

**КИШЕНЬКОВИЙ ДОВІДНИК**  
**ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ**  
**МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**ДЛЯ РОБОТИ З ДІТЬМИ**  
**ТА ПІДЛІТКАМИ**



**НАСТАНОВИ ЩОДО ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я,  
ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ**  
від народження до підліткового віку



**World Health  
Organization**

European Region

# Алгоритм проведення реанімаційних заходів у дітей

**Безпека**  
рятувальника і дитини

→ **Стимулюйте**  
дитину

→ **Покличте**  
на допомогу

## Дихальні шляхи

**Забезпечте прохідність дихальних шляхів**

(с. 804)

За наявності підозр на травму шийного відділу хребта знерухомте шию та висуньте нижню щелепу дитини вперед.

Видаліть будь-які видимі предмети, що призводять до обструкції дихальних шляхів.

Розгляньте доцільність застосування

орофарингеального повітропроводу (с. 805).

## Дихання

**Дихає нормально?**

Оцініть, чи дихає дитина — візуально, на слух та з відчуттів.

**ТАК** → **Переходьте до застосування алгоритму ABCDE**  
(с. 800)

**НІ** — або дихання нерегулярне



**5 початкових рятувальних вдихів** (с. 806)

Використовуйте мішок Амбу (100% O<sub>2</sub> 10 л/хв).

Робіть вдихи по 1 с, так щоб грудна клітка піднімалася.

## Кровообіг

**Ознаки життя?**

Кашель? Будь-які рухи? Пульс?

**ТАК** → **Проведіть штучне дихання**  
(штучну вентиляцію легень) (с. 806)

**НІ**



Проводьте повторне оцінювання кожні 2 хвилини

**15 компресій грудної клітки** (с. 808)

У нижній половині грудини 100–120/хв

1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки.

**2 рятувальні вдихи**

Продовжуйте за алгоритмом:

15 компресій — 2 вдихи.

**Внутрішньовенний або внутрішньокістковий доступ:**

епінефрин (адреналін) 0,01 мг/кг кожні 3–5 хв.

**Організуйте екстрене транспортування до лікарні\***



Проведіть лікування **зворотних** причин зупинки дихання та серця (с. 799).

**Регулярно проводьте повторне оцінювання.**

Тримайте дитину **в теплі**.

\* Продовжуйте необхідну реанімацію до прибуття бригади екстреної медичної допомоги. Якщо ви є найбільш досвідченим надавачем медичних послуг на місці, ви маєте супроводжувати дитину до лікарні.

**Примітка:** цей алгоритм є застосовним до дітей усіх вікових категорій, окрім новонароджених дітей при пологах.

## Алгоритм ABCDE

### Швидке оцінювання

Реакція присутня?

Реакція відсутня

Виконуйте дії за алгоритмом проведення реанімаційних заходів у дітей (с. 802).

- ▶ Зберігайте спокій. Покличте на **допомогу**. Тримайте дитину у **спокій/комфорті/теплі**.
- ▶ **Перед продовженням оцінювання проведіть лікування станів, що загрожують життю.**

## ОЦІНІТЬ

## ПРОЛІКУЙТЕ

### **A [airway]** — прохідність дихальних шляхів і **B [breathing]** — дихання

- **За наявності підозр на перелом шийного відділу хребта *не* рухайте шию, іммобілізуйте її та висуньте щелепу дитини вперед для забезпечення прохідності дихальних шляхів.**

- Обструкція дихальних шляхів
- Центральний ціаноз або сатурація крові киснем ( $SpO_2$ ) < 94%
- Дихальний розлад:
  - швидке дихання
  - западання грудної клітки на вдиху
  - утруднене/шумне (стридор, свист) або агональне дихання.

ТАК

У разі наявності стороннього предмета в дихальних шляхах:

- ▶ Забезпечте прохідність дихальних шляхів, діючи за алгоритмом при удувленні (с. 803).

За відсутності стороннього предмета в дихальних шляхах:

- ▶ Забезпечте прохідність дихальних шляхів (с. 804).
- ▶ Забезпечте подачу кисню (с. 807).
- ▶ Продовжуйте надання допомоги у зв'язку з **тяжким дихальним розладом** (с. 813).

### **C [circulation]** — кровообіг

- Шок:
  - холодні кінцівки +
  - слабкий і швидкий пульс +
  - час наповнення капілярів > 2 с.
- Сильне зневоднення:
  - летаргія
  - запалість очей
  - повільне розкладження шкірної складки після її стиснення пальцями.

ТАК

- ▶ Зупиніть будь-які кровотечі (с. 830).
- ▶ Забезпечте подачу кисню (с. 807).
- ▶ За відсутності протипоказань розпочніть інфузійну терапію (с. 809).
- ▶ Продовжуйте надання допомоги при **шоку** (с. 818).

## D [disability] — неврологічний статус

↘ Визначте рівень притомності за шкалою AVPU: дитина **A** [alert] — притомна; **V** [responds to voice] — реагує на голос; **P** [responds to pain] — реагує на біль; **U** [unconscious] — непритомна?

- Летаргія (дитина непритомна, але реагує на голос)
- Кома (дитина не реагує на біль)
- Судоми
- Низький рівень глюкози в крові (< 3 ммоль/л або < 54 мг/дл).

ТАК

- ▶ Якщо дитина непритомна, однак стабільна за критеріями A та V і не має травм шиї, розмістіть її у стабільному боковому положенні (с. 810).
- ▶ За наявності судом введіть діазепам ректально (с. 811).
- ▶ Якщо рівень глюкози в крові є низьким, введіть глюкозу (с. 812).
- ▶ Продовжуйте надавати допомогу при **летаргії чи комі** (с. 822).

## E [exposure] — зовнішній вигляд усього тіла

↘ Роздягніть та повністю огляньте дитину:

- Тілесні ушкодження, укуси чи опіки
- Висипи (що не бліднуть)
- Здуття живота
- Температура тіла.

ТАК

- ▶ Зніміть тісний одяг.
- ▶ Забезпечте контроль температури тіла.
- ▶ Забезпечте знеболення (с. 566).
- ▶ Надайте відповідну допомогу у зв'язку з:

- Травмами (с. 827)
- Опіками (с. 831)
- Отруєнням (с. 834)
- Укусами отруйних видів (с. 840)
- Утопленням (с. 843)
- Ураженням електричним струмом (с. 844)
- Гострим животом (с. 845).

## Алгоритм SAMPLE

↘ Швидко зберіть анамнез:

- **S** [signs and symptoms] — ознаки та симптоми (гарячка, біль у животі)
- **A** [allergies] — алергії
- **M** [medications] — медикаменти
- **P** [past medical history] — медичний анамнез
- **L** [last oral intake] — останній прийом їжі та напоїв
- **E** [events surrounding illness] — події, пов'язані зі станом (отруєння, укуси отруйних видів).

## Подальші дії

- ▶ Регулярно проводьте повторне оцінювання стану дитини на предмет погіршення чи покращення.
- ▶ Моніторуйте **показники життєдіяльності**: частоту дихання, частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, SpO<sub>2</sub>, температуру тіла.
- ▶ Лише за умови стабільності за критеріями ABCD переходьте до повного фізикального огляду.
- ▶ Організуйте транспортування дитини до лікарні. Продовжуйте необхідні реанімацію та лікування до прибуття бригади екстреної медичної допомоги. Якщо ви є найбільш досвідченим надавачем медичних послуг на місці, вам може бути необхідно супроводжувати дитину до лікарні.

**КИШЕНЬКОВИЙ ДОВІДНИК**  
**ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ**  
**МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ**  
**ДЛЯ РОБОТИ З ДІТЬМИ**  
**ТА ПІДЛІТКАМИ**

НАСТАНОВИ ЩОДО ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я,  
ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ЗАХВОРЮВАНЬ  
від народження до підліткового віку



---

European Region

ISBN: 978-92-890-5880-3 (електронна версія)

ISBN: 978-92-890-5879-7 (друкована версія)

© World Health Organization 2023

Деякі права захищені. Ця публікація доступна на умовах ліцензії Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Зазначена ліцензія дозволяє копіювання, розповсюдження й адаптацію цієї публікації для некомерційних цілей за умови належного зазначення бібліографічного посилання на неї згідно з наведеним нижче зразком. Жодне використання цієї публікації не вказує на те, що ВООЗ схвалює певні організації, продукти або послуги. Використання логотипу ВООЗ не дозволене. Адаптація цієї публікації вимагає ліцензування адаптованого документа на умовах такої самої чи еквівалентної ліцензії Creative Commons. При перекладі цієї публікації іншими мовами разом із пропонуваним бібліографічним посиланням має бути наведене таке застереження: «Цей переклад не був виконаний Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ). ВООЗ не несе відповідальності за зміст і точність цього перекладу. Справжнім і автентичним текстом є оригінальне видання англійською мовою: Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022».

Врегулювання спорів, пов'язаних із умовами ліцензії, здійснюється згідно з регламентом примирення Всесвітньої організації інтелектуальної власності (<http://www.wipo.int/amc/en/mediation/rules/>).

**Зразок бібліографічного посилання.** Кишеньковий довідник лікаря первинної медичної допомоги для роботи з дітьми та підлітками. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВООЗ, 2023.

**Дані для каталогів перед опублікуванням (CIP).** Дані для CIP доступні за посиланням <http://apps.who.int/iris>.

**Придбання, права та ліцензування.** Щоб придбати публікації ВООЗ, див. <http://apps.who.int/bookorders>. Щоб подати заяву на комерційне використання та запит щодо прав і ліцензування, див.: <http://www.who.int/about/licensing>.

**Матеріали третій сторін.** Користувач, який бажає використовувати матеріали з цієї публікації, що належать третій стороні, такі як таблиці, рисунки або зображення, повинен визначити, чи потрібен для цього дозвіл власника авторського права і, за необхідності, отримати такий дозвіл. Ризик висування претензій унаслідок порушення прав на будь-які компоненти цієї публікації, що належать третій стороні, несе виключно користувач.

**Загальні застереження.** Позначення, що використані, та матеріали, що наведені в цій публікації, не означають вираження з боку ВООЗ будь-якої думки щодо правового статусу тієї чи іншої країни, території, міста або району, або їхніх органів влади, або щодо розмежування їхніх кордонів. Пунктирні лінії на картах позначають приблизні кордони, щодо яких поки що може не бути повної згоди. Згадування конкретних компаній чи продуктів певних виробників не означає, що вони схвалені або рекомендовані ВООЗ на відміну від інших аналогічних компаній та продуктів, які не були згадані в тексті. Назви запатентованих продуктів, окрім тих випадків, коли допущено помилку чи випущення, виділені першою великою літерою.

ВООЗ вжила всіх розумних запобіжних заходів для перевірки інформації, що міститься в цій публікації. При цьому опубліковані матеріали поширюються без будь-яких прямих чи опосередкованих гарантій. Відповідальність за тлумачення і використання таких матеріалів покладена на користувача. ВООЗ за жодних обставин не несе відповідальності за збитки, пов'язані з їх використанням.

Автори ілюстрацій: David Woodroffe та Jan Hendrik Ax.

Дизайн: minimum graphics.

# Зміст

Подяки	xiii
Передмова	xvii
Абревіатури і скорочення	xix

## **1. НАДАННЯ ДОПОМОГИ ВІД НАРОДЖЕННЯ ДО ПІДЛІТКОВОГО ВІКУ** **1**

1.1	Роль надавача первинної медичної допомоги	1
1.2	Загальні стандарти і принципи	3
1.2.1	Розроблені ВООЗ стандарти якості медичної допомоги дітям та підліткам	4
1.2.2	Конвенція про права дитини	4
1.3	Надання допомоги дітям і підліткам, що належать до вразливих категорій населення	5
1.3.1	Діти та підлітки, що належать до вразливих категорій населення	6
1.3.2	Діти та підлітки, що є мігрантами або біженцями	7

## **2. ПІДХОДИ ДО ДІАГНОСТИКИ В ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ** **9**

2.1	Планові профілактичні огляди, звернення по допомогу та контрольні візити	9
2.2	Збирання анамнезу в дітей	10
2.3	Підхід до дитини та фізикальний огляд	12
2.4	Диференціальна діагностика	18
2.5	Подальше спостереження	18

## **3. ПЛАНОВІ ПРОФІЛАКТИЧНІ ОГЛЯДИ** **21**

3.1	Вимірювання й оцінювання росту дитини	22
-----	---------------------------------------	----

### **Планові профілактичні огляди**

3.2	Перші 72 години з народження	26
-----	------------------------------	----

3.3	1-й тиждень	31
3.4	1 місяць	34
3.5	3 місяці	37
3.6	6 місяців	40
3.7	1 рік	44
3.8	2 роки	48
3.9	3 роки	51
3.10	4 роки	54
3.11	5 років	57
3.12	8 років	60
3.13	10 років	62
3.14	12 років	64
3.15	14 років	67

#### **4. ЗМІЦНЕННЯ ЗДОРОВ'Я ТА ПРОФІЛАКТИКА ЗАХВОРЮВАНЬ 71**

4.1	Ранній розвиток дитини	72
4.2	Вакцинація	82
4.3	Скринінгові тести та моніторинг	95
4.4	Консультавання щодо харчування	96
4.5	Добавки з вітамінами та мікроелементами	114
4.6	Гігієна ротової порожнини	117
4.7	Сон	119
4.8	Сидячий спосіб життя та час перед екраном	120
4.9	Фізична активність	121
4.10	Захист від сонця	122
4.11	Запобігання випадковим травмам	124
4.12	Підтримка психічного здоров'я і добробуту	129

#### **5. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я НОВОНАРОДЖЕНИХ 131**

5.1	Фізикальний огляд новонародженої дитини та догляд за нею	132
5.2	Моніторинг росту та набору ваги	138
5.3	Скринінгові тести	138
5.4	Додаткові міркування щодо домашніх пологів	140
5.5	Консультавання в післяпологовому періоді	141

5.6	Варіанти норми та відхилення:	146
5.6.1	Голова і череп	146
5.6.2	Обличчя	149
5.6.3	Рот	149
5.6.4	Шия	151
5.6.5	Вуха	152
5.6.6	Очі	152
5.6.7	Живіт	155
5.6.8	Геніталії, анус та пахова ділянка	157
5.6.9	Хребет та попереково-крижовий відділ	160
5.6.10	Руки та кисті рук	160
5.6.11	Ноги та стопи	162
5.6.12	Стегна	163
5.6.13	Шкіра	165
5.7	Жовтяниця та гіпербілірубінемія новонароджених	171
5.8	Затримка у відходженні меконію	173
5.9	Тривалий плач	175
5.10	Блювання	177
5.11	Синдром Дауна (трисомія 21-ї хромосоми)	180
5.12	Фетальний алкогольний спектр порушень	181
5.13	Вроджені вади серця	182
5.14	Вроджений стридор (ларингомалія)	184
5.15	Новонароджені з можливими метаболічними станами	184
5.16	Вроджений гіпотериоз	185
5.17	Новонароджені діти матерів із інфекційними захворюваннями	186
5.17.1	Вроджена цитомегаловірусна інфекція	187
5.17.2	Вроджена краснуха	188
5.17.3	Вроджений сифіліс	188
5.17.4	Вроджений токсоплазмоз	189
5.17.5	ВПГ	190
5.17.6	Новонароджені діти матерів із ВІЛ	192
5.17.7	Новонароджені діти матерів із гепатитом В	193
5.17.8	Новонароджені діти матерів із COVID-19	194

5.17.9 Новонароджені діти матерів із ТБ	194
5.18 Небезпечні ознаки у хворих новонароджених	195

**6. СИМПТОМИ І СКАРГИ****199**

6.1 Кашель або утруднене дихання	201
6.2 Отоларингологічні проблеми	234
6.3 Гарячка	252
6.4 Діарея	305
6.5 Блювання	335
6.6 Біль у животі	343
6.7 Біль у грудях	356
6.8 Шуми в серці	362
6.9 Пальпітації	370
6.10 Синкопе	376
6.11 Підвищений артеріальний тиск	381
6.12 Проблеми з нирками	385
6.13 Симптоми з боку органів сечостатевої системи	393
6.14 Висипи, свербіж та інші шкірні проблеми	430
6.15 Блідість	449
6.16 Жовтяниця	458
6.17 набряк або біль у суглобах чи кістках	465
6.18 Ущільнення та припухлості	480
6.19 Проблеми з очима	488
6.20 Головний біль	513
6.21 Судоми	522
6.22 Знижений тонус м'язів	535
6.23 Тілесні ушкодження	540
6.24 Сторонні предмети	559
6.25 Біль	564
6.26 Проблеми з ростом і набором ваги	570
6.27 Варіації розміру голови	583
6.28 Поганий настрій і депресія	586
6.29 Суїцидальні думки та самоушкодження	591
6.30 Страх, тривожність, уникання певних ситуацій чи предметів	594

