванні;
- протиковзкі плівки у ванну кімнату, на кухню, де є плитка та ковзка підлога;

- заглушки на розетки;
- ворота безпеки на сходи з загнушкою для запобігання відкривання малюком;
- замок на комод для запобігання його відкриванню;
- захист на двері холодильника блокторами;
- захист від країв дверей спеціальними накладками;
- якщо в будинку є камін, обладняйте його камінними ґратами.



Рис. 43. Засоби для безпеки малюка вдома

N. B. !

Також треба дотримуватись таких правилам:

- Не залишайте на низьких елементах меблів (наприклад, чайному столику, тумбах) горщики з квітами, гарячі страви та спиртні напої, тонкі склянки, сірники і запальнички.

- Ставте побутову техніку так, щоб малюк ні за яких обставин не зміг дістатися до її задньої панелі.
- На килимах і доріжках не повинно бути дірок і країв, що загинаються вгору – дитина може об них спіткнутися і травмуватись.
- Коли ви готуєте, постійно пам'ятайте про небезпеку обпекти дитину гарячою олією або окропом.
- Прибирайте від краю столу все важке, що б'ється і гострі предмети.
- Шнури від побутових електроприладів тримайте поза досяжністю дитини.
- Після виключення електроприладів виймайте вилки з розетки.
- Завжди замикайте входні двері.
- Не дозволяйте дитині самостійно відчиняти двері.
- Якщо міжкімнатні двері засклені, наклейте на скло полімерну плівку. Це допоможе запобігти розльоту осколків, якщо скло розіб'ється.
- Краще засклити двері загартованим або багат шаровим склом.

Щоб уберегти дитину від будь-яких травмонебезпечних елементів у квартирі, потрібно вчасно забезпечити належний захист.

Безпека для дитини вдома може поступово нарощуватися в залежності від потреб.

Контрольні питання до теми:

1. Роль закону в лікувальному процесі хворої дитини.
2. Що означає «Охорона здоров'я»?
3. Які бувають взаємовідносини медичних працівників в умовах дитячої лікарні?
4. Права лікаря та пацієнта.
5. Яких правил та принципів поведінки повинен дотримуватись медичний працівник?
6. Що таке лікарська помилка?
7. Які порушення з боку медичного персоналу можуть призвести до юридичних наслідків?

8. Об'єктивні та суб'єктивні причини лікарської помилки.
9. Поняття про жорстоке поводження з дитиною.

Тестові завдання:

1. Відомості про лікування людини в наркологічному закладі можна надавати:
 - A. Правоохоронним органам у разі притягнення цієї людини до кримінальної або адміністративної відповідальності
 - B. Друзям, які хочуть допомогти в лікуванні
 - C. Батькам повнолітніх осіб
 - D. Роботодавцям людини, що лікується
2. За яких умов може бути порушена лікарська таємниця:
 - A. Бабуся дуже переймається станом дитини та просить сказати, чи приносить батько їй щось у лікарню
 - B. Вчителька хоче зафіксувати діагноз дитини у журналі відвідувань занять
 - C. Медсестра відділення, що є сусідкою дитини, поцікавилась, що саме трапилось і який у дитини діагноз
 - D. Є необхідність повідомити про вчинене насильство в сім'ї уповноважені підрозділи органів Національної поліції
3. Загальнообов'язкове правило, яке має найвищу юридичну силу це:
 - A. Постанова
 - B. Наказ
 - C. Рекомендації
 - D. Закон
 - E. Угода
4. Лікарська таємниця – це інформація, яка відома медичним працівникам у зв'язку з виконанням професійних або службових обов'язків про:
 - A. Хворобу
 - B. Огляд та медичне обстеження
 - C. Інтимну сторону життя громадянина
 - D. Сімейну сторону життя громадянина
 - E. Будь-яка інформація про людину
5. Обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я не включають:

- A. Проводити лабораторну діагностику двічі на рік
 - B. Піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян
 - C. У передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення
 - D. Вживати передбачених Законом України «Про екстрену медичну допомогу» заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які знаходяться у невідкладному стані
6. Координатором заходів стосовно захисту дітей від жорстокого поводження з ними або реальної загрози його є:
- A. Служба у справах неповнолітніх
 - B. Лікар
 - C. Педагог
 - D. Сусіди
 - E. Нічого з перерахованого
7. Порушений стан людини, що зумовлений діяльністю медичного працівника називають:
- A. Випадковим станом
 - B. Індивідуальним станом
 - C. Ятрогенним станом
 - D. Хронічним станом
 - E. Вродженим станом
8. Суворе службове підпорядкування молодшого за посадою старшому відповідно до службової вертикалі називається:
- A. Субординація
 - B. Довіра
 - C. Колегіальність
 - D. Дружність
 - E. Функціональність
9. Чи існують поняття нормативних навантажень для лікуючих лікарів на законодавчому рівні?
- A. Так
 - B. Ні
 - C. Так, але їх встановлює лікар самостійно

10. Що таке «охорона здоров'я»?
 - A. Галузь діяльності держави, метою якої є організація та забезпечення доступного медичного обслуговування населення
 - B. Норми і правила взаємовідносин медичних працівників
 - C. Організація надання медичної допомоги населенню
 - D. Лікування та профілактика захворювань
11. Жорстоке поводження з дитиною включає:
 - A. Сексуальне насилля
 - B. Фізичне насилля
 - C. Відсутність піклування про дитину
 - D. Економічне насилля
 - E. Все перераховане
12. Одним з основних принципів охорони здоров'я в Україні є:
 - A. Визнання охорони здоров'я пріоритетним напрямом діяльності суспільства і держави, одним з головних чинників виживання та розвитку народу України
 - B. Надання медичної допомоги має бути безкоштовно в повному обсязі
 - C. Надання медичної допомоги має бути на платній основі
 - D. Пацієнт не має права змінити лікаря
13. Право громадян України на охорону здоров'я не передбачає:
 - A. Цілодобове безкоштовне консультування
 - B. Життєвий рівень, включаючи їжу, одяг, житло, медичний догляд та соціальне обслуговування і забезпечення, які є необхідними для підтримання здоров'я людини;
 - C. Безпечне для життя і здоров'я навколишнє природне середовище
 - D. Санітарно-епідемічне благополуччя території і населеного пункту, де людина проживає
 - E. Безпечні і здорові умови праці, навчання, побуту та відпочинку
14. Обов'язки громадян у сфері охорони здоров'я не включають:
 - A. Проводити лабораторну діагностику двічі на рік
 - B. Піклуватись про своє здоров'я та здоров'я дітей, не шкодити здоров'ю інших громадян

- C. У передбачених законодавством випадках проходити профілактичні медичні огляди і робити щеплення
 - D. Вживати передбачених Законом України "Про екстрену медичну допомогу" заходів для забезпечення надання екстреної медичної допомоги іншим особам, які знаходяться у невідкладному стані
15. Поняття «лікарська таємниця» не передбачає:
- A. Приховування інформації про стан здоров'я дитини від батьків
 - B. Таємницю про стан здоров'я особи
 - C. Факт звернення за медичною допомогою
 - D. Діагноз
 - E. Інші відомості, одержані при медичному обстеженні особи

Література:

1. Маркданте К., Клігман Р. Основи педіатрії за Нельсоном : у 2 т. Том 1. К. : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2019. 392 с.
2. Спеціалізована сестринська практика в педіатрії : навч. посіб. / за ред. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 376 с.
3. Догляд за здоровою та хворою дитиною : навч. посіб. / за ред. І. О. Мітюряєвої-Корнійко. К. : ДП «Експрес-об'ява», 2023. 264 с.
4. Рощин О. А. Цікаві випадки з практики чудових лікарів : зб. / К. : ТОВ «Вб»Аванпост – ПРИМ», 2017. 228 с.
5. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я». URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text>.
6. Сестринська справа / Н. М. Касевич, І. О. Петряшев, В. В. Сліпченко та ін. К. : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2017. 816 с.
7. Догляд за хворими (практика). О. М Ковальова, В. М. Лісовий, С. І. Шевченко та ін. К. : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина», 2015. 488 с.
8. Global Threat Assessment 2023. URL : <https://www.weprotect.org/wp-content/uploads/Global-Threat-Assessment-2023-English.pdf>.
9. Законодавчі та нормативно-правові акти щодо запобігання та протидії насильства. URL: <https://imzo.gov.ua/psycholohichnyj-suprovid-ta-sotsialno-pedahohichna-robota/zakonodavchi-ta-normatyvno-pravovi-akty-shchodo-zapobihannia-ta-protydii-nasyt-stva/>

Ситуаційні завдання

1. Дитині 12 місяців, лікар-педіатр провів оцінку харчування. Чи потрібно лікарю-педіатру проконсультувати матір?