6.31	Неуважність чи гіперактивність	599
6.32	Злість, вибухи гніву, неслухняність	601
6.33	Труднощі з соціальною взаємодією та комунікацією	605
6.34	Проблеми зі сном	608
6.35	Проблеми з харчуванням, страх перед набором ваги	615
6.36	Повторювані фізичні симптоми незрозумілої етіології	621

## **7. ЗАХВОРЮВАННЯ ТА СТАНИ**

**625**

7.1	Потреби в комплексному догляді	626
7.2	Труднощі в розвитку	630
7.3	РАС	634
7.4	СДУГ	636
7.5	Синдром Дауна	638
7.6	Дефекти нервової трубки	640
7.7	ДЦП	644
7.8	Фетальний алкогольний спектр порушень	648
7.9	Хвороби серця	650
7.10	Хронічна ниркова недостатність	653
7.11	Астма	654
7.12	Муковісцидоз (кістозний фіброз)	668
7.13	Цукровий діабет	671
7.14	Таласемія	684
7.15	Серповидноклітинна анемія	686
7.16	Рак	692
7.17	ВІЛ/СНІД	696
7.18	ТБ	705
7.19	Неналежне поводження з дитиною	712
7.20	Емоційні та поведінкові проблеми	721
7.21	Вживання алкоголю та психоактивних речовин і зловживання ними	725
7.22	Проблематичне використання інтернету і соціальних мереж	730
7.23	Потреби в рамках паліативної допомоги	733

<b>8. ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я ПІДЛІТКІВ</b>		<b>743</b>
8.1	Розвиток підлітка	744
8.2	Дієздатність, згода і конфіденційність	746
8.3	Підходи до діагностики в підлітків	748
8.4	Затримка статевого розвитку	754
8.5	Потенційні проблеми з сексуальним і репродуктивним здоров'ям	758
	8.5.1 Оцінювання стану сексуального та репродуктивного здоров'я	758
	8.5.2 Сексуальні освіта і консультування	760
	8.5.3 Контрацепція	761
8.6	Повідомлення підлітком про незахищений статевий акт	766
	8.6.1 Екстрена контрацепція	766
	8.6.2 ПКП ВІЛ	768
	8.6.3 ІПСШ	771
	8.6.4 Вагітність	777
	8.6.5 Аборт	780
8.7	Проблеми з менструальним циклом у дівчат-підлітків	785
	8.7.1 Гіперменорея	786
	8.7.2 Дисменорея	786
	8.7.3 Аменорея	787
8.8	Проблеми зі шкірою в підлітків	788
8.9	Емоційні та поведінкові проблеми в підлітків	790
8.10	Підлітки, що живуть із хронічними станами	792
<b>9. НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ ТА ТРАВМИ</b>		<b>795</b>
9.1	Принципи надання невідкладної допомоги	796
9.2	Оцінювання ознак необхідності невідкладної допомоги	798
9.3	Зупинка дихання та серця	799
9.4	Тяжкий дихальний розлад	813
9.5	Шок	818
9.6	Летаргія — кома — судоми	822
9.7	Травми	827
9.8	Опіки та ошпарювання	831
9.9	Отруєння	834

9.10	Укуси отрутних видів	840
9.11	Утоплення	843
9.12	Ураження електричним струмом	844
9.13	Гострий живіт	845
9.14	Препарати для невідкладної допомоги	848

**БІБЛІОГРАФІЯ****853****ДОДАТКИ****863**

Додаток 1.	Організація первинної медичної допомоги	863
A1.1	Створення комфортного для дитини та підлітка середовища	863
A1.2	Триаж при зверненні	863
A1.3	Профілактика інфекцій та інфекційний контроль	864
A1.4	Обладнання	867
A1.5	Препарати для невідкладної допомоги	868
A1.6	Лабораторні та радіологічні дослідження	869
A1.7	Направлення новонароджених, дітей та підлітків	871
Додаток 2.	Практичні процедури	874
A2.1	Закриття рваних ран за допомогою накладання швів, клею та пластирів	874
A2.2	Фіксація пошкодженого пальця до сусіднього	876
A2.3	Застосування підтримувальної пов'язки для руки	877
A2.4	Розтин і дренирування абсцесу	878
A2.5	Вимірювання артеріального тиску	878
A2.6	Вимірювання рівня глюкози в крові	879
A2.7	Вимірювання рівня білірубину за допомогою черезшкірного білірубінметра	881
A2.8	Проведення ін'єкцій	881
A2.9	Парентеральне введення рідин	882
A2.10	Голковий торакоцентез	886
Додаток 3.	Графіки росту ВООЗ	887
A3.1	Розрахунок ваги дитини для віку	888
	Вага дівчат для віку	889
	Вага хлопців для віку	890

A3.2	Розрахунок довжини тіла або зросту дитини для віку	891
	Зріст дівчат для віку	892
	Зріст хлопців для віку	894
A3.3	Розрахунок ваги дитини для зросту або довжини тіла	896
	Вага дівчат для зросту	897
	Вага хлопців для зросту	898
A3.4	Розрахунок ІМТ дитини для віку	899
	ІМТ дівчат для віку	900
	ІМТ хлопців для віку	902
A3.5	Розрахунок окружності голови дитини для віку	904
	Окружність голови дівчат за віком	905
	Окружність голови хлопців за віком	906
Додаток 4.	Дозування препаратів	907
Додаток 5.	Порівняння системних кортикостероїдів	947
Додаток 6.	РПП	948
Додаток 7.	Розчини для інфузійної терапії	949
Додаток 8.	План дій при астмі	950
Додаток 9.	Реакції гіперчутливості	952
Додаток 10.	Розміри обладнання для дітей молодшого віку	953

## АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

955

## ВСТАВКИ

Вставка 1А.	Лікування діареї: план А	313
Вставка 1В.	Лікування діареї: план В	315
Вставка 1С.	Лікування діареї: план С	317
Вставка 2.	Алгоритм ABCDE	800
Вставка 3.	Алгоритм проведення реанімаційних заходів у дітей	802
Вставка 4.	Надання допомоги дитині при удавленні	803
Вставка 5.	Відновлення прохідності дихальних шляхів	804
Вставка 6.	Встановлення орофарингеального повітропроводу (повітропроводу Гведела)	805

Вставка 7.	Штучне дихання: вентиляція легень за допомогою мішка Амбу	806
Вставка 8.	Як використовувати кисень	807
Вставка 9.	Проведення компресій грудної клітки	808
Вставка 10.	Як проводити інфузійну терапію в дітей із шоком	809
Вставка 11.	У якому положенні розміщувати непритомну дитину з нормальним диханням	810
Вставка 12.	Як лікувати судоми	811
Вставка 13.	Як вводити глюкозу внутрішньовенно (в/в)	812
Вставка 14.	Контроль зовнішніх кровотеч	830
Вставка 15.	Оцінювання опіків	832

## РОБОЧІ ПАМ'ЯТКИ

Робоча пам'ятка 1.	Ранній розвиток дитини	81
Робоча пам'ятка 2.	Надання допомоги при поширених побічних реакціях на вакцини вдома	93
Робоча пам'ятка 3.	Рекомендації щодо годування	97
Робоча пам'ятка 4.	Зціджування та зберігання грудного молока	106
Робоча пам'ятка 5.	Прикорм	107
Робоча пам'ятка 6.	Дитячі суміші	110
Робоча пам'ятка 7.	Здорове харчування	112
Робоча пам'ятка 8.	Профілактика карієсу	119
Робоча пам'ятка 9.	Захист від сонця	123
Робоча пам'ятка 10.	Запобігання травмуванню в дорожно- транспортних пригодах (ДТП)	124
Робоча пам'ятка 11.	Запобігання утопленню	125
Робоча пам'ятка 12.	Запобігання отруєнню	126
Робоча пам'ятка 13.	Запобігання падінням	127
Робоча пам'ятка 14.	Запобігання опікам і ошпарюванням	128
Робоча пам'ятка 15.	Що діти та підлітки можуть зробити для підтримки своїх психічного здоров'я і добробуту	129
Робоча пам'ятка 16.	Що опікуни можуть зробити для підтримки психічного здоров'я і добробуту своїх дітей	130
Робоча пам'ятка 17.	Метод «кенгуру»	143

Робоча пам'ятка 18. Профілактика синдрому раптової дитячої смерті	144
Робоча пам'ятка 19. Догляд за шкірою, нігтями та купання новонародженої дитини	145
Робоча пам'ятка 20. Як лікувати пупкову гранульому	156
Робоча пам'ятка 21. Як лікувати пелюшковий дерматит	168
Робоча пам'ятка 22. Лікування кашлю в домашніх умовах	207
Робоча пам'ятка 23. Лікування пневмонії в домашніх умовах	212
Робоча пам'ятка 24. Профілактика інфекцій та інфекційний контроль під час лікування дітей із респіраторними захворюваннями вдома	215
Робоча пам'ятка 25. Надання допомоги при гарячці в домашніх умовах	258
Робоча пам'ятка 26. Лікування виразок у ротовій порожнині в домашніх умовах	269
Робоча пам'ятка 27. Лікування вітряної віспи в домашніх умовах	288
Робоча пам'ятка 28. Профілактика і лікування укусів кліщів	297
Робоча пам'ятка 29. Лікування закрепу в домашніх умовах	353
Робоча пам'ятка 30. Афективно-респіраторні напади	380
Робоча пам'ятка 31. Нетримання сечі в денний час	407
Робоча пам'ятка 32. Гігієна пеніса і крайньої плоті під час лікування баланіту	420
Робоча пам'ятка 33. Лікування atopічного дерматиту в домашніх умовах	437
Робоча пам'ятка 34. Лікування імпетиго в домашніх умовах	439
Робоча пам'ятка 35. План першої допомоги при судомах	528
Робоча пам'ятка 36. Фебрильні судоми	530
Робоча пам'ятка 37. Загальна безпека дітей і підлітків із епілепсією й судомами	534
Робоча пам'ятка 38. Домашній догляд за дитиною з травмою голови	552
Робоча пам'ятка 39. Надання допомоги при болю в домашніх умовах	568
Робоча пам'ятка 40. Здоровий сон у дітей та підлітків	611
Робоча пам'ятка 41. Міркування щодо дітей та підлітків із діабетом	680
Робоча пам'ятка 42. Правильна техніка введення інсуліну	683

# Подяки

Європейське регіональне бюро ВООЗ висловлює подяку всім експертам і колегам, які брали участь у написанні глав або розділів цього документа та надавали технічні рекомендації, а також рецензентам та організаціям, без яких його опублікування було би неможливим.

## Редакційний колектив

Ilgi Ertem (Університет Анкари, Туреччина); Mario Gehri (Лікарня Лозанського університету, Швейцарія); Ana Isabel Fernandes Guerreiro (Спеціалістка з прав дитини, Португалія); Andreas Hansmann (Медичний коледж, Малаві); Gottfried Huss (Європейська асоціація педіатрів первинної ланки, Німеччина); Sophie Jullien (Барселонський університет глобального здоров'я, Іспанія); Colin Kennedy (Саутгемптонський університет, Великобританія); Reinhard Klinkott (Медичний центр міста Гармш-Партенкірхен, Німеччина); Margia Lazzerini (Інститут здоров'я матері й дитини Бурло Гарофоло, Італія); Sophie La Vincente (REACH stop RHD, Швейцарія); Ilaria Lega (Національний інститут охорони здоров'я, Італія); Carolyn MacLennan (Королівська лікарня Дарвіна, Австралія); Inna Marquard (Сімейний лікар, Німеччина); Pierre-Andre Michaud (Лозанський університет, Швейцарія); Elizabeth Molyneux (Королівська дитяча лікарня Ліверпуля, Великобританія); Revan Mustafa (Університет Анкари, Туреччина); Leyla Namazova-Baranova (Європейська педіатрична асоціація); Ermindo di Paolo (Лікарня Лозанського університету, Швейцарія); Sergey Sargsyan (Медичний центр «Арабкір», Вірменія); Ralf Weigel (Університет Віттена/Хердекке, Німеччина); Rosemary Wyber (REACH stop RHD, Швейцарія); Farzana Yasmin (Університет Віттена/Хердекке, Німеччина); Yelena Zavalishina (Сімейний лікар, Канада).

## Зовнішні рецензенти

Henedina Antunes, Португалія; Sonya Arushanyan, Вірменія; Hugo Braga Tavares, Португалія; Cristina Camilo, Португалія; Inma Carreras, Сенегал; Subidita Chatterjee, Індія; Muna Chowdhury, Канада; Raquel Codesido Touriño,

Венесуела; Mireia Crehuet Almirall, Іспанія; Joanne Cyr, Швейцарія; José Manuel da Silva Vilelas, Португалія; Ana Forjaz de Lacerda, Португалія; Maria Barbara C. de Menezes, Португалія; Stefano del Torso, Італія; Alexandra Dinis, Португалія; Benvinda Estela dos Santos, Португалія; Miguel Félix, Португалія; Pedro Fernandes, Португалія; Helena Fonseca, Швейцарія; Ana Garrido, Португалія; Eurico J Gaspar, Португалія; Karin Geitmann, Німеччина; Natacha Gonçalves, Португалія; Zachí Grossman, Ізраїль; Antonio Guerra, Португалія; Aigul Ilyazova, Киргизстан; Martine Jacot-Guillarmod, Швейцарія; Nadia Jaggi, Швейцарія; Manuel Katz, Ізраїль; Elena Keshishyan, Російська Федерація; Akos Kovacs, Угорщина; Carsten Krüger, Німеччина; Maria Laureano, Португалія; Thomas Leyland, Великобританія; Alexandra Luz, Португалія; Christine Magendie, Франція; António Mano Azul, Португалія; Daniel Martinez Garcia, Швейцарія; Jennifer Marx, Бельгія; Gita Mihelcic, Данія; Pascoal Moleiro, Португалія; Ingrid Morales, Бельгія; Nikola Morton, Франція; Elsa Alexandre Mota, Португалія; Sandra Murga Cabero, Іспанія; Gulmira Najimidinova, Киргизстан; Revenco Ninel, Республіка Молдова; Dina Oliveira, Португалія; Ronald Olum, Уганда; Karaman Pagava, Грузія; Roberta Petrucci, Швейцарія; Rute Pina Cordeiro, Португалія; Helena Porfirio, Португалія; Cornelius Rau, Німеччина; Laura Reali, Італія; Michael Rigby, Великобританія; Harriet Roggeveen, Нідерланди; Leslie Rourke, Канада; Concepción Sánchez Pina, Іспанія; Werner Sauseng, Австрія; Iveta Skurvydiene, Литва; Olena Starets, Україна; Ecaterina Stasii, Республіка Молдова; Clemens Stockklausner, Німеччина; Aizada Tagaeva, Киргизстан; Pierre-Paul Tellier, Канада; Betul Ulukol, Туреччина; Jacob Urkin, Ізраїль; Fabio Uxa, Італія; Ana-Victoria Valori, Швейцарія; Clara van Gulik, Японія; Carmen Villaizán Pérez, Іспанія; Carolina Viveiro, Португалія; Teresa Xavier, Португалія; Boutaina Zemrani, Швейцарія.

### **Кластери, департаменти та технічні підрозділи ВООЗ**

Цінний внесок у підготовку цього документа був зроблений співробітниками кластерів, департаментів та технічних підрозділів ВООЗ. Європейське регіональне бюро ВООЗ також щиро дякує співробітникам і консультантам національних і регіональних бюро і штаб-квартир, які зробили внесок у підготовку цього документа і перевірили різні його глави на різних етапах роботи над ним:

Hisham Abdulaziz, Child and Adolescent Health; Natasha Azzopardi Muscat, Country Health Policies and Systems; Mavjuda Babamuradova, Sexual and Reproductive Health; Sophia Backhaus, Child and Adolescent Health; Rajiv Bahl, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health; Valentina Baltag, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health; Tsogzolmaa Bayandorj, Non-Communicable Diseases; Nino Berdzuli, Maternal, Sexual and Reproductive Health; Cassandra Butu, Бюро

ВООЗ у Румунії; Venkatraman Chandra-Mouli, Sexual and Reproductive Health; Daniel Chisholm, Mental Health; Marilys Corbex, Non-Communicable Diseases Management; Bernadette Daelmans, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health; Siddhartha Datta, Vaccine-Preventable Diseases and Immunization; Jill Farrington, Non-Communicable Diseases Management; Matthias Groeschel, Tuberculosis, HIV/AIDS and Viral Hepatitis; Kotoji Iwamoto, Health Technologies and Pharmaceuticals; Gabrielle Jacob, Health workforce; Melitta Jakab, Primary Health Care; Jo Jewell, Nutrition, physical activity and obesity; Lei Blandin Jobe, Child and Adolescent Health; Arnoldas Jurgutis, Primary Health Care; Ivy Kasirye, HIV; Henrik Khachatryan, Бюро ВООЗ у Вірменії; Berit Kieselbach, Violence Prevention; Aigul Kuttumuratova, Primary Health Care; Oleg Kuzmenko, Reproductive Health; Jae Eun Lee, Child and Adolescent Health; Ornella Lincetto, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health; Danilo Lo Fo Wong, Control of Antimicrobial Resistance; Pia Maier, Child and Adolescent Health; Satish Mishra, Disability and Rehabilitation; Liudmila Mosina, Vaccine-Preventable Diseases and Immunization; Julia Mutevelli, Child and Adolescent Health; Saskia Nahrgang, Control of Antimicrobial Resistance; Ernesto Javier Negrin, Child and Adolescent Health; Rahel-Ochido Ibilola Odonde, Reproductive Health; Minhye Park, Child and Adolescent Health; Jonathon Passmore, Violence and Injury Prevention; Galina Perfileva, Health workforce; Olga Pettersson, Child and Adolescent Health; Jane Robertson, Health Technologies and Pharmaceuticals; João Rodrigues Da Silva Breda, Nutrition, Physical Activity and Obesity; Altynai Satylganova, Primary Health Care; Katharina Schwarz, Child and Adolescent Health; Nicole Seguy, Tuberculosis, HIV/AIDS and Viral Hepatitis; Chiara Servili, Mental Health and Substance Abuse; Dinesh Sethi, Violence and Injury Prevention; Elena Shevkun, Mental Health; Mekhri Shoismatuloeva, Бюро ВООЗ у Таджикистані; Oleg Storozhenko, Emergency Operations; Juan Tello, Primary Health Care; Pavlos Theodorakis, Primary Health Care; Nurshaim Tilenbaeva, Бюро ВООЗ у Киргизстані; Martin van den Boom, Tuberculosis, HIV/AIDS and Viral Hepatitis; Elena Vovc, Tuberculosis, HIV/AIDS and Viral Hepatitis; Wilson Were, Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health; Yongjie Yon, Violence and Injury Prevention; Shoira Yusupova, Бюро ВООЗ у Таджикистані; Evgeny Zheleznyakov, Quality of Care and Patient Safety.

## Установи

Європейське регіональне бюро ВООЗ висловлює вдячність зазначеним нижче установам та експертам за надання стратегічних рекомендацій, цінної інформації та технічної підтримки у процесі проектування, розробки та рецензування цього *кишенькового довідника*:

**Європейській академії педіатрії (EAP)** (Peter Altorjai, Zachi Grossman, Adamos Hadjipanayis, Bert Koletzko, Stefano del Torso), **Європейській конфедерації педіатрів первинної ланки медичної допомоги (ЕСРСР)** (Shimon Barak, Angel Carrasco-Sanz, Gottfried Huss, Christine Magendie, Laura Reali, Concepcion Sánchez Pina, Iveta Skurvydiene, Carmen Villaizán Pérez), **Європейській педіатричній асоціації (EPA/UNEPSA)** (Manuel Katz, Massimo Mantovani, Leyla Namazova-Baranova), **Міжнародній федерації асоціацій студентів-медиків (IMSFA)**, (Gita Mihelcic,) **Організації «Лікарі без кордонів» (MSF)** (Joanne Cyr, Daniel Martinez Garcia, Jennifer Marx, Nikola Morton, Roberta Petrucci, Harriet Roggeveen, Ana-Victoria Valori, Clara van Gulik), **ЮНІСЕФ** (Ivelina Borisova, Nina Ferencic, Gabriele Fontana, Deepa Grover, Ruslan Malyta, Basil Rodrigues, Bettina Schwethelm), **UNFPA** (Tamar Khomasuridze), **Всесвітній організації сімейних лікарів (WONCA)** (Muna Chowdhury, Thomas Frese, Garth Manning, Leslie Rourke, Anna Stavdal, Pierre-Paul Tellier).

### Окремі експерти

Mitch Blair, Великобританія; Trevor Duke, Австралія; Mike English, Кенія; Olga Komarova, Російська Федерація; Michael Rigby, Великобританія.

### Координаційно-редакційний комітет

Загальне управління розробкою цього *кишенькового довідника* здійснювали Susanne Carai та Martin Weber із Європейського регіонального бюро ВООЗ.

Написанням і редагуванням *довідника* займалися Susanne Carai, Sophie Jullien, Carolyn Macleannan, Julia Mutevelli and Martin Weber із Європейського регіонального бюро ВООЗ.

Публікування цього посібника було б неможливим без фінансової підтримки Уряду Канади. Думки у цьому посібнику належать авторам. Вони не обов'язково відображають бачення Уряду Канади.

# Передмова

## Директора Європейського регіонального бюро ВООЗ

Первинна медична допомога є однією із засад універсального охоплення послугами охорони здоров'я та гарантом якісних медичних послуг для всіх. Забезпечення безперервної медичної допомоги дітям та підліткам має бути центральним елементом обслуговування населення. На жаль, допомога, яку діти та підлітки отримують у закладах первинної ланки — з багатьох причин — не завжди є оптимальною: надавачі медичних послуг не завжди мають необхідну підготовку, ресурси та підтримку для надання доказової допомоги з урахуванням найкращих інтересів дитини чи підлітка.

Цей кишеньковий довідник має на меті закрити таку прогалину за рахунок актуальних рекомендацій щодо надання допомоги при поширених станах здоров'я, з якими стикаються надавачі первинної медичної допомоги, що працюють із дітьми та підлітками. Він також містить інформацію щодо захворювань, якими зазвичай займаються спеціалісти, що дозволить медикам первинної ланки координувати рутинну допомогу дітям та підліткам зі складними чи довгостроковими захворюваннями.

*Довідник ґрунтується на комплексному баченні здоров'я, зростання і розвитку дітей і підлітків до 18 років. Відповідно, він охоплює не лише лікування, а й такі питання як профілактика захворювань, раннє управління факторами ризику і моніторинг хронічних станів. Діяльність із профілактики захворювань та зміцнення здоров'я у дітей від народження до підліткового віку включає визначення графіку та предмету планових профілактичних оглядів, рекомендації щодо грудного вигодовування та введення прикорму, сприяння розвитку в ранньому дитячому віці та спілкування на тему важливості здоров'я в підлітковому. Цей довідник містить інформацію щодо всіх цих питань, резюмовану з чинних доказових настанов ВООЗ.*

*Він призначений для використання лікарями, медсестрами та іншими медичними працівниками, відповідальними за надання допомоги дітям і підліткам на первинному рівні медичної допомоги у Європейському регіоні ВООЗ. Викладені в ньому рекомендації є застосовними в різних умовах і можуть адаптуватися країнами з урахуванням місцевого контексту*

за підтримки Європейського регіонального бюро ВООЗ. Цей кишеньковий довідник дозволить медичним працівникам забезпечувати найвищу якість первинної медичної допомоги за рахунок зосередження на доказових практиках і профілактиці та, як результат, забезпечення отримання дітьми та підлітками саме тієї допомоги, якої вони потребують, і уникнення непотрібних втручань та госпіталізацій.

Первинна медична допомога є найбільш інклюзивним, ефективним та дієвим підходом до зміцнення фізичного і психічного здоров'я, а також соціального здоров'я та добробуту кожного члена громади. Вона є наріжним каменем будь-якої високоякісної стійкої системи для універсального охоплення послугами охорони здоров'я та досягнення Цілей сталого розвитку, пов'язаних зі здоров'ям, і стала історичним орієнтиром завдяки Алма-Атинській та Астанинській деклараціям. Основна увага в цьому кишеньковому довіднику зосереджена на досвіді дітей та підлітків при отриманні первинної медичної допомоги. Його застосування зробить вагомий внесок у реалізацію Європейської програми роботи ВООЗ, покликаної допомогти країнам у забезпеченні кращої охорони здоров'я дітей.



**Hans Henri P. Kluge**

Директор

Європейське регіональне бюро ВООЗ

# Перелік скорочень і абревіатур

АНК	аналіз нуклеїнових кислот
АРВП	антиретровірусний препарат
АРТ	антиретровірусна терапія
АСЛО	антистрептолізин-0 (титр)
БОПВ	бівалентна оральна поліомієлітна вакцина
БЦЖ	бацила Кальмета-Герена (вакцина)
в/в	внутрішньовенна ін'єкція (інфузія), внутрішньовенно
в/к	внутрішньокісткова ін'єкція (інфузія), внутрішньокістково
в/м	внутрішньом'язова ін'єкція, внутрішньом'язово
ВГА	вірус гепатиту А, вірусний гепатит А
ВГВ	вірус гепатиту В, вірусний гепатит В
ВЕБ	вірус Епштейна-Барр
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВМЗ	внутрішньоматковий протизаплідний засіб
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ВПГ	вірус простого герпесу
ВПЛ	вірус папіломи людини
ГУС	гемолітико-уремічний синдром
ГФА	гідрофторалкановий пропелент
ДАІ	дозувальний аерозольний інгалятор
ДНК	дезоксирибонуклеїнова кислота
ДТП	дорожно-транспортна пригода
ДЦП	дитячий церебральний параліч
ЕЕГ	електроенцефалограма
ЕКГ	електрокардіограма
ЗАК	загальний аналіз крові
ЗІЗ	засоби індивідуального захисту

ЗТ-ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція зі зворотною транскрипцією
ІКС	інгальяційні кортикостероїди
ІКТ	інформаційно-комунікаційні технології
ІМТ	індекс маси тіла
ІПВ	інактивована поліомієлітна вакцина
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІСВШ	інфекції сечовивідних шляхів
ІСП	інгальатор сухого порошку
КДП	вакцина проти кашлюку, дифтерії та правця
КПД	Конвенція ООН про права дитини
КПК	вакцина від кору, паротиту і краснухи
КТ	комп'ютерна томографія
ЛТБІ	латентна туберкульозна інфекція
МО	міжнародні одиниці
МРТ	магнітно-резонансна томографія
НІЗ	неінфекційні захворювання
ОАЕ	отоакустична емісія
ОВР	опозиційно-викличний розлад
ОГК	органи грудної клітки
ОФВ1	об'єм форсованого видиху за першу секунду
ОЧП	органи черевної порожнини
п/ш	підшкірна ін'єкція, підшкірно
ПКП	постконтактна профілактика
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
ПТСР	посттравматичний стресовий розлад
РАС	розлади аутистичного спектру
РНК	рибонуклеїнова кислота
РПР	розчин для пероральної регідrataції
РСВ	Респіраторно-синцитіальний вірус
СВ	стандартне відхилення
СДУГ	синдром дефіциту уваги та гіперактивності
СМР	спинномозкова рідина
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
СПКЯ	синдром полікістозних яєчників
СРДС	синдром раптової дитячої смерті
ТБ	туберкульоз

ТТГ	тиреотропний гормон
уд/хв	удари за хвилину
УЗД	ультразвукове дослідження
УФ	ультрафіолетовий
ФЖЄЛ	форсована життєва ємність легень
ХГЛ	хоріонічний гонадотропін людини
ЦМВ	цитомегаловірус
ШКТ	шлунково-кишковий тракт
ШОЕ	швидкість осідання еритроцитів
ЗТС	ламівудин
4 В	[blood] — кров, [brain] — мозок, [belly] — живіт, [bone] — кістки
ABC	абакавір
ABCDE (алгоритм)	<b>A</b> [airway] — дихальні шляхи, <b>B</b> [breathing] — дихання, <b>C</b> [circulation] — кровообіг, <b>D</b> [disability] — неврологічний статус, <b>E</b> [exposure] — зовнішній вигляд усього тіла
ATV/r	комбінація атазанавір/ритонавір
AVPU (шкала)	<b>A</b> [alert] — притомний, <b>V</b> [voice] — реагує на голос, <b>P</b> [pain] — реагує на біль, <b>U</b> [unconscious] — непритомний
AZT	зидовудин
COVID-19	коронавірусна хвороба-2019
DTG	долутегравір
EFV	ефавіренц
FTC	емтрицитабін
GMFCS	Система класифікації великих моторних функцій
HbA1c	гемоглобін А1с (глікований гемоглобін)
HBsAg	поверхневий антиген вірусу гепатиту В
HEEADSSSS (алгоритм)	<b>H</b> [home] — умови проживання, <b>E</b> [education/employment] — освіта/зайнятість, <b>E</b> [eating habits] — харчові звички, <b>A</b> [activities] — активність, <b>D</b> [drugs] — ліки і наркотики, <b>S</b> [sexuality] — сексуальність, <b>S</b> [suicide and mental health] — схильність до самогубства і психічне здоров'я, <b>S</b> [security] — безпека, <b>S</b> [social media] — соціальні мережі
Ig	імуноглобулін (IgA, IgD, IgE, IgG, IgM)
LABA	$\beta_2$ -агоністи тривалої дії
LPV/r	комбінація лопінавір/ритонавір
MCV	середній корпускулярний об'єм

MIS-C	мультисистемний запальний синдром, тимчасово асоційований із COVID-19, у дітей і підлітків
PFAPA	синдром Маршалла
RAL	ралтегравір
RICE (метод)	<b>R</b> [rest] — відпочинок, <b>I</b> [ice] — лід, <b>C</b> [compress] — стиснення, <b>E</b> [elevate] — підняття
SABA	$\beta_2$ -агоністи короткої дії
SAMPLE (алгоритм)	<b>S</b> [signs and symptoms] — ознаки та симптоми, <b>A</b> [allergies] — алергії, <b>M</b> [medications] — медикаменти, <b>P</b> [past medical history] — медичний анамнез, <b>L</b> [last oral intake] — останній прийом їжі та напоїв, <b>E</b> [events surrounding illness] — події, пов'язані зі станом (отруєння, укуси отрутних видів).
SCOFF (опитувальник)	<b>S</b> [sick] — нудота, <b>C</b> [control] — контроль, <b>O</b> [one stone] — втрата ваги, <b>F</b> [fat] — повнота, <b>F</b> [food] — їжа
SOCRATES (абrevіатура для оцінювання болю)	<b>S</b> [site] — локалізація, <b>O</b> [onset] — початок, <b>C</b> [character] — характер, <b>R</b> [radiation] — іррадіація, <b>A</b> [associated symptoms] — пов'язані симптоми, <b>T</b> [time course] — фактори часу, <b>E</b> [exacerbating/relieving factors] — фактори, що посилюють/втамовують біль, <b>S</b> [severity] — тяжкість
sp., spp.	види (однина і множина)
SPF	фактор захисту від сонця
SpO <sub>2</sub>	сатурація крові киснем
TDF	тенофовіру дизопроксилу фумарат
UPA	уліпристалу ацетат
VZV	вірус вітряної віспи

- діагностичні ознака або симптом
- ▶ рекомендація щодо лікування або заходи, які потрібно виконати



робоча пам'ятка

# Надання допомоги від народження до підліткового віку

<b>1.1</b>	<b>Роль надавача первинної медичної допомоги</b>	<b>1</b>
<b>1.2</b>	<b>Загальні стандарти і принципи</b>	<b>3</b>
1.2.1	Розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) стандарти якості медичної допомоги дітям та підліткам	4
1.2.2	Конвенція про права дитини	4
<b>1.3</b>	<b>Надання допомоги дітям і підліткам, що належать до вразливих категорій населення</b>	<b>5</b>
1.3.1	Діти та підлітки, що належать до вразливих категорій населення	6
1.3.2	Діти та підлітки, що є мігрантами або біженцями	7

## 1.1 Роль надавача первинної медичної допомоги

### Профілактика захворювань та зміцнення здоров'я

Надавачі первинної медичної допомоги відіграють надзвичайно важливу роль не лише у виявленні й лікуванні захворювань, але й у забезпеченні позитивних результатів для здоров'я за рахунок його зміцнення та профілактики хвороб і проблем із розвитком.