Правильна відповідь

Лікар повинен пояснити мамі результати оцінки харчування, дати рекомендації у разі потреби корекції харчування та рекомендувати вести щоденник харчування, якщо потрібно.

2. Дитина 10 років доставлена в приймальне відділення із скаргами на нападоподібний сухий кашель, заложеність носа, чихання, напади ядухи вночі. Дитина у свідомості, положення вимушене, спирається на руки сидячи на кушетці. Шкірні покриви блідого кольору, спостерігається синюшність навколо рота, задишка за участю допоміжної мускулатури (живота та діафрагми), ЧД 30, ЧСС 67. Сечовипускання задовільне, випорожнення оформлені, регулярні. Оцініть загальний стан дитини.

Правильна відповідь

Стан дитини середньої тяжкості. Обумовлений:

- 1) наявністю скарг з боку дихальної системи (кашель, задишка);
 - 2) ознаки дихальної недостатності II ступеня (в спокої задишка та синюшність, та збільшення ЧД (норма 20, у дитини 30). Але це збільшення менше 150 % та немає порушення свідомості у дитини (що було б характерно для важкого загального стану).
3. Дівчинка народилась передчасно, швидкі пологи. Новонароджена в'яла, має слабкий крик та поодинокі дихальні рухи, ЧСС120/ на хвилину, тулуб рожевого кольору, синюшні кінцівки, тонус м'язів знижений, рефлекси відсутні. Оцініть загальний стан новонародженої дівчинки.

Правильна відповідь

Для оцінки загального стану потрібно використати шкалу Апгар.

- 1) Оцінюємо в балах кожен ознаку: дихання – 1 бал, ЧСС – 2 бали, колір шкіри – 1 бал, тонус м'язів – 1 бал, рефлекси – 0 балів;
- 2) додаємо усі бали $1+2+1+1+0=4$ бали.

У дитини середній ступінь гіпоксії (синя асфіксія).

4. У дитини є алергійні прояви на продукти, але мама не знає які саме продукти підсилюють алергійний висип. Що ви порекомендуєте мамі, щоб можна було більш точно зібрати анамнез, та поясніть як це зробити.

Правильна відповідь

У даному випадку потрібно рекомендувати мамі вести щоденник харчування, в якому відмічати усі продукти, які вживає дитина та реакції (алергічні, з боку шлунково-кишкового тракту) на їх введення.

5. Ви стали свідком втрати свідомості у дитини 5 років в коридорі приймального відділення лікарні. Які перші кроки ви маєте виконати, надаючи їй допомогу?

Правильна відповідь

- Переконатися в безпечності місця події.
 - Перевірити свідомість.
 - Покликати на допомогу і попросити принести АЗД.
 - Перевірити наявність у постраждалого дихання і пульсу.
6. Під час прийому їжі в дитячому садку діти бавились, і дівчинка 4 років почала кашляти (кашель гучний), стала збудженою. Ваші наступні дії? Обґрунтуйте їх.

Правильна відповідь

Оскільки у дитини є ефективний кашель і вона притомна, тобто обструкція часткова, я буду вербально стимулювати кашель («Молодець, кашляй») та спостерігати за дитиною до повного усунення обструкції дихальних шляхів або до погіршення стану постраждалої. При погіршенні перейду до відповідної частини алгоритму залежно від стану її свідомості.

7. До вас на щеплення прийшла одна дитина, а щеплений матеріал розфасований на 10 доз. Чи станете ви для однієї дитини відкривати ампулу?

Правильна відповідь

Ампулу потрібно відкрити. Вартість вакцини не йде в жодне порівняння з ціною щеплення, тому щеплювати треба. За даними ВООЗ, економія вакцини є причиною 1-26 % всіх пропущених вакцинацій.

Правильні відповіді на тести

Розділ 1.

1 – С,	4 – С,	7 – В,	10 – А, В,	13 – С,
2 – А,	5 – А,	8 – А,	11 – А,	14 – В,
3 – D,	6 – С,	9 – В,	12 – В,	15 – А.