Під час кожного візиту надавач первинної медичної допомоги має можливість:

- ▶ Надавати дітям, підліткам та їхнім батькам чи опікунам важливі консультації.
- ▶ Ініціювати заходи для профілактики захворювань і проблем із розвитком.
- ▶ Заохочувати ухвалення здорових рішень та здійснення профілактичних заходів — щодо здорового харчування, щеплень, проходження регулярних оглядів та фізичної активності.
- ▶ Моніторувати розвиток, виявляти потреби в додатковій допомозі та надавати рекомендації щодо підтримки розвитку дитини.

## РОЛЬ НАДАВАЧА ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

- ▶ Перевіряти наявність ризиків, пов'язаних зі здоров'ям і психосоціальним розвитком, а також інші соціальні детермінанти здоров'я, такі як бідність, психічне здоров'я опікунів, зловживання психоактивними речовинами або сімейні конфлікти чи насильство.
- ▶ Надавати батькам можливість ставити запитання та озвучувати проблеми стосовно здоров'я і розвитку дитини, а також власних практик догляду за дитиною, які їх непокоять.
- ▶ Обговорювати інші питання, такі як навички батьків, харчування, поведінка, розвиток і безпека.

### Багатопрофільна допомога

Надавач первинної медичної допомоги часто є першою точкою контакту з системою охорони здоров'я для дітей або підлітків та їхніх сімей. Це дозволяє надавачам первинної медичної допомоги тісно співпрацювати як із дітьми, так і з їхніми сім'ями, а також забезпечувати надання багатопрофільної допомоги.

Багатопрофільна допомога — це модель, у рамках якої надавач первинної медичної допомоги бере на себе основну відповідальність за догляд за дитиною і виконує роль координатора надання їй допомоги. У цій ролі надавач первинної медичної допомоги може організовувати направлення, за необхідності, на інші рівні допомоги (наприклад, до спеціалістів, стоматологів, фахівців з охорони психічного здоров'я, дієтологів, соціальних служб, служб освіти та інших служб на базі громади), таким чином забезпечуючи надання допомоги за багатьма напрямками.

Багатопрофільна допомога дозволяє сім'ям краще долати можливі стрес і труднощі, запобігає плутанині та забезпечує економічно ефективно використання ресурсів. Для ранніх втручань багатопрофільну нефрагментовану допомогу вважають золотим стандартом.

### Безперервність допомоги після досягнення дорослого віку

Безперервна медична допомога має забезпечуватися протягом усього життя. Після досягнення підлітками відповідного віку має бути забезпечене їх передавання лікарям, що обслуговують дорослих (с. 794). Інші особливі міркування, які стосуються підлітків, див. у главі 8.

### Допомога, орієнтована на потреби сім'ї

Сім'я має бути активним і рівноправним партнером у догляді за дитиною — незалежно від освіти та соціально-економічного становища її членів.

**Застосовуйте у своїй щоденній практиці підходи, орієнтовані на потреби сім'ї:**

- ▶ Заохочуйте пацієнтів та їхніх опікунів брати участь у процесі на засадах повної поінформованості.
- ▶ Звертайте увагу на питання, які непокоять опікунів: вони знають дитину найкраще.
- ▶ Ставте відкриті запитання, щоб налагодити зв'язок із сім'єю та надавати опікунам можливість повністю висловлювати свої думки: це може допомогти отримати надзвичайно цінну інформацію.
- ▶ Визнавайте та відзначаєте зусилля, які докладають члени сім'ї для підтримки дитини.

**Приймайте культурне та етнічне різноманіття:**

- ▶ Поважайте всіх дітей та сім'ї, їхнє культурне походження, пріоритети і переконання без будь-якої дискримінації.

**Розширюйте можливості сім'ї:**

- ▶ Визнавайте, що діти та сім'ї здатні боротися з проблемами за допомогою власних сил, ресурсів і навичок вирішення проблем.
- ▶ Допомагайте сім'ям знайти та мобілізувати їхні внутрішні ресурси.
- ▶ Ухвалюйте рішення щодо дитини разом із сім'єю та дитиною.
- ▶ Практикуйте підтримувальне слухання та виділяйте сильні сторони сім'ї: ця проста сама по собі стратегія може мати лікувальний та стимулювальний ефекти.

**Допомагайте сім'ї та вивчайте стратегії боротьби з факторами ризику:**

- ▶ Якщо сім'я переживає труднощі, повідомляйте про ресурси, наявні на базі громади (напр., центри допомоги родинам, патронажні програми, освітні програми для батьків, соціальні послуги та групи підтримки) і розповідайте, як скористатися ними.

## 1.2 Загальні стандарти і принципи

Первинна медична допомога, яку вперше було описано в Алма-Атинській декларації (1978 р.) і закріплено Астанинською декларацією (2018 р.), охоплює забезпечення фізичного, психічного та соціального благополуччя. Вона тяжіє до людиноцентричності й задоволення повного спектру потреб у сфері охорони здоров'я — від профілактики захворювань до зміцнення здоров'я, від лікування до реабілітації та паліативної допомоги, від народження до кінця життя. Це підкреслює відповідальність урядів за за-

безпечення наявності та доступності якісних основних послуг із охорони здоров'я.

### 1.2.1 Розроблені Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) стандарти якості медичної допомоги дітям та підліткам

ВООЗ розробила стандарти якості допомоги дітям та підлітками, які мають застосовуватися в усіх закладах первинної медичної допомоги.

- **Стандарт 1.** Отримання кожною дитиною доказових допомоги та лікування згідно з міжнародними (напр., ВООЗ) настановами.
- **Стандарт 2.** Забезпечення збирання, аналізу й використання даних у медичній інформаційній системі для здійснення відповідних ранніх втручань і покращення допомоги кожній дитині.
- **Стандарт 3.** Отримання кожною дитиною зі станами, які не підлягають ефективному контролю з використанням наявних ресурсів, відповідних і своєчасних направлень із забезпеченням повної безперервності допомоги.
- **Стандарт 4.** Ефективна комунікація з дітьми та їхніми сім'ями на умовах значущої участі, що відповідає їхнім потребам і побажанням.
- **Стандарт 5.** Забезпечення дотримання, захисту та реалізації прав кожної дитини під час надання допомоги без жодної дискримінації.
- **Стандарт 6.** Забезпечення всім дітям та їхнім сім'ям освітньої, емоційної та психосоціальної підтримки, яка є чутливою до їхніх потреб та зміцнює їхні спроможності.
- **Стандарт 7.** Постійна наявність компетентного, мотивованого та емпатичного персоналу для роботи з кожною дитиною і надання рутинної допомоги та лікування поширених дитячих хвороб.
- **Стандарт 8.** Наявність у закладі охорони здоров'я відповідного, комфортного для дітей фізичного середовища, в якому забезпечені належні водопостачання, санітарія, поводження з відходами, енергопостачання, медикаменти, товари медичного призначення та обладнання для надання рутинної допомоги та лікування поширених дитячих хвороб.

### 1.2.2 Конвенція про права дитини (КПД)

КПД була прийнята у 1989 р. Генеральною Асамблеєю ООН і ратифікована кожною країною Європейського регіону ВООЗ. Це означає, що принципи, викладені в КПД, є частиною внутрішнього законодавства всіх цих країн.

Усі фахівці, що працюють безпосередньо з дітьми, зобов'язані поважати, захищати та реалізовувати закріплені нею права й дотримуватися таких принципів:

- **Стаття 2:** обов'язок поважати та забезпечувати всі права дитини без будь-якої дискримінації.
- **Стаття 3:** обов'язок визначати, аналізувати та враховувати найкращі інтереси дитини в усіх діях, які її стосуються.
- **Стаття 6:** невід'ємне право дитини на життя і зобов'язання забезпечувати в максимально можливій мірі виживання і здоровий розвиток дитини.
- **Стаття 12:** обов'язок забезпечувати дитині, здатній сформулювати власні погляди, право вільно висловлювати ці погляди з усіх питань, що стосуються дитини, та приділяти поглядам дитини належну увагу згідно з її віком і зрілістю.
- **Стаття 13:** обов'язок забезпечувати право дитини вільно висловлювати свої думки, у тому числі право шукати, отримувати і передавати інформацію та ідеї будь-якого характеру.

### **Знайте права дитини та інтегруйте їх у свою практику:**

- ▶ Врахуйте принцип найкращих інтересів дитини у всіх питаннях охорони здоров'я.
- ▶ Врахуйте право дитини брати участь в ухваленні рішень щодо лікування та догляду (напр., надання інформації, згоди та інформованої згоди).
- ▶ Надавайте конфіденційні консультації та поради дітям різного віку.
- ▶ Спілкуйтеся з дітьми та підлітками відповідно до рівня їхнього розвитку.
- ▶ Створюйте комфортні умови для отримання медичної допомоги підлітками.
- ▶ Звертайте увагу на ознаки неналежного поводження з дітьми, щоб ідентифікувати дітей, які зазнають жорстокого поводження чи нехтування. Надавайте підтримку та знайте місцеві механізми повідомлення і перенаправлення.

### **1.3 Надання допомоги дітям і підліткам, що належать до вразливих категорій населення**

Багато дітей і підлітків живуть у складних умовах, що робить їх особливо вразливими як із точки зору фізичного та психічного здоров'я, так і в питаннях доступу до належної медичної допомоги. До цієї категорії можуть

належати мігранти, біженці, діти-сироти, діти, що живуть у неповній сім'ї, та діти, батьки чи опікуни яких мають серйозні проблеми з психічним здоров'ям (напр., залежність від алкоголю чи психоактивних речовин).

### 1.3.1 Діти та підлітки, що належать до вразливих категорій населення

Деякі діти та підлітки стикаються з ситуаціями, які породжують особливі потреби в медичній допомозі та обмежують їхню здатність отримувати належну допомогу. До цієї категорії належать, наприклад, діти, що проживають у неблагополучних районах, притулках або виправних закладах, діти, що не мають медичного страхування або живуть на вулиці.

Деякі діти та підлітки мають специфічні проблеми, які вимагають уваги, наприклад:

- Симптоми неналежного дотримання правил гігієни: напр., воші, серйозні проблеми з зубами
- Інфекційні захворювання, включаючи інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) (с. 771)
- Віктимізація та насильство, включаючи сексуальне насильство та (примусову) проституцію (с. 712)
- Вживання алкоголю та психоактивних речовин/зловживання ними (с. 725)
- Проблеми з психічним здоров'ям, включаючи депресію (с. 586), тривожність (с. 594) та суїцидальну поведінку (с. 591)
- Невідвідування школи та неотримання освіти.

Багато з цих проблем потребують застосування мультидисциплінарного системного підходу, в рамках якого надавач первинної медичної допомоги повинен:

- ▶ Тісно співпрацювати з соціальними службами, які виконують роль посередників (зниження порогу доступу до медичної допомоги) з метою покращення доступу до медичної допомоги.
- ▶ Забезпечувати регулярний скринінг, напр., тестування на ІПСШ та вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) (с. 773).
- ▶ Надавати консультації, напр., щодо безпечного сексу (с. 760).
- ▶ Підтримувати зв'язок із системою шкільної освіти та сприяти реінтеграції виключених учнів.
- ▶ Ідентифікувати фінансові ресурси для покриття витрат на охорону здоров'я.

- ▶ Видавати направлення до психологів або психіатрів, коли це необхідно.
- ▶ Сприяти підтримці з боку однолітків та просвіті.

### 1.3.2 Діти та підлітки, що є мігрантами або біженцями

Діти та підлітки, які проходять процедури отримання притулку, часто прибувають до приймаючої країни після тривалої подорожі, іноді без супроводу внаслідок розлучення з батьками та сім'єю, і можуть переживати тяжкі фізичні та/або психологічні страждання, в тому числі насильство.

На систему охорони здоров'я приймаючої країни покладений обов'язок із забезпечення дітям, які є мігрантами чи біженцями, доступу до послуг з охорони здоров'я, передбаченого Конвенцією про права дитини.

Діти та підлітки, що є мігрантами та біженцями, мають право на отримання доступу до профілактичних заходів та інформації про них та/або можуть мати різні захворювання та обставини, які необхідно виявити, наприклад:

- Неповну вакцинацію (с. 83)
- Інфекційні захворювання, напр. туберкульоз (ТБ) (с. 705), гепатит В і С (с. 462), малярію, кишкових паразитів або ІПСШ (с. 771)
- Недоїдання
- Психічні травми, отримані під час переїзду або до нього.
- Дитина могла пережити або стати свідком надзвичайного насильства, у тому числі сексуального, фізичного чи психологічного, жорстокого поводження з людьми чи торгівлі людьми і, як наслідок, зазнавати ризику розвитку посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших медичних, психологічних та психосоціальних наслідків.
- Відсутність короткострокових і довгострокових перспектив та, часто, страх бути неприйнятими та відправленими назад до країни походження.

Деякі фактори, які слід враховувати для спрощення та більш ефективного виконання вашої ролі як надавача первинної медичної допомоги:

- ▶ Враховуйте специфічні захворювання, якими мігранти можуть інфікуватися у країні походження (напр., малярію, ТБ, гельмінти) і способи їх лікування.
- ▶ Зрозумійте причини міграції.

- ▶ Поважайте відмінності між цінностями та звичаями у країнах походження та перебування.
- ▶ Співпрацюйте з перекладачами.
- ▶ Налагодіть взаємодію з місцевими соціальними службами, включаючи органи захисту дітей, а також із педагогічними працівниками шкіл та службами охорони здоров'я.

Ваша роль може включати в себе такі завдання:

- ▶ Консультування щодо профілактичних заходів для підтримки гігієни (напр., доступу до санітарії, безпечної питної води, гігієни ротової порожнини) та вакцинації.
- ▶ Виявлення та лікування інфекційних захворювань.
- ▶ Виявлення випадків неналежного поводження з дітьми (с. 712), у т. ч. сексуального насильства, повідомлення про них та направлення пацієнтів для отримання відповідної допомоги.
- ▶ Розпізнавання таких психічних розладів як тривожність, депресія і ПТСР та забезпечення відповідного лікування, напр., шляхом направлення до служб психосоціальної підтримки.

Багато молодих людей без супроводу не мають документів, що підтверджують їхній вік. Оскільки діти мають додаткові права порівняно з дорослими, вам може бути необхідно провести оцінювання віку пацієнта. Наявні дані вказують на те, що самі лише медичні методи не дозволяють визначити вік осіб старшого підліткового віку з необхідною точністю. Відповідно, для таких цілей украй бажано проводити комплексне оцінювання. Завжди пам'ятайте, що найкращі інтереси і права дитини є першочерговим пріоритетом у всіх діях щодо дітей.

# Підходи до діагностики в дітей та підлітків

2.1	Планові профілактичні огляди, звернення по допомогу та контрольні візити	9
2.2	Збирання анамнезу в дітей	10
2.3	Підхід до дитини та фізикальний огляд	12
2.4	Диференціальна діагностика	18
2.5	Подальше спостереження	18

## 2.1 Планові профілактичні огляди, звернення по допомогу та контрольні візити

Розрізняють різні види візитів, кожен із яких вимагає окремого підходу до роботи з пацієнтом. Підхід може відрізнятися залежно від того, знаєте ви дитину чи ні.

**Планові профілактичні огляди** — це, як правило, візити, які відбуваються на регулярній основі для моніторингу росту і розвитку дитини (див. главу 3).

Етапи роботи під час оглядового візиту:

- Збирання анамнезу
- Огляд (обстеження)
- Консультація.

У разі наявності скарг або виявлення порушень див. етапи роботи під час звернення по допомогу нижче.

**Звернення по допомогу** відбуваються у зв'язку з новими чи наявними проблемами зі здоров'ям, питаннями, які непокоять чи турбують пацієнтів чи їхніх опікунів, симптомами, а також моніторингом хронічних станів.

Етапи роботи під час звернення по допомогу:

- Невідкладні триаж та допомога (за необхідності)
- Збирання анамнезу
- Огляд (обстеження)

- Лабораторні дослідження (за необхідності)
- Встановлення діагнозу або диференціальна діагностика
- Лікування
- Направлення до лікарні чи спеціаліста (за необхідності)
- Подальше спостереження (за необхідності).