Розділ 2.

1 – В,	4 – А,	7 – D,	10 – В,	13 – А,
2 – А,	5 – С,	8 – В,	11 – С,	14 – А,
3 – С,	6 – А,	9 – С,	12 – D,	15 – А.

Розділ 3.

1 – А,	4 – В,	7 – В,	10 – Е,	13 – D,
2 – А,	5 – С,	8 – Е,	11 – С,	14 – Е,
3 – А,	6 – Е,	9 – Е,	12 – D,	15 – D.

Розділ 4.

1 – А,	4 – D,	7 – В,	10 – А,	13 – D,
2 – D,	5 – А,	8 – А,	11 – D,	14 – D,
3 – Е,	6 – А,	9 – А,	12 – D,	15 – D.

Розділ 5.

1 – А,	4 – С,	7 – D,	10 – С,	13 – С,
2 – А,	5 – С,	8 – D,	11 – D,	14 – D,
3 – В,	6 – А,	9 – С,	12 – D,	15 – D.

Розділ 6.

1 – С,	4 – D,	7 – D,	10 – А,	13 – С,
2 – А,	5 – С,	8 – В,	11 – В,	14 – А,
3 – D,	6 – С,	9 – Е,	12 – С,	15 – А.

Розділ 7.

1 – D,	4 – B,	7 – B,	10 – D,	13 – B,
2 – C,	5 – A,	8 – C,	11 – E,	14 – D,
3 – B,	6 – B,	9 – B,	12 – B,	15 – A.

Розділ 8.

1 – A,	4 – D,	7 – B,	10 – C,	13 – B,
2 – A,	5 – A,	8 – C,	11 – D,	14 – A,
3 – D,	6 – E,	9 – B,	12 – B,	15 – A.

Розділ 9.

1 – B,	4 – C,	7 – A,	10 – C,	13 – D,
2 – A,	5 – A,	8 – C,	11 – B,	14 – B,
3 – B,	6 – C,	9 – B,	12 – C,	15 – A.

Розділ 10.

1 – B,	4 – C,	7 – C,	10 – C,	13 – A,
2 – B,	5 – D,	8 – D,	11 – A,	14 – A,
3 – A,	6 – B,	9 – A,	12 – D,	15 – D.

Розділ 11.

1 – D,	4 – C,	7 – D,	10 – B,	13 – D,
2 – B,	5 – B,	8 – A,	11 – C,	14 – C,
3 – A,	6 – B,	9 – C,	12 – C,	15 – D.

Розділ 12.

1 – A,	4 – E,	7 – C,	10 – A,	13 – A,
2 – D,	5 – D,	8 – A,	11 – E,	14 – E,
3 – D,	6 – A,	9 – A,	12 – A,	15 – A.

Післямова. Подяка

*«Вдячна пам'ять – теж нагорода,
яка вище вигоди»*

Гіппократ

Нам, педіатрам, та всім медичним працівникам, які працюють з дітьми, дуже пощастило. Найщирішу, найбільшу подяку за результати праці не отримує, мабуть, ніхто в інших професіях. Це не тільки відчуття безконечної задоволеності, що ти зміг врятувати дитину, її життя, здоров'я, що приносиш щастя й спокій у родину, а й розуміння твоєї причетності у створенні світлого майбутнього країни, може, й світу.

Щоразу, коли педіатри спілкуються з дітьми, у них несвідомо з'являється на обличчях посмішка та вдячність долі, яка дає можливість перебувати у дитячому Всесвіті безмежної любові й радості, великої щирості й співчуття, чарівної легкості й ніжності, неймовірної допитливості й спостережливості, яскравого відчуття гумору й фантазії та глибокої мудрості. Для тих, хто це усвідомлює, наша робота – великий подарунок долі.

Тому, **перша подяка – нашим маленьким пацієнтам**, які роблять кожен день різнобарвним та неповторним. Щоб більше зрозуміти сказане, наведемо кілька пояснень дітей – «що таке любов?», які зібрали дослідники при опитуванні 4–8 річних хлопчиків та дівчаток з метою знайти найдбайливішого.