### Контрольні візити

Час і мета контрольних візитів варіюються залежно від кількох факторів: первинних скарг або станів, чи є стан гострим або хронічним, чи були призначені будь-які ліки (напр., антибіотики) і чи був візит запланований або з'явилися ознаки, які свідчать про погіршення стану (додаткову інформацію див. у розділі «Подальше спостереження» на с. 18).

Кожен візит — це можливість проконсультувати дитину та її опікунів щодо профілактики захворювань і зміцнення здоров'я (напр., фізичної активності, харчування, вакцинації, гігієни ротової порожнини, вимірювання індексу маси тіла (ІМТ)).

## 2.2 Збирання анамнезу в дітей

Збирання анамнезу та спілкування з дитиною допомагають встановити зв'язок із дитиною та її батьками, і є важливим етапом перед початком огляду.

- Ставте відкриті запитання. Давайте дитині достатньо часу, щоб відповісти, не перебиваючи.
- Залежно від віку дитини або підозрюваного стану ви можете просити поговорити з дитиною без присутності батьків, якщо це відповідає найкращим інтересам дитини.
- Працюючи з дітьми молодшого віку, збирайте анамнез зі слів батьків або опікунів. Діти старшого віку повинні брати участь у процесі надання інформації, якщо вони здатні її розуміти.
- Якщо дитина розмовляє іншою мовою і потрібен перекладач, комунікуйте з дитиною за допомогою підтримувального невербального спілкування і знаків.

**НЕ** використовуйте медичний жаргон.

**НЕ** розмовляйте з дітьми мовою, яку вони не розуміють.

Додаткові міркування щодо збирання анамнезу в підлітків і спілкування з ними можна знайти на с. 748.

**Таблиця 1. Збирання анамнезу**

<b>Причина звернення</b>
<p>Збирання анамнезу зазвичай починається з розуміння причини звернення:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• «Що турбує Вашу дитину?» або, говорячи з дітьми старшого віку/без супроводу, «Що Вас турбує?»</li> <li>• Як давно? За наявності декількох симптомів запитайте про порядок їх виникнення. Чи траплялося таке раніше?</li> <li>• Чи має подібні симптоми хтось із домашніх?</li> <li>• У випадку немовлят і дітей молодшого віку:             <ul style="list-style-type: none"> <li>— Годування (будь-які зміни у схемі, обсязі)</li> <li>— Дефекація, сечовипускання</li> <li>— Сон-неспання, активність</li> <li>— Набір або втрата ваги.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Медичний анамнез</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перенесені захворювання, травми, госпіталізації</li> <li>• Перевірка статусу вакцинації.</li> </ul>
<b>Медикаментозний анамнез</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поточний прийом будь-яких ліків</li> <li>• Відомі алергії на лікарські засоби.</li> </ul>
<b>Історія вагітності й пологів</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік матері й акушерський анамнез: ускладнення вагітності, особливості харчування вагітної, прийом добавок фолієвої кислоти/вітаміну D, кількість вагітностей</li> <li>• Проблеми під час пологів: дистрес плода, застосування щипців або сідничні пологи, кесарів розтин, госпіталізація до відділення реанімації новонароджених</li> <li>• Термін вагітності, вага при народженні, оцінка за шкалою Апгар</li> <li>• Проблеми в неонатальному періоді: жовтяниця, інфекції, проблеми з годуванням.</li> </ul>
<b>Історія розвитку</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік, у якому були досягнуті ключові показники розвитку (див. главу 3), і поточні здібності</li> <li>• Для дітей шкільного віку: наявність будь-яких специфічних проблем (академічних, фізіологічних чи соціальних (у спілкуванні з однолітками)).</li> </ul>
<b>Поведінковий анамнез</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність поведінкових проблем, що викликають занепокоєння, відповідно до віку: агресія, ізоляція, самоушкодження, залежність від алкоголю і психоактивних речовин.</li> </ul>

**Сімейний анамнез**

- Наявність у сім'ї захворювань, таких як епілепсія, цукровий діабет, гіпертонія, астма, туберкульоз, серповидноклітинна анемія, тяжка анемія або таласемія.

**Соціальний анамнез**

- Житлові умови
- Основний опікун, кількість братів і сестер
- Відвідування школи.

**2.3 Підхід до дитини та фізикальний огляд****Загальні міркування щодо клінічного огляду дитини****Створіть комфортне середовище**

- ▶ Проводьте обстеження у приватному та дружньому для дітей середовищі (див додаток 1) із комфортною та відповідною температурою в приміщенні.
- ▶ Уникайте повного роздягання дитини без потреби. Просіть знімати одяг лише з тієї частини тіла, яка буде обстежуватися (спочатку з верхньої, потім із нижньої), щоб уникнути переохолодження.

**Побудова довірчих стосунків**

- ▶ Підтримуйте комфортну дистанцію та зоровий контакт; наскільки це можливо, забезпечуйте, щоби ви та дитина сиділи на одному рівні. На стійте над дитиною.
- ▶ Якомога більше взаємодійте з дитиною, щоби встановити довірливі відносини.
- ▶ Інформуйте дитину, що ви оглядатимете і як. Запевніть дитину, що не робитимете нічого без попередження.
- ▶ Перед тим як торкатися дитини, просіть у неї на це дозволу (залежно від віку); ніколи не торкайтеся дитини без попередження.
- ▶ Якщо та чи інша процедура буде болючою, чесно кажіть про це.



**Веселий огляд: дозвольте дитині погратися з вашими інструментами**

**Відволікайте дитину, щоб знизувати рівень дискомфорту для неї**

- ▶ Ви можете допомогти дитині розслабитися, трішки поговоривши з нею перед оглядом чи під час нього, наприклад, про її улюблені мультики або інші інтереси — залежно від віку.
- ▶ Зробіть процес огляду якомога веселішим: забезпечте наявність у кабінеті іграшок чи наклейок; розповідайте під час огляду історії; дозволяйте дитині погратися своїми інструментами, такими як стетоскоп або рефлекторний молоточок.

**Забезпечуйте участь батьків або опікунів у процесі огляду**

- ▶ Дозволяйте батькам або опікунам бути поруч із дитиною увесь час під час проведення огляду (виняток: наявність підозр щодо жорстокого поводження з дітьми або нехтування ними, див. с. 712).
- ▶ За можливості проводьте огляд маленьких дітей на руках у батька/матері або опікуна.
- ▶ Якщо дитина переживає або плаче, дайте батькам чи опікунам час заспокоїти її.

**Оглядайте дитину на руках в опікуна****Спостереження та порядок проведення фізикального огляду**

- Спостереження є важливим діагностичним інструментом. Воно має починатися з першої миті, коли ви бачите дитину, напр., під час гри в коридорі, при привітанні та під час збирання анамнезу.

**Гігієна рук**

- ▶ Перед проведенням огляду мийте та дезінфікуйте руки (див. с. 864–865).

**Організуйте обстеження так, щоб не засмучувати дитину**

Починайте зі спостереження за дитиною (і тим, як дитина взаємодіє з батьками або опікунами). Намагайтеся зафіксувати якомога більше ознак до проведення огляду — до того, як ви потурбуєте дитину.

- Загальний зовнішній вигляд:
  - Здорова/нездорова, активна/млява, дискомфорт, роздратування, дистрес, недоїдання?
  - Дитина говорить, плаче чи видає якісь звуки?
  - Дитина пильна, зацікавлена та озирається?
  - Сонливий вигляд, блювання, здатність смоктати грудне молоко?
- Будь-які ознаки дихального розладу
- Використання допоміжних дихальних м'язів
- Западання нижньої частини грудної клітки
- Прискорене дихання
- Здатність сидіти прямо з підтримкою у вигляді випрямлених рук
- Інші ознаки:
  - Жовтяниця, блідість, ціаноз, потовщення суглобів пальців, набряк, лімфаденопатія, висипання, петехії.
- ▶ Після цього переходьте до фіксації ознак, які вимагають торкання до дитини, але з мінімальним дискомфортом, наприклад, вимірювання пульсу або прослуховування серця і легень. Якщо дитина спокійна і не хвилюється, скористайтеся можливістю і спочатку обстежте серцеву, дихальну та нервову системи.
- ▶ Проводьте найбільш тривожну для дитини частину огляду в останню чергу: вимірювання температури, тестування на тургор шкіри (щипковий тест на зневоднення), вимірювання артеріального тиску або огляд вух, носа, горла та ротової порожнини.

**Загальний фізикальний огляд**

Алгоритм комплексного фізикального огляду наведений у таблиці 2. При його проведенні слід застосовувати гнучкий підхід. Послідовність огляду може бути адаптована залежно від причини звернення, віку та того, чи знаєте ви дитину. Найбільш дискомфортну для дитини частину огляду слід виконувати в останню чергу. При цьому кожна дитина повинна проходити повне систематичне обсте-

ження через регулярні проміжки часу/під час профілактичних оглядів. Див. інформацію про огляд новонароджених на с. 134 та підлітків на с. 753.

**Таблиця 2. Компоненти комплексного фізикального огляду (послідовність кроків може змінюватися)**

<b>Шкіра</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Огляд шкіри: блідість, жовтяниця, висипання, ознаки травм, напр., синці?</li> </ul>
<b>Голова і шия</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Тім'ячко у дітей віком до &lt; 24 місяців при пальпації: випукле чи запале?</li> <li>Голова і шия (включаючи щитоподібну залозу) при пальпації: кісти, збільшення лімфатичних вузлів, ригідність потиличних м'язів?</li> <li>Огляд очей: відхилення, ознаки інфекції, ністагм, зіниці однакові і реагують на світло та акомодацию?</li> <li>Тест червоного рефлексу: наявний та однаковий з обох боків?</li> <li>Огляд носа: сторонні предмети, видимі поліпи, викривлення перегородки?</li> <li>Огляд ротової порожнини і горла: розщеплення піднебіння, кількість та гігієна зубів, збільшені або червоні мигдалини, ексудат на мигдаликах?</li> <li>Огляд вух на наявність відхилень і перевірка барабаних перетинок із використанням отоскопа: почервоніння, випуклість, перфорація?</li> </ul>
<b>Дихання</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Підрахунок частоти дихання: тахіпное?</li> <li>Перевірка на предмет ціанозу та дихального розладу: тракція трахеї, використання допоміжних дихальних м'язів, втягування грудної клітки, роздування крил носа, ретракції?</li> <li>Легені при перкусії чи аскультації: приглушені, аномальні дихальні шуми, напр., хрипи, стридор, свист?</li> <li>Вимірювання сатурації крові киснем за допомогою пульсоксиметра за наявності ознак дихального розладу.</li> </ul>
<b>Серцево-судинна система</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Аскультація тонів і ритму серця: тахікардія, аритмія, шуми?</li> <li>Розташування верхівки серця при пальпації: зміщення?</li> <li>Пальпація пульсів (брахіального в немовлят і феморального або радіального в дітей старшого віку).</li> </ul>

**Живіт**

- Огляд: здуття живота, видимі утворення, перистальтика, грижа?
- Аскультація: гіперактивність або зниження/відсутність кишкових шумів?
- Спершу поверхнева, після чого глибша пальпація: болючість, резистентність, м'язовий дефанс, наявність асцити, об'ємних утворень, збільшення печінки чи селезінки?
- Пальпація чи перкусія нирок з боків: об'ємні утворення, збільшення, болючість?

**Зовнішні статеві органи**

- Огляд статевих органів у хлопчиків: грижі, гідроцеле, неопущені яєчка?
- Огляд статевих органів у дівчат: вагінальні виділення, гіпертрофія клітора?

**НЕ** використовуйте дзеркала чи аноскопи та не проводьте пальцевих чи бімануальних досліджень піхви чи прямої кишки на рутинних засадах. Якщо таке обстеження є необхідним за медичними показаннями, направте дитину до спеціаліста, оскільки для їх проведення може бути необхідна загальна анестезія або седація.

**Опорно-руховий апарат**

- Огляд спини: кіфоз, лордоз, сколіоз?
- Огляд кінцівок і суглобів: атрофія м'язів, об'єм руху, стабільність, набряки, болючість?

**Нервова система**

- Перевірка тонусу м'язів шляхом пасивного руху верхніх та нижніх кінцівок по амплітуді рухів: ознаки гіпертонії чи гіпотонії?
- Перевірка рефлексів, напр., колінного рефлексу.
- Спостереження за ходом дитини (якщо це можливо): аномальні чи асиметричні рухи?

**Розвиток**

- Оцінювання досягнення ключових показників розвитку (глава 3).

**Показники життєдіяльності**

- Вимірювання пахової температури, частоти серцевих скорочень, частоти дихання, артеріального тиску (с. 878), часу наповнення капілярів (с. 798). Нормальні значення показників життєдіяльності див. на с. 797.

**Ріст**

- Вимірювання ваги, зросту/довжини тіла, окружності голови (діти  $\leq 5$  років), розрахунок ваги для зросту/довжини тіла, ваги для віку, зросту/довжини тіла для віку, індексу маси тіла. Див. розділ «Вимірювання й оцінювання росту дитини» на с. 22.

## 2.4 Диференціальна діагностика

Після завершення оцінювання розгляньте різні стани, які можуть спричинити нездужання дитини, та складіть список імовірних диференціальних діагнозів. Це допомагає уникнути помилкових припущень і випущення рідкісних проблем.

Лабораторні та радіологічні дослідження на основі анамнезу та обстеження можуть допомогти звузити диференціальний діагноз. Щоб уникнути непотрібних направлень, такі дослідження повинні бути доступні на первинному рівні охорони здоров'я.

- «Коли ви чуєте цокання копит, очікуйте побачити коня, а не зебру». Обдумуючи можливий діагноз, слід спочатку розглядати найочевидніші та найпоширеніші варіанти, а не більш малоімовірні.
- Хвора дитина може мати більш ніж одну клінічну проблему, яка потребує лікування.

Після визначення основного діагнозу і будь-яких вторинних діагнозів чи проблем сплануйте та розпочніть курс лікування. Слід відзначити, що за наявності декількох діагнозів чи проблем може бути необхідним застосування декількох методів лікування одночасно. Переглядайте список диференціальних діагнозів після спостереження за відповіддю на лікування або отримання нових клінічних даних. На цьому етапі може бути необхідно переглянути діагноз або розглянути додаткові діагнози.

## 2.5 Подальше спостереження

Залежно від причини звернення та лікування чи результатів профілактичного огляду може бути необхідним подальше спостереження. Контрольні візити можна планувати через декілька днів (зазвичай 3–5) після первинного звернення, залежно від стану. Рекомендації щодо подальших заходів у випадку конкретних клінічних станів наведені у відповідних розділах цього довідника.

### Планові контрольні візити

- ▶ Призначайте планові візити для:
  - контролю через визначений проміжок часу (за необхідності)
  - перевірки прогресу або відповіді на лікування
  - проведення дитині наступного щеплення.

## Екстрені повторні візити

- ▶ Інструкуйте батьків або опікунів негайно прийти на повторний візит за наявності в дитини будь-якої із зазначених нижче тривожних ознак:
  - нездатність пити або смоктати грудне молоко
  - погіршення стану
  - постійне підвищення температури тіла протягом 2–3 днів
  - повернення ознак хвороби після вдалого лікування
  - для дітей із кашлем чи застудою — швидке чи утруднене дихання
  - для дітей із діареєю — кров у фекаліях чи відмова від пиття рідини.

# Примітки

# Планові профілактичні огляди

<b>3.1</b>	<b>Вимірювання й оцінювання росту дитини</b>	<b>22</b>
	<b>Планові профілактичні огляди</b>	
<b>3.2</b>	<b>Перші 72 години з народження</b>	<b>26</b>
<b>3.3</b>	<b>1-й тиждень</b>	<b>31</b>
<b>3.4</b>	<b>1 місяць</b>	<b>34</b>
<b>3.5</b>	<b>3 місяці</b>	<b>37</b>
<b>3.6</b>	<b>6 місяців</b>	<b>40</b>
<b>3.7</b>	<b>1 рік</b>	<b>44</b>
<b>3.8</b>	<b>2 роки</b>	<b>48</b>
<b>3.9</b>	<b>3 роки</b>	<b>51</b>
<b>3.10</b>	<b>4 роки</b>	<b>54</b>
<b>3.11</b>	<b>5 років</b>	<b>57</b>
<b>3.12</b>	<b>8 років</b>	<b>60</b>
<b>3.13</b>	<b>10 років</b>	<b>62</b>
<b>3.14</b>	<b>12 років</b>	<b>64</b>
<b>3.15</b>	<b>14 років</b>	<b>67</b>

Планові профілактичні огляди — це регулярні візити до лікаря для спостереження за ростом і розвитком дитини від народження до 18 років. Планові профілактичні огляди передбачають проведення різних типів заходів. Предмет і частота планових профілактичних оглядів визначаються національними настановами. На етапі раннього розвитку дитини регулярне відвідування лікаря є надзвичайно корисним. У той самий час огляди дітей шкільного віку можна організувати з більшими інтервалами, і їх не потрібно проводити щорічно.