1. «Коли моя бабуся захворіла артритом, вона більше не могла згинатися й фарбувати нігті на ногах. І мій дідусь постійно робив це для неї, навіть тоді, коли у нього самого руки захворіли артритом. Це любов», – 6-річний хлопчик.
2. «Любов – це коли ти йдеш кудись поїсти та віддаєш кому-небудь більшу частину своєї смаженої картоплі, не примушуючи його віддавати тобі щось взамін», – 6-річний хлопчик.

3. «Любов – це те, що змушує тебе посміхатися, коли ти втомився», - 4-річна дівчинка.
4. «Любов – це коли моя мама робить каву батьку та бере ковток собі перед тим, як віддати йому чашку, щоб бути впевненою, що вона смачна», – 7-річна дівчинка.
5. «Любов – це коли ти говориш хлопчику, що тобі подобається його сорочка, і він носить її потім кожен день», – 7-річний хлопчик.
6. «Любов – це коли твоє цуценя лиже тобі обличчя, навіть після того, як ти залишила його наодинці на весь день», – 4-річна дівчинка.
7. «Якщо ти не любиш, ти ні в якому разі не повинен говорити «я тебе люблю». Але якщо любиш, то повинен говорити це постійно. А люди забувають...», – 8-річний хлопчик.
8. Найбайливішим дослідники визнали 4-річного хлопчика, чий сусід нещодавно поховав свою дружину...Коли малюк побачив, що чоловік плаче, він заліз до нього на коліна й просто сидів так. Мама запитала: «Що ж такого ти сказав дідуся?». Хлопчик відповів: «Нічого. Я просто допоміг йому плакати»...

Скільки ми – педіатри, отримуємо дитячих: посмішок, різноманітних малюнків, самостійних виробів, написів, компліментів, листів, віршів, пісень, музичних творів, спечених та приготовлених дитячими руками смаколиків, кумедних пропозицій допомогти в роботі чи по дому, принести котенят, цуценят, ін. – всього чого завгодно, аби ти – Лікар, був такий же щасливий та здоровий, яким допоміг стати дитині.

Батьки теж підтримують бажання своїх одужавших дітей віддячити Лікаря, й так у нього збирається особливий музей людської подяки та його успіхів у житті, причому кожен подарунок випромінює найдобрішу енергію – як відбиток в пам'яті на все життя ланцюга чудових подій зцілення особливої малечі. Так, кожен з нас знає, що не буває двох однакових пацієнтів, навіть якщо діагнози в них одні й ті ж, це завжди особливий випадок!

Хіба можна забути, як, наприклад, ти – Лікар, прийшла у театр з подругою, стоїш в черзі за чашкою кави в буфеті, й раптом підходить до тебе жінка, падає на коліна з вдячністю, що колись ти врятувала її

дитину. Весь буфет замовляє, а ти засмучено вискакуєш з черги, тому що це не дія на сцені... Або в аеропорту, готуєшся до вильоту, а тебе зупиняє жінка, яка хапає та цілує тобі руку з вдячністю за те, як ти рятувала її сина...

Або бізнесмен, батько врятованої дитини, розуміючи, що ти не візьмеш ніяких подарунків, дає обіцянку, яку потім виконує – матеріально допомогти дитині в нашій клініці, чії батьки не зможуть оплатити медичні послуги чи ліки.

Хтось з церковних діячів сказав, що «**Подяка – це розмова з Богом**», й наші головні лікарські ордени та медалі – це :

- повідомлення про те, що колишні наші маленькі пацієнти навіть з тяжкими діагнозами при ретельному спостереженні та поступовому лікуванні тепер живуть **щасливим дорослим життям**, «забувають» про свої хвороби, народжують дітей та приводять їх тільки до тебе на консультацію;
- коли **діти** у відділенні ввечері грають в «твої обходи», **імітуючи та повторюючи дії** й слова свого Лікаря;
- коли родини під час війни вимушені покидати нашу Батьківщину, переїжджають у високорозвинуті країни, але **просять не відмовлятися від них та продовжувати спостерігати дистанційно**, тому що довіряють тільки тобі;
- або у **соцмережах знаходять** твої координати і телефонують з різних куточків світу з проханнями допомоги їх дитині;
- коли **колишні пацієнти обирають нашу професію** та стають після 18 років вже твоїми студентами та учнями...

Друга подяка – нашим Вчителям.