Планові профілактичні огляди забезпечують широкі можливості для профілактики, включаючи:

- Проведення щеплень та інформаційно-роз'яснювальної роботи щодо них
- Виявлення захворювань та труднощів у розвитку на ранніх етапах

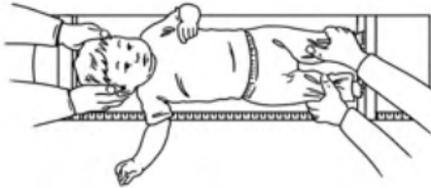
- Консультування щодо сприяння здоровому розвитку дитини, здорового харчування, фізичної активності та запобігання травмам
- Виявлення проблем на ранній стадії
- Оцінювання умов життя дитини
- Попередження та своєчасне розпізнавання зловживань щодо дітей
- Надання відповідей на запитання батьків або опікунів
- Побудову довірливих стосунків із дитиною та батьками чи опікунами
- Координацію підтримки зі службами охорони здоров'я на базі громад, напр., консультування щодо грудного вигодовування та здоров'я у школі.

### 3.1 Вимірювання й оцінювання росту дитини

Вимірювання росту дитини є важливою частиною кожного планового профілактичного огляду:

- ▶ Регулярно оцінюйте зазначені нижче параметри для визначення харчового статусу: вимірюйте вагу, довжину тіла (від народження до 2 років), зріст (від 2 років) та окружність голови дітей за допомогою відповідних для віку і добре відкаліброваних вагів та зростомірів.
- ▶ Розрахуйте вагу для віку, довжину тіла для віку або зріст для віку; вагу для довжини тіла або вагу для зросту та  $IMT = \text{кг/м}^2$ : вага в кілограмах/зріст у метрах у квадраті).
- ▶ Наносьте отримані значення (із зазначенням дати вимірювання) та будь-які доступні попередні виміри дитини на один графік для забезпечення можливості відстеження будь-яких порушень росту в динаміці.
- ▶ Застосовуйте корегування на гестаційний вік для немовлят, народжених до 37 повних тижнів вагітності: скоригований вік (кількість тижнів до терміну) = 40 тижнів мінус гестаційний вік при народженні в тижнях. Корегуйте графік на кількість тижнів до пологів: відмітьте фактичний (календарний) вік дитини, проведіть лінію до скоригованого віку та позначте її стрілкою. Таким чином стрілка вказуватиме на z-показник, скоригований на передчасне народження. Також ви можете використовувати детальніший графік росту, напр., від 0 до 6 місяців. Продовжуйте корегування на гестаційний вік до 1 року для немовлят, народжених на 32–36 тижнях вагітності і до 2 років для немовлят, народжених до 32 тижня.
- ▶ Порівнюйте точки, позначені на графіках росту дитини, із лініями z-показників, щоб визначити наявність проблем із ростом.

- ▶ Порівнюйте значення параметрів харчування з Нормами зросту дітей, розробленими ВООЗ. Вони доступні у вигляді графіків росту за статтю (додаток 3) або як таблиці онлайн.
- ▶ Надавайте копію записів сім'ї, щоб її можна було використати при зверненні до іншого лікаря.



**Вимірювання довжини тіла дітей від народження до 2 років**



**Вимірювання зросту дітей віком від 2 років і старше**



Над вухами

Найширша частина чола посередині між бровами та лінією росту волосся

### **Вимірювання окружності голови**

Вимірюйте окружність голови стрічкою, що не розтягується. Повторіть вимірювання три рази до отримання перевіреного значення. Використовуйте ті самі графік/таблицю для однієї дитини увесь час.

### **Діти віком < 5 років**

Оцінювання ваги для зросту/довжини тіла може допомогти у виявленні дітей із гострим недоїданням (виснаженням), зайвою вагою та ожирінням. Оцінювання зросту/довжини тіла для віку може допомогти у виявленні випадків затримки росту (таблиця 3).

Сповільнення росту має виявлятися разом із іншими станами, зазначеними в таблиці 3. Воно характеризується повільнішим темпом збільшення ваги або зросту в дитинстві, ніж очікується для відповідних віку і статі. Лінія росту дитини на графіку проходитиме нижче за очікувану лінію через деякий час. Див. додаток 3.

**Таблиця 3. Визначення харчового статусу дітей віком < 5 років**

Порівняння зі Стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо росту дітей <sup>1</sup>	Вага для зросту/ довжини тіла	Зріст/довжина тіла для віку
> + 3 стандартні відхилення (СВ)	Ожиріння	—
> + 2 СВ	Надлишкова маса тіла	—
≥ - 2 СВ та ≤ + 2 СВ	Норма	Норма
< - 2 СВ та ≥ - 3 СВ	Недоїдання (виснаження) середньої тяжкості	Помірна затримка росту
< - 3 СВ	Тяжке гостре недоїдання (виснаження)	Сильна затримка росту

<sup>1</sup> Виражається як кількість СВ від референтного середнього значення (z-показника). Z-показник визначає, наскільки параметри харчового статусу певної особи відрізняються від звичайного популяційного значення. Примітка: у багатьох країнах для моніторингу росту використовують процентилі. При використанні процентилів звичайним вважається медіанне значення (50-й перцентиль), у той час як при використанні z-показників — середнє (власний z-показник або 0).

### Діти віком ≥ 5 років

У дітей віком ≥ 5 років надлишкова маса тіла й ожиріння визначаються за допомогою ІМТ для віку. Див. таблицю 4.

**Таблиця 4. Визначення харчового статусу дітей віком  $\geq 5$  років**

Порівняння зі Стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо росту дітей	Індекс маси тіла для віку в дітей
$> + 2$ стандартні відхилення (СВ)	Ожиріння
$> + 1$ СВ	Надлишкова маса тіла
$\geq - 2$ СВ та $\leq + 1$ СВ	Норма
$< - 2$ СВ та $\geq - 3$ СВ	Дефіцит маси тіла
$< - 3$ СВ	Тяжкий дефіцит маси тіла

**Підлітки**

- ▶ Оцінюйте харчовий статус за наведеним вище алгоритмом.
- ▶ Оцінюйте статеве дозрівання (с. 754).

**Надання допомоги при проблемах із харчуванням**

- ▶ У разі виявлення відхилень росту чи інших індикаторів або за наявності відповідних причин для занепокоєння в опікунів проводьте консультації щодо харчування (с. 96).
- ▶ Інформацію щодо надання допомоги за наявності проблем із ростом і набором ваги див. на с. 570.

### 3.2 Плановий профілактичний огляд: перші 72 години з народження

Спостереження за більшістю дітей протягом цього періоду здійснюватиметься в пологовому будинку. В інших випадках лікар первинної допомоги має оглянути дитину протягом перших 24 годин після народження і, повторно — через 48–72 після народження.

- Звертайте увагу на наявність вроджених вад та жовтяниці.
- Забезпечте підтримку опікунам.

#### Анамнез

- Проблеми під час вагітності, напр., діабет, прийом ліків, зловживання алкоголем і психоактивними речовинами, гострі чи хронічні інфекції, психічний або соціальний стрес, відхилення в результатах тестів, напр., позитивний тест на стрептокок групи В, ВІЛ, гепатит В
- Вид пологів і проблеми під час або після народження
- Вроджені розлади в сім'ї, напр., проблеми зі стегнами
- Фактори ризику дисплазії кульшового суглоба, напр., багатоплідна вагітність, тазове передлежання
- Проблеми з виділенням меконію та сечі
- Оцінка за шкалою Апгар на 5 та 10 хвилинах життя (таблиця 5).

**Таблиця 5. Шкала Апгар**

Параметр	2 бали	1 бал	0 балів
<b>Зовнішній вигляд (колір шкіри)</b>	Усе тіло і кінцівки мають нормальний, рожевий колір	Усе тіло має нормальний, рожевий колір, але кінцівки мають синюшний колір	Генералізовані блідість або ціаноз
<b>Пульс (частота серцевих скорочень)</b>	Нормальний (понад 100 ударів за хвилину (уд/хв))	Менший ніж 100 уд/хв	Відсутній (немає пульсу)

<b>Реакція</b>	Реакція у формі руху, чхання, кашлю, плачу	Гримаса лише у відповідь на стимуляцію	Відсутня (не реагує на стимуляцію)
<b>Активність (м'язовий тонус)</b>	Активні спонтанні рухи	Руки і ноги згинаються, знижена рухливість	Відсутня, кінцівки звисають
<b>Дихання (частота дихання та дихальне зусилля)</b>	Нормальні частота і зусилля, дитина голосно кричить	Повільне чи переривчасте дихання, дитина слабо кричить	Відсутнє (немає дихання)

### Огляд

► Проведіть повний фізикальний огляд (с. 134):

- **Антропометричні вимірювання:** виміряйте та позначте на графіку вагу, довжину тіла та окружність голови.
- **Шкіра:** блідість, ціаноз, жовтяниця (с. 171), рани, родимі плями, висипання (с. 166) або синці.
- **Голова та шия:** випукле тім'ячко (с. 148), крепітації, розщеплення піднебіння (с. 150), родова пухлина (с. 146), птоз (с. 155), відсутність червоного рефлексу (с. 154), колобома (с. 154), ністагм, деформації вуха (с. 152).
- **Дихання:** ретракції, тахіпноє, аномальні дихальні шуми.
- **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362), відсутність або складність пальпації феморального пульсу.
- **Живіт, статеві органи та анус:** грижі, об'ємні утворення, збільшення печінки або селезінки, аномалії статевих органів (с. 157), неопущення яєчка (с. 158), неперфорований або зміщений анус (с. 159).
- **Опорно-руховий апарат:** асиметричні рухи та постава, переломи, травми, зайві пальці, таліпи, хребет інтактний, асиметрія кінцівок і шкірних складок (проводьте тести Барлоу і Ортолані у віці до 1 місяця, див. с. 164).
- **Нервова система:** аномальний м'язовий тонус, наявні рефлекси новонароджених (с. 137).

- **Фенотипні відхилення:** у разі виявлення більше ніж двох (таблиця 6) направте до спеціаліста для проведення неврологічного/психомоторного оцінювання.

**Таблиця 6. Фенотипні відхилення**

Голова	Руки
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Косий розріз очей</li> <li>• Надмірно близько або широко посаджені очі</li> <li>• Розщеплення губи чи піднебіння (с. 150)</li> <li>• Низько посаджені вуха</li> <li>• Надмірно коротка шия</li> <li>• Складки шкіри на боковій частині шиї (крилоподібна шия).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Одна поперечна долонева складка</li> <li>• Клинодактилія (аномально короткий п'ятий палець руки з вигнутою кісткою).</li> </ul>

### Дослідження і скринінги (якщо не були проведені раніше)

- Аналіз крові на вроджені метаболічні та ендокринні розлади + муковісцидоз (вік > 36 годин — 7 днів залежно від національної програми скринінгу):
  - У разі отримання позитивного результату дотримуйтесь рекомендацій лабораторії.
- Скринінг на втрату слуху (слухові реакції стовбура мозку та/або отоакустичну емісію (ОАЕ)): вік > 24 години — макс. 1 місяць:
  - У разі отримання позитивного результату направте до аудіолога не пізніше 3-місячного віку.
- Пульсоксиметричний скринінг для виявлення вроджених вад серця (с. 182):
  - Позитивний результат скринінгу (будь-який із зазначених нижче): сатурація крові киснем ( $SpO_2$ ) < 90% на будь-якій із кінцівок або  $SpO_2$  < 95% на правій руці та нозі за результатами 3 вимірів із інтервалом в 1 год або різниця у > 3% між правими рукою і ногою за результатами 3 вимірів із інтервалом в 1 год.
  - У разі отримання позитивного результату, якщо  $SpO_2 \leq 90\%$ , забезпечте кисневу підтримку, проведіть лікування інших причин гіпоксемії (напр., сепсису), терміново направте до лікарні.

- Оцінювання гіпербілірубінемії (с. 171) на основі показника білірубину в сироватці або за допомогою черезшкірного білірубінометра при жовтяниці, особливо протягом перших 72 годин життя.
  - У разі отримання позитивного результату = перевищення порогового рівня білірубину для направлення (таблиця 7): проведіть лікування при підозрі на інфекцію, терміново (< 6 год) направте до лікарні для проведення фототерапії.
  - Якщо рівень білірубину є нижчим і в межах 50 мкмоль/л (2,9 мг/дл), повторіть вимірювання (< 24 год).

**Таблиця 7. Порогові рівні білірубину для надання допомоги при жовтяниці новонароджених**

Вік	35 — < 38 тижнів за наявності факторів ризику*	35—< 38 тижнів за відсутності факторів ризику ≥ 38 тижнів за наявності факторів ризику*	≥ 38 тижнів за відсутності факторів ризику
24 год	8 мг/дл (140 мкмоль/л)	10 мг/дл (170 мкмоль/л)	12 мг/дл (200 мкмоль/л)
48 год	11 мг/дл (190 мкмоль/л)	13 мг/дл (220 мкмоль/л)	15 мг/дл (260 мкмоль/л)
72 год	13,5 мг/дл (230 мкмоль/л)	15 мг/дл (260 мкмоль/л)	18 мг/дл (310 мкмоль/л)
96 год	14,5 мг/дл (250 мкмоль/л)	17 мг/дл (290 мкмоль/л)	20 мг/дл (340 мкмоль/л)
≥ 120 год	15 мг/дл (260 мкмоль/л)	18 мг/дл (310 мкмоль/л)	21 мг/дл (360 мкмоль/л)

\* фактори ризику: гемолітична хвороба, напр., несумісність групи крові та дефіцит G6PD, сепсис/серйозна бактеріальна інфекція, надмірна втрата ваги, гіпотиреоз, передчасні пологи.

### Консультавання

► Консультауйте щодо:

- Тепла: заохочуйте використання методу «кенгуру» (с. 143) і забезпечення шкірного контакту.
- Профілактики синдрому раптової дитячої смерті (СРДС) (с. 144).

— Годування (с. 99) та застосування вітаміну К (с. 114):

- Рекомендованого використання виключно грудного вигодовування до 6 місяців (с. 99) і збільшення грудного вигодовування на період хвороби
- Використання сумішей, якщо грудне вигодовування не є можливим (с. 108)
- Введення вітаміну К в дозі 1 мг внутрішньом'язово (в/м) після народження для запобігання кровотечам (або 3 x 2 мг перорально при народженні, на 4–6 день і на 4–6 тижнях).

▶ Проведення всіх необхідних щеплень (с. 82):

— Рутинна імунізація може включати щеплення проти гепатиту В і введення БЦЖ. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.

— Призначте прийом для проведення наступних планових щеплень.

▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд.

### 3.3 Плановий профілактичний огляд: 1 тиждень

- Звертайте увагу на наявність вроджених вад та жовтяниці.
- Перевірте динаміку набору ваги та наявність необхідних щеплень.
- Надайте необхідну підтримку опікунам та проведіть консультацію щодо годування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Труднощі з годуванням
- Частий плач
- Вроджені розлади в сім'ї, напр., проблеми зі стегнами, вади зору.

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 134). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або вроджених порушень:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, довжину тіла та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). Новонароджені зазвичай втрачають до 10% ваги протягом перших днів життя і знову набирають її протягом 10–14 днів. Якщо втрата ваги перевищує 10% маси тіла при народженні, див. с. 138.
  - **Шкіра:** блідість, ціаноз, жовтяниця (с. 171), висипання (с. 166), сухість.
  - **Голова та шия:** випукле тім'ячко (с. 148), крепітації, розщеплення піднебіння (с. 150), родова пухлина (с. 146), птоз (с. 155), відсутність червоного рефлексу (с. 154), колобома (с. 154), ністагм, деформації вуха (с. 152).
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362), відсутність або складність пальпації феморального пульсу.
  - **Живіт, геніталії:** аномальний пупок/геніталії, об'ємні утворення, грижі, неопущення яєчка (с. 158).
  - **Опорно-руховий апарат:** хребет інтактний, переломи, асиметрія кінцівок і шкірних складок (проводьте тести Барлоу й Ортолани у віці до 1 місяця, див. с. 164).

- **Нервова система:** наявні рефлексі новонароджених (с. 137), аномальний м'язовий тонус, опістотонус.
- **Фенотипні відхилення:** у разі виявлення більше ніж двох (таблиця 6, с. 28), направте до спеціаліста для проведення неврологічного/психомоторного оцінювання.
- **Інше:** відповідність взаємодії батьків із дитиною.

**Дослідження** (якщо не проводилися одразу після народження; див. «Плановий профілактичний огляд: Перші 72 години з народження», с. 26):

- Аналіз крові на вроджені метаболічні та ендокринні розлади + муковісцидоз (с. 28)
- Скринінг на втрату слуху (с. 138)
- Скринінг на вади серця з використанням пульсоксиметрії (с. 28).

### Консультавання

► Консультауйте щодо:

- Годування (с. 99) та прийому вітамінних добавок (с. 114):
  - Рекомендованого використання виключно грудного вигодовування до 6 місяців і збільшення грудного вигодовування на період хвороби (с. 99)
  - Використання сумішей, якщо грудне вигодовування не є можливим (с. 108)
  - Вітаміну К: призначте другу дозу (2 мг) перорально на 4–6 день, якщо вітамін не вводили в/м одразу після народження
  - Приймання вітаміну D (400 міжнародних одиниць (МО) перорально протягом щонайменше 12 місяців) для профілактики рахіту.
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Захисту від сонця (с. 122)
- Запобігання травмам (с. 124)
- Профілактики СРДС (с. 144).

- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Різної фізичної активності декілька разів на день із інтерактивними іграми на підлозі та перебування протягом щонайменше 30 хв у положенні на животику
  - Необхідності у 14–17 годинах якісного сну
  - Уникання обмежень рухів на > 1 год поспіль, напр., у колясці.
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82)
  - Рутинна імунізація включає щеплення проти гепатиту В, поліомієліту, кашлюка, дифтерії та правця (КДП), гемофільної інфекції типу В, пневмококової інфекції та ротавірусу. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
  - Призначте прийом для проведення наступних планових щеплень.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд.

### 3.4 Плановий профілактичний огляд: 1 місяць

- Перевірте динаміку росту та наявність необхідних щеплень.
- Надайте необхідну підтримку опікунам та проведіть консультацію щодо годування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Труднощі з годуванням (с. 102)
- Частий плач
- Фактори ризику виникнення труднощів у розвитку (с. 55).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 134). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, довжину тіла та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для довжини тіла < -2 стандартних відхилення (СВ) або > +2 СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість (с. 449), ціаноз, жовтяниця (с. 171), висипання (с. 166), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** випукле тім'ячко (с. 148), крєпітації, кефалогематома (с. 147), птоз (с. 155), відсутність червоного рефлексу (с. 154), колобома (с. 154), ністагм.
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми (свист, стридор).
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362), відсутність феморального пульсу.
  - **Живіт, геніталії:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі, неопущення яєчка (с. 158).
  - **Опорно-руховий апарат:** асиметричні рухи, асиметрія кінцівок і шкірних складок (проводьте тести Барлоу і Ортолані у віці до 1 місяця, див. с. 164).

- **Нервова система:** наявні м'язові рефлекси (Моро/хапання/смоктання), аномальний м'язовий тонус, опістотонус.
- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 8). Інформацію про дії у випадку недосягнення ключових показників розвитку або виявлення ризиків виникнення труднощів у розвитку (с. 73) можна знайти на с. 78.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

Таблиця 8. Ключові показники розвитку, 1 місяць

Чого очікувати до віку в 1 місяць
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина тримає голівку протягом <math>\geq 3</math> с при перевертанні в положення на животі.</li> <li>• Дитина спонтанно розтискає руки.</li> <li>• Дитина стежить за об'єктом до <math>\geq 45^\circ</math>.</li> <li>• Дитина уважно дивиться на обличчя найближчих опікунів.</li> </ul>

### Консультування

#### ► Консультуйте щодо:

- Годування/харчування (с. 96) та прийому вітамінних добавок (с. 114):
  - Рекомендованого використання виключно грудного вигодовування до 6 місяців і збільшення грудного вигодовування на період хвороби (с. 99)
  - Використання сумішей, якщо грудне вигодовування не є можливим (с. 108)
  - Вітаміну К: призначте третю дозу (2 мг) перорально на 4–6 тижень, якщо вітамін не вводили в/м одразу після народження
  - Приймання вітаміну D (400 МО перорально протягом щонайменше 12 місяців) для профілактики рахіту.
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Профілактики СРДС (с. 144)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Різної фізичної активності декілька разів на день та перебування протягом щонайменше 30 хв у положенні на животик

- Необхідності у 14–17 годинах якісного сну
- Уникання обмежень рухів на > 1 год поспіль, напр., у колясці.
- Підтримки раннього розвитку дитини (с. 72)
- Захисту від сонця (с. 122)
- Запобігання травмам (с. 124).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82)
  - Рутинна імунізація включає щеплення проти гепатиту В, поліомієліту, КДП, гемofilьної інфекції типу В, пневмококової інфекції та ротавірусу. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
  - Призначте прийом для проведення наступних планових щеплень.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд.

### 3.5 Плановий профілактичний огляд: 3 місяці

- Перевірте динаміку росту та наявність необхідних щеплень.
- Надайте необхідну підтримку опікунам та проведіть консультацію щодо годування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Епізоди блювання, труднощі з годуванням
- Частий плач (с. 175)
- Проблеми із зором чи слухом
- Фактори ризику виникнення проблем із розвитком (с. 73).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, довжину тіла та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для довжини тіла < -2 СВ або > +2 СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість, ціаноз, жовтяниця (с. 171, с. 458), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** випукле тім'ячко (с. 148), ністагм, косоокість (проведіть тест Брюкнера, с. 492), аномальні рухи очей (с. 489).
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт, геніталії:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі, неопущення яєчка (с. 158).
  - **Опорно-руховий апарат і нервова система:** асиметричні рухи, наявність м'язових рефлексів (верхній і нижній хапальний рефлекс, рефлекс новонароджених), аномальний тонус, опістотонус.

- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 9). Інформацію про дії у випадку недосягнення ключових показників розвитку або виявлення ризиків виникнення труднощів у розвитку (с. 73) можна знайти на с. 78.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

**Таблиця 9. Ключові показники розвитку, 3 місяці**

Чого очікувати до віку в 3 місяці
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина тримає голівку протягом <math>\geq 30</math> с.</li> <li>• Дитина опирається на передпліччя в положенні на животику.</li> <li>• Дитина спонтанно рухає руками в напрямку до центра тіла.</li> <li>• Дитина намагається локалізувати джерело звуку, повертаючи голівку.</li> <li>• Дитина посміхається у відповідь опікуну.</li> </ul>

### Консультування

► Консультуйте щодо:

- Годування/харчування (с. 96) та прийому вітамінних добавок (с. 114):
  - Приймання вітаміну D (400 МО перорально протягом щонайменше 12 місяців) для профілактики рахіту.
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Профілактики СРДС (с. 144)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Різної фізичної активності декілька разів на день із інтерактивними іграми на підлозі та перебування протягом щонайменше 30 хв у положенні на животику
  - Необхідності у 14–17 годинах якісного сну
  - Уникання обмежень рухів на > 1 год поспіль, напр., у колясці.
- Підтримки раннього розвитку дитини (с. 72)
- Захисту від сонця (с. 122)
- Запобігання травмам (с. 124).

- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Рутинна імунізація включає щеплення проти гепатиту В, поліомієліту, КДП, гемофільної інфекції типу В, пневмококової інфекції та ротавірусу. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
  - Призначте прийом для проведення наступних планових щеплень.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд.

### 3.6 Плановий профілактичний огляд: 6 місяців

- Перевірте динаміку росту та наявність необхідних щеплень.
- Надайте необхідну підтримку опікунам та проведіть консультацію щодо годування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Труднощі з годуванням (с. 102), порушення дефекації
- Проблеми із зором чи слухом
- Частий плач (с. 175)
- Фактори ризику виникнення труднощів у розвитку (с. 73).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, довжину тіла та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для довжини тіла  $< -2$  СВ або  $> +2$  СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість, висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці, гемангіоми (с. 170), вроджений дермальний меланоцитоз (с. 169).
  - **Голова та шия:** випукле тім'ячко (с. 148), ністагм, косоокість (проведіть тест Брюкнера, с. 492), аномальні рухи очей (с. 489).
  - **Дихання:** тахіпноє, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт, геніталії:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі, неопущення яєчка (с. 158).
  - **Опорно-руховий апарат та нервова система:** асиметричні рухи, аномальний м'язовий тонус, відсутність або зниження м'язових рефлексів.

- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 10). Інформацію про дії у випадку недосягнення ключових показників розвитку або виявлення ризиків виникнення труднощів у розвитку (с. 73) можна знайти на с. 78.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (див. с. 712)

Таблиця 10. Ключові показники розвитку, 6 місяців

Категорія	Чого очікувати до віку в 6 місяців
<b>Експресивна мова</b> Як дитина дає вам знати, що вона чогось хоче? Які звуки вона видає, які жести використовує?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Голосно сміється.</li> <li>• Вимовляє голосні звуки («аа», «уу»).</li> </ul>
<b>Рецептивна мова</b> Як дитина демонструє вам, що розуміє, що ви говорите до неї?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Реагує на мову опікуна, видаючи звуки.</li> </ul>
<b>Велика моторика</b> Які рухи здатна виконувати дитина: тримати й піднімати голівку, сидіти?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тримає голову рівно (в положенні лежачи на животик).</li> <li>• Коли її тримають у вертикальному положенні, випрямляє ноги, штовхає предмет, а не згинає ноги.</li> <li>• Сідає з підтримкою.</li> <li>• Активно змінює положення (перекочується).</li> </ul>
<b>Дрібна моторика</b> Що дитина робить руками: напр., тримає предмети?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тягнеться руками до предметів.</li> </ul>  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Тягне предмети до рота.</li> <li>• Тримає, переміщує з руки в руку іграшки/предмети.</li> </ul>

<p><b>Відносини з іншими</b> Як дитина поводиться зі знайомими людьми? Чи виявляє вона інтерес до них? Що вона робить, щоби почати взаємодію з ними? Чи підтримує вона зоровий контакт?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підтримує тривалий усвідомлений зоровий контакт.</li> <li>• Впізнає людей і демонструє бажання взаємодіяти з опікунами, тягнучись до них, посміхаючись їм, вивчаючи їхні обличчя.</li> </ul>
<p><b>Ігрова діяльність</b> Як дитина грається? Як вона грається з людьми, предметами, іграшками?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Видає звуки, граючись із людьми.</li> <li>• Тягне іграшки/предмети до рота.</li> </ul>
<p><b>Самостійність</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Досягнення ключових показників розвитку за цим параметром у зазначеному віці не очікується.</li> </ul>

### Консультування

► Консультуйте щодо:

- Годування/харчування (с. 96) та прийому вітамінних добавок (с. 114):
  - Рекомендованого введення прикорму (с. 105, 107–108)
  - Використання сумішей, якщо грудне вигодовування не є можливим (с. 108)
  - Приймання вітаміну D (400 МО перорально протягом щонайменше 12 місяців) для профілактики рахіту.
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Профілактики СРДС (с. 144)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121)
  - Різної фізичної активності декілька разів на день із інтерактивними іграми на підлозі та перебування протягом щонайменше 30 хв у положенні на животику для дітей, які ще не ходять
  - Необхідності у 14–17 годинах якісного сну
  - Уникання обмежень рухів на > 1 год поспіль, напр., у колясці.
- Підтримки раннього розвитку дитини (с. 72)
- Захисту від сонця (с. 122)
- Запобігання травмам (с. 124).

- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Рутинна імунізація включає щеплення проти гепатиту В, поліомієліту, КДП, гемофільної інфекції типу В, пневмококової інфекції та ротавірусу. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
  - Призначте прийом для проведення наступних планових щеплень.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд.

### 3.7 Плановий профілактичний огляд: 1 рік

- Перевірте динаміку росту та наявність необхідних щеплень.
- Надайте необхідну підтримку опікунам та проведіть консультацію щодо годування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Невідповідні для віку звички харчування (веганство, використання рослинного молока)
- Порушення дефекації
- Проблеми із зором чи слухом
- Фактори ризику виникнення труднощів у розвитку (с. 73).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, довжину тіла та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту < -2 СВ або > +2 СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** випукле тім'ячко (с. 148), ністагм, косоокість (проведіть тест Брюкнера, с. 493), аномальні рухи очей (с. 489), зіниці різного розміру або неактивні, аномалії зубів.
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт, геніталії:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі, неопущення яєчка (с. 158).

- **Опорно-руховий апарат та нервова система:** асиметричні рухи, аномальний м'язовий тонус, відсутність або зниження м'язових рефлексів.
- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 11). Інформацію про дії у випадку недосягнення ключових показників розвитку або виявлення ризиків виникнення труднощів у розвитку (с. 73) можна знайти на с. 78.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

Таблиця 11. Ключові показники розвитку, 14 місяців

Категорія	Чого очікувати до віку в 14 місяців
<p><b>Експресивна мова</b> Як дитина дає вам знати, що вона чогось хоче? Які звуки вона видає, які жести і слова використовує?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лепече, повторюючи ті самі склади багато разів. Знає одне слово з конкретним значенням.</li> <li>• Використовує руку або кисть, щоби вказувати на людей чи предмети.</li> </ul>
<p><b>Рецептивна мова</b> Як дитина демонструє вам, що розуміє, що ви говорите до неї?</p>	<p>Розуміє:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• слова на позначення дій («ходімо», «бери», «спинись»)</li> <li>• назви предметів («м'яч», «іграшка»)</li> <li>• назви знайомих людей («мама», «тато»).</li> </ul>
<p><b>Велика моторика</b> Які рухи здатна виконувати дитина: тримати й піднімати голівку, сидіти, ходити?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сидить рівно без підтримки (до 10 місяців).</li> <li>• Відштовхується, щоби встати, спираючись на предмети.</li> <li>• Може швидко вставати самостійно.</li> <li>• Ходить, тримаючись за предмети.</li> </ul> 

<p><b>Дрібна моторика</b> Що дитина робить руками: напр., тримає предмети?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бере невеликі предмети, використовуючи великий і вказівний пальці.</li> </ul>
<p><b>Відносини з іншими</b> Як дитина поводиться зі знайомими людьми? Чи виявляє вона інтерес до них? Що вона робить, щоби почати взаємодію з ними? Чи підтримує вона зоровий контакт?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спонтанно намагається ділитися радістю чи інтересом із іншими (обнімає чи цілує опікуна, показує свої іграшки).</li> <li>• Розпізнає незнайомців (відвертається, розглядає).</li> </ul>
<p><b>Категорія</b></p>	<p><b>Чого очікувати до віку в 14 місяців</b></p>
<p><b>Ігрова діяльність</b> Як дитина грається? Як вона грається з людьми, предметами, іграшками?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Із цікавістю оглядає іграшки/ предмети (як крутяться колеса в машинок, як рухається лялька, які звуки видають музичні інструменти, як вмикається світло).</li> <li>• Робить жести на прохання.</li> <li>• Розуміє гру «ку-ку!», імітує жести у процесі гри (плескає в долоні, робить гримаси).</li> </ul>
<p><b>Самостійність</b> Що дитина вміє робити самостійно, напр., чи пробує вона самостійно їсти?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бере їжу пальцями (знає, що це їжа, і їсть її).</li> </ul>

### Консультування

► Консультуйте щодо:

- Харчування (с. 96) та прийому вітамінних добавок (с. 114):
  - За наявності факторів ризику розвитку рахіту (с. 473) розгляньте доцільність продовження прийому вітаміну D у віці понад 12 місяців.
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Різної фізичної активності різної інтенсивності — від помірної до інтенсивної — протягом щонайменше 180 хв на день

- Відмови від перебування дитини у віці 1 року перед екраном. Читання та розповідання дитині історій під час сидіння. Уникання обмежень рухів на > 1 год поспіль, напр., у колясці, слінгу.
  - Необхідності в 11–14 годинах якісного сну.
- Підтримки раннього розвитку дитини (с. 72)
  - Захисту від сонця (с. 122)
  - Запобігання травмам (с. 124).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
- Рутинна імунізація включає щеплення проти кору, паротиту, краснухи (КПК), вітряної віспи, менінгококової інфекції, пневмококової інфекції, КДП. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
  - Призначте прийом для проведення наступних планових щеплень.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд.