Коли нам вручали дипломи про вищу медичну освіту, ми традиційно, як і всі лікарі світу, оголошували **Клятву Гіппократа**. Там є такі слова: «**Вчителя, який наставив мене лікарському мистецтву, я буду шанувати як своїх батьків**». В ті молоді роки ми до кінця не усвідомлювали ці слова, тому що для більшості студентів викладачі – це «ментори, які змушують щось зубрити». На жаль, дуже мало з того, чим потаємно діляться зі студентами досвідчені доценти та професори, залишається для них помітним.

Дивно, але майже всі випускники впевнені, що вони вже знають всю медицину, педіатрію, й тільки з віком та роками праці розуміють, що «чим далі, тим важче»...Отже, коли весь тягар відповідальності доводиться брати на себе, коли зростає кількість побоювань, що «не зможеш, не зумієш», коли не знаєш, як дивитись в очі матері хворої дитини, тоді молодий лікар починає згадувати чого його навчали раніше, але головні «університети» ще тільки починаються.

Справді, лікар вчиться все життя, вивчає медичну літературу, відвідує тренінги, лекції, майстер класи та конференції, прагне дізнатися всього нового, що з'являється у діагностиці та лікуванні різних захворювань, але головна відмінність нашої професії в тому, що без безпосередньої передачі безцінного досвіду «з вуст у вуста», **від лікаря до лікаря**, існування у ній неможливе.

Значною удачею на професійному шляху стає зустріч з практикуючими лікарями, які з готовністю ведуть тебе за собою, погоджуються навчати буквально кожному кроку та навичку, особливо на чергуваннях, навіть виховують як людину. Їх імена ти дійсно будеш пам'ятати все життя, згадуючи їх поради й настанови, стиль поведінки, манери розмови, стикаючись практично з кожним пацієнтом. Ці люди заслуговують нашої уваги, допомоги та пошани до кінця своїх днів.

Ми, автори посібника, також все життя будемо з великою вдячністю згадувати нашого Вчителя – Видатного Педіатра, Вченого, Людину, **академіка НАМН України, професора В.Г. Майданника**. Інтелігентний, мудрий, без гучних покликань, повчальних слів та жорстких настанов, він поступово проводив нас по науковому та практичному шляху в Педіатрії самим фактом свого існування, відкриваючи всю широту медичних знань, стираючи кордони міждисциплінарних обмежень. Ним був зроблений багатогранний фундаментальний внесок у такі медичні напрямки, як дитячі: нефрологія, вегетологія, психосоматика, пульмонологія, ендокринологія, кардіологія, гастроентерологія, неонатологія, функціональна діагностика, ін. Його ім'я будуть шанувати немало поколінь педіатрів незалежної України.

Третя подяка – нашим колегам, співробітникам, однодумцям, учням.

Медицина наука та практика, особливо у педіатричних закладах охорони здоров'я не може здійснюватися однією людиною. У наданні медичної допомоги хворій дитині, забезпеченні їй умов для одужання беруть участь: лікарі (лікуючий, завідуючий відділенням, вузькі спеціалісти, інтерни), медичні сестри, лаборанти, психологи, вихователі, молодші медичні працівники, працівники кухні та їдалень, сестри – господарки та багато інших співробітників. Найбільша кількість одужавших дітей та задоволених батьків визначається у тих колективах, де складається спокійна професійна обстановка взаємодопомоги, дружньої підтримки, коректного спілкування, коли не одна людина «тягне ковдру на себе», а навпаки всі цінують внесок один одного, разом обговорюють та осмислюють проміжні результати та об'єднуються для досягнення кінцевої мети. Багато залежить від організаторів та керівників підрозділів, які не тиснуть авторитетом та необгрунтованими вказівками, не принижують внесок одних перед іншими, а складають гармонійну атмосферу, у якій старші та досвідчені з радістю передають молодшим все, що вони знають та вміють, думають та відчувають.

Це дуже важливо, тому що працівники медичного закладу проводять в ньому більшу частку свого життя, майже днюють і ночують, часто без вихідних та відпусток, тому найкращі керівники дбають про кожного, про його особисті проблеми, налагоджують сумісність взаємовідносин, сприяють проведенню загальних заходів відпочинку, піклуються про комфортні умови праці.

Ми дякуємо всім нашим колегам за тепле ставлення, за дружнє «плече», на яке завжди можна спертися у будь-якій ситуації, за професійні та людські підказки для виправлення помилок, за поблажливість та розуміння наших промахів чи проявів неконтрольованих емоцій, за готовність у складних побутових обставинах виручити, замінити при першому ж проханні, а головне – за лікування у разі потреби наших особистих дітей, бо самим приймати адекватні рішення при їх захворюваннях психологічно не виходить.

Четверта подяка – нашим сім'ям: батькам, чоловікам та дружинам, синам та донькам, братам та сестрам.

За любов та терпіння, за виховання та підтримку і співчуття теплими словами і невідкладними діями, за мудрі та своєчасні поради, за створення всіх необхідних умов у побуті та у життєвих ситуаціях, за можливості проходити навчання, всебічно та професійно розвиватися, допомагати пацієнтам у будь-який час, проводити наукові дослідження, писати статті, підручники, дисертації, працювати зі студентами, інтернами, аспірантами, бути завжди «на підхваті», забезпечувати матеріальний та психологічний спокій та комфорт в наших домівках. Скільки нашим домашнім мимоволі доводиться вислуховувати безконечних телефонних розмов-консультацій, обговорень клінічних випадків з колегами, не спати ночами в очікуванні нас з чергувань, допомагати шукати кошти та організовувати лікування дітям, які опинилися на самоті, в складних умовах сьогодення. Ми безконечно вдячні нашим братам та сестрам, які в студентські роки покійно погоджувались бути постійними «об'єктами чи живими манекенами» для тренування та опрацювання навичок, а також – донькам та синам, які з гідністю витримали на собі всі наші пошуки найкращих методик діагностики та лікування, наукові експерименти, стали першими помічниками та в більшості не мали інших варіантів у виборі професії.

П'ята подяка – нашій рідній Україні.

Можливо тільки зараз, під час страшної війни ХХІ століття, ми чітко зрозуміли та абсолютно відчувли велику силу та мужність, стійкість та мудрість, єдність та милосердя нашого народу, глибину його історії, неймовірний код нашої мови та багатогранної культури, які проявляються кожен день в ім'я щасливого, благополучного Майбутнього дітей України.

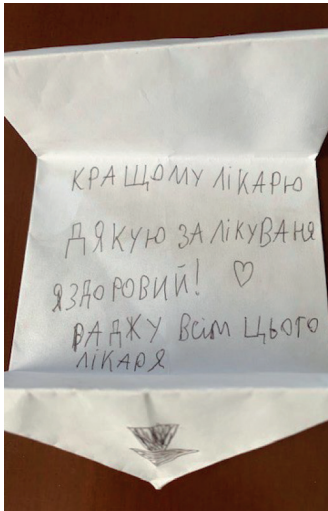
Отже, ми дякуємо Педіатрії – професії, в якій провели все життя, дякуємо долі за безмежну **Любов**, якою вона наповнена, за можливість відчувати в ній головне – **свою необхідність**,

причому не абстрактному людству, а конкретній чудовій дитині, мати сили захистити її, коли вона приходить та з відчаєм кричить чи показує поведінкою, як вона боїться. Східна мудрість говорить: «У житті для щастя треба знайти своє Діло, свого Вчителя та свою Половину», добре, коли маленькі пацієнти додають: «Та ще свого Лікаря!».

м. Київ, 2024

«Любов терпляча, добра, вона не задрить, не хвалиться, не пишається, не може бути грубою, вона не шукає вигоди собі... Любов не перестане існувати ніколи...»

1-е Коринфянам 13:8



Навчальний посібник

За редакцією
проф. І. О. Мітюряєвої–Корнійко

ВВЕДЕННЯ В ПЕДІАТРІЮ

Редактор: *Надія Суходольська*
Дизайнер обкладинки: *Ольга Норинська*

Формат 60×90/16. Ум. друк. арк. 16,75.
Наклад 100 прим. Зам. № 0000

Видавець
ДП «Експрес-об'ява»
вул. Бульварно-Кудрявська, 26, Київ-54, 01054.
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
серія ДК № 4770 від 23 вересня 2014 р.

Виготовлювач
ТОВ «Книжкова майстерня»
вул. Михайла Максимовича, 2, Київ