### 3.8 Плановий профілактичний огляд: 2 роки

- Перевірте динаміку росту та наявність необхідних щеплень.
- Надajte необхідну підтримку опікунам та проведіть консультацію щодо годування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Невідповідні для віку звички харчування
- Порушення дефекації
- Проблеми із зором чи слухом
- Регулярне хропіння (с. 614)
- Задовільний розвиток мовлення (таблиця 12)
- Фактори ризику виникнення труднощів у розвитку (с. 73).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, зріст та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту < -2 СВ або > +2 СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** ністагм, косоокість (проведіть тест Брюкнера, с. 492), зіниці різного розміру або нереактивні, аномалії зубів.
  - **Дихання:** аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт, геніталії:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі, неопущення яєчка (с. 158).

- **Опорно-руховий апарат та нервова система:** асиметричні рухи, аномальний м'язовий тонус, відсутність або зниження м'язових рефлексів.
- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 12). Інформацію про дії у випадку недосягнення ключових показників розвитку або виявлення ризиків виникнення труднощів у розвитку можна знайти на с. 78.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

Таблиця 12. Ключові показники розвитку, 24 місяці

Категорія	Чого очікувати до віку в 24 місяці
<b>Експресивна мова</b> Як дитина дає вам знати, що вона чогось хоче? Які звуки вона видає, які жести використовує?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Використовує щонайменше 2 усвідомлених слова.</li> <li>• Використовує вказівний палець для вказування.</li> <li>• Опікуни здатні розуміти деяку комунікацію дитини.</li> </ul>
<b>Рецептивна мова</b> Як дитина демонструє вам, що розуміє, що ви говорите до неї?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Махає, щоби привітатися чи попрощатися, або використовує інші поширені жести за командою.</li> <li>• Розуміє щонайменше одну просту команду («принеси іграшку»).</li> </ul>
<b>Велика моторика</b> Які рухи здатна виконувати дитина: тримати й піднімати голівку, сидіти, ходити?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Самостійно ходить.</li> </ul>
<b>Дрібна моторика</b> Що дитина робить руками: напр., тримає предмети?	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здатна тримати олівець або крейду (будь-яким чином) і малювати щось на папері чи на асфальті.</li> </ul> 

<p><b>Відносини з іншими</b> Як дитина поводить себе зі знайомими людьми? Чи виявляє вона інтерес до них? Що вона робить, щоби почати взаємодію з ними? Чи підтримує вона зоровий контакт?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ініціює специфічні взаємодії з іншими.</li> <li>• Імітує поведінку інших людей (махає у відповідь, маює, мие руки, імітує складання речей).</li> </ul>
<p><b>Ігрова діяльність</b> Як дитина грається? Як вона грається з людьми, предметами, іграшками?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вивчає, як працюють іграшки/ предмети (як рухається лялька, як дзвенить дзвоник).</li> <li>• Грається у прості вигадані ігри: годує ляльок, возить машинки, катається на іграшках.</li> </ul>
<p><b>Самостійність</b> Що дитина вміє робити самостійно, напр., чи пробує вона самостійно їсти?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бере їжу пальцями (знає, що це їжа, їсть її).</li> <li>• Може використовувати один предмет столового приладдя.</li> </ul>

### Консультування

► Консультуйте щодо:

- Харчування (с. 96)
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Різної фізичної активності різної інтенсивності — від помірної до інтенсивної — протягом щонайменше 180 хв на день
  - Перебування дитини перед екраном протягом не більше ніж 1 години. Читання та розповідання дитині історій під час сидіння. Уникання обмежень рухів на > 1 год поспіль, напр., у колясці, слінгу
  - Необхідності в 11–14 годинах якісного сну.

— Підтримки раннього розвитку дитини (с. 72)

— Захисту від сонця (с. 122)

— Запобігання травмам (с. 124).

► Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):

— Рутинна імунізація включає щеплення проти КПК, вітряної віспи, менінгококової інфекції, КДП. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.

— Призначте прийом для проведення наступних планових щеплень.

► Заплануйте наступний профілактичний огляд.

### 3.9 Плановий профілактичний огляд: 3 роки



- Перевірте динаміку розвитку та наявність необхідних щеплень.
- Проведіть консультацію щодо харчування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Проблеми з харчуванням (с. 615)
- Порушення дефекації
- Контроль сечовипускання в денний час, контроль дефекації
- Проблеми із зором чи слухом
- Регулярне хропіння
- Труднощі з розвитком мовлення
- Фактори ризику виникнення труднощів у розвитку (с. 73).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, зріст та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту < -2 СВ або > +2 СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** ністагм, косоокість (світловий рефлекс на рогівці), зіниці різного розміру або нереактивні, гострота зору (с. 489–490), аномалії зубів.
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі.

- **Опорно-руховий апарат та нервова система:** асиметричні рухи, аномальний м'язовий тонус, відсутність або зниження м'язових рефлексів.
- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 13). Інформацію про дії у випадку недосягнення ключових показників розвитку або виявлення ризиків виникнення труднощів у розвитку можна знайти на с. 78.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

**Таблиця 13. Ключові показники розвитку, 36 місяців**

Категорія	Чого очікувати до віку в 36 місяців
<p><b>Експресивна мова</b> Як дитина дає вам знати, що вона чогось хоче? Які звуки вона видає, які жести використовує?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Використовує речення, які містять щонайменше 3 слова, для комунікації.</li> <li>• Використовує займенники («я», «мені», «ти»).</li> <li>• Опікун розуміє більшість того, що говорить дитина.</li> </ul>
<p><b>Рецептивна мова</b> Як дитина демонструє вам, що розуміє, що ви говорите до неї?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розуміє щонайменше один прийменник (окрім «в»), напр., «під», «на».</li> </ul>
<p><b>Велика моторика</b> Які рухи здатна виконувати дитина: тримати й піднімати голівку, сидіти?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Піднімається вгору, напр., по драбині, стрибає.</li> </ul>
<p><b>Дрібна моторика</b> Що дитина робить руками: напр., тримає предмети?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здатна маніпулювати навіть найменшими предметами, використовуючи точне захоплення трьома пальцями (великим, вказівним і середнім).</li> </ul>
<p><b>Відносини з іншими</b> Як дитина поводить себе зі знайомими людьми? Чи виявляє вона інтерес до них? Що вона робить, щоби почати взаємодію з ними? Чи підтримує вона зоровий контакт?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ініціює позитивні взаємодії з іншими.</li> </ul>

<p><b>Ігрова діяльність</b> Як дитина грається? Як вона грається з людьми, предметами, іграшками?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Залучає інших до гри.</li> </ul>
<p><b>Самостійність</b> Що дитина вміє робити самостійно, напр., чи пробує вона самостійно їсти?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Використовує один предмет столового приладдя.</li> <li>• Вміє знімати по одному предмету одягу.</li> <li>• Миє руки з допомогою.</li> </ul> 

### Консультування

- ▶ Консультуйте щодо:
  - Харчування (с. 96)
  - Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
  - Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
    - Різної фізичної активності різної інтенсивності протягом щонайменше 180 хв на день, у тому числі від помірної до інтенсивної фізичної активності протягом щонайменше 60 хв на день
    - Обмеження кількості часу, який дитина проводить сидячи, особливо перед екраном до  $\leq 1$  години
    - Необхідності в 10–13 годинах якісного сну.
  - Підтримки раннього розвитку дитини (с. 72)
  - Захисту від сонця (с. 122)
  - Запобігання травмам (с. 124).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Рутинна імунізація включає КДП. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд та візит для проведення щеплень.

### 3.10 Плановий профілактичний огляд: 4 роки

- Перевірте динаміку розвитку та наявність необхідних щеплень.
- Проведіть консультацію щодо харчування, активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Проблеми із зором чи слухом
- Регулярне хропіння
- Контроль сечовипускання в денний час, контроль дефекації
- Труднощі з розвитком мовлення
- Фактори ризику виникнення труднощів у розвитку (с. 73).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, зріст та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту < -2 СВ або > +2 СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** ністагм, косоокість (світловий рефлекс на рогівці), зіниці різного розміру або нереактивні, гострота зору (с. 489–490), аномалії зубів.
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі.
  - **Опорно-руховий апарат та нервова система:** аномальний вигин спини, кульгання, асиметрична постава, відсутні або знижені м'язові рефлекси, ознаки рахіту (с. 473).

- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 14). У разі виявлення труднощів у розвитку див. с. 630.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

Таблиця 14. Ключові показники розвитку, 4 роки

Категорія	Чого очікувати до віку в 4 роки
<b>Мова</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Використовує речення, що складаються зі щонайменше шести відповідних для віку слів.</li> <li>• Розповідає історії з логічною послідовністю.</li> <li>• Питає «чому», «як», «де», «навіщо».</li> </ul>
<b>Велика моторика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина здатна настрибнути на аркуш паперу (шириною 20–50 см).</li> </ul>
<b>Дрібна моторика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тримає ручку належним чином — трьома пальцями.</li> <li>• Уміє малювати замкнуті кола.</li> </ul>
<b>Відносини з іншими</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адекватно сприймає незначні розчарування.</li> </ul>
<b>Ігрова діяльність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грається з іншими дітьми свого віку (рольова гра, виконує правила гри).</li> </ul>
<b>Самостійність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Самостійно вдягається і роздягається.</li> </ul>

### Консультування

- ▶ Консультуйте щодо:
  - Харчування (с. 96)
  - Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
  - Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
    - Різної фізичної активності різної інтенсивності протягом щонайменше 180 хв на день, у тому числі від помірної до інтенсивної фізичної активності протягом щонайменше 60 хв на день
    - Обмеження кількості часу, який дитина проводить сидячи, особливо перед екраном до  $\leq 1$  години

- Необхідності в 10–13 годинах якісного сну.
- Захисту від сонця (с. 122)
- Запобігання травмам (с. 124).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Рутинна імунізація включає КДП. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд та візит для проведення щеплень.

### 3.11 Плановий профілактичний огляд: 5 років

- Перевірте динаміку розвитку та наявність необхідних щеплень.
- Проведіть консультацію щодо харчування, фізичної активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Контроль сечовипускання в денний час (с. 402)
- Проблеми із зором чи слухом
- Фактори ризику виникнення труднощів у розвитку (с. 73).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла, зріст та окружність голови (с. 23) і підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту < -2 СВ або > +2 СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** ністагм, зіниці різного розміру або нереактивні, косоокість (світловий рефлекс на рогівці), гострота зору (с. 489–490), аномалії зубів.
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі.
  - **Опорно-руховий апарат та нервова система:** аномальний вигин спини, кульгання, асиметрична постава, відсутні або знижені рефлекси.

- **Розвиток:** оцініть досягнення ключових показників розвитку (таблиця 15). У разі виявлення труднощів у розвитку див. с. 630.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

**Таблиця 15. Ключові показники розвитку, 5 років**

Категорія	Чого очікувати до віку в 5 років
<b>Мова</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розповідає історії у правильному логічному і хронологічному порядку, використовуючи прості, але правильні речення.</li> <li>• Майже бездоганно вимовляє всі звуки.</li> </ul>
<b>Велика моторика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уміє підніматися і спускатися сходами обличчям у напрямку руху великими кроками без підтримки.</li> <li>• Може стрибати й недовго стояти на одній нозі.</li> <li>• Може ловити великий м'яч.</li> </ul>
<b>Дрібна моторика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тримає ручку як доросла людина, малює прямокутники і трикутники після того як їй показали, як це робити.</li> </ul>
<b>Відносини з іншими</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Адекватно сприймає незначні розчарування.</li> </ul>
<b>Ігрова діяльність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Грається з іншими дітьми й демонструє бажання ділитися (рольова гра, імітування поведінки тварин).</li> </ul>

### Консультування

► Консультуйте щодо:

- Харчування (с. 96)
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Різної фізичної активності різної інтенсивності протягом щонайменше 180 хв на день, у тому числі від помірної до інтенсивної фізичної активності протягом щонайменше 60 хв на день
  - Уникання обмежень рухів на > 1 год поспіль

- Обмеження кількості часу, який дитина проводить сидячи, особливо перед екраном до  $\leq 1$  години
  - Необхідності в 10–13 годинах якісного сну.
- Захисту від сонця (с. 122)
  - Запобігання травмам (с. 124).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
    - Рутинна імунізація включає КДП. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
  - ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд та візит для проведення щеплень.

### 3.12 Плановий профілактичний огляд: 8 років

- Перевірте динаміку розвитку та наявність необхідних щеплень.
- Проведіть консультацію щодо харчування, фізичної активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Контроль сечовипускання вдень і вночі (с. 402)
- Проблеми із зором чи слухом
- Недостатня взаємодія з учителями, друзями чи батьками
- Поведінкові проблеми чи проблеми з навчанням (с. 601).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла і зріст та підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту  $< -2$  СВ або  $> +1$  СВ, див. с. 570–583.
  - **Шкіра:** блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** ністагм, зіниці різного розміру або нереактивні, гострота зору (с. 489–490), аномалії зубів, збільшені лімфатичні вузли.
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі.
  - **Опорно-руховий апарат та нервова система:** аномальний вигин спини, кульгання, асиметрична постава, відсутні або знижені м'язові рефлекси.

- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

### Консультавання

- ▶ Консультуйте щодо:
  - Харчування (с. 96)
  - Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу за допомогою фтору (с. 119)
  - Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
    - Фізичної активності з різними рівнями навантаження — від помірного до сильного протягом щонайменше 60 хвилин на день
    - Обмеження кількості часу, який дитина проводить сидячи, особливо перед екраном до  $\leq 2$  годин, у тому числі часу за комп'ютером та грою у відеоігри
    - 9–12 годин якісного сну.
  - Захисту від сонця (с. 122)
  - Запобігання травмам (с. 124).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд та візит для проведення щеплень.

### 3.13 Плановий профілактичний огляд: 10 років

- Перевірте динаміку розвитку та наявність необхідних щеплень.
- Проведіть консультацію щодо харчування, фізичної активності й безпеки.

#### Анамнез

- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Проблеми зі сном (с. 608)
- Недостатня взаємодія з учителями, друзями чи батьками
- Причини для занепокоєння, пов'язані зі статевим дозріванням
- Поведінкові проблеми чи проблеми з навчанням (с. 601).

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 15). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла і зріст та підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту  $< -2$  СВ або  $> +1$  СВ, див. с. 570–583.
  - **Стадія статевого дозрівання:** відповідні для віку ознаки статевого дозрівання (с. 754).
  - **Шкіра:** акне (с. 788), блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
  - **Голова та шия:** ністагм, зіниці різного розміру або нереактивні, гострота зору (с. 489–490), аномалії зубів, збільшені лімфатичні вузли.
  - **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
  - **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
  - **Живіт:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі.

- **Опорно-руховий апарат та нервова система:** аномальний вигин спини, кульгання, асиметрична постава, відсутні або знижені м'язові рефлекси.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

### Консультавання

- ▶ Консультуйте щодо:
  - Харчування (с. 96)
  - Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу за допомогою фтору (с. 119)
  - Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
    - Фізичної активності з різними рівнями навантаження — від помірного до сильного протягом щонайменше 60 хвилин на день
    - Обмеження кількості часу, який дитина проводить сидячи, особливо перед екраном до  $\leq 2$  годин, у тому числі часу за комп'ютером та грою у відеоігри
    - 9–12 годин якісного сну.
  - Захисту від сонця (с. 122)
  - Запобігання травмам (с. 124)
  - Сексуальності, фізичного і статевого дозрівання (с. 758).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Рутинна імунізація включає КДП та щеплення проти вірусу папіломи людини (ВПЛ). Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд та візит для проведення щеплень.

### 3.14 Плановий профілактичний огляд: 12 років

- Перевірте динаміку розвитку, росту, стадію статевого дозрівання та наявність необхідних щеплень.
- Запропонуйте підтримку опікунам та безпосередньо підлітку.
- Проведіть консультацію щодо харчування, фізичної активності й безпеки.
- Оцініть поведінку і спосіб життя підлітка, пов'язані зі здоров'ям, та обговоріть будь-які поведінкові питання, з якими до вас звертаються.
- Повідомте опікунів, що цей візит передбачає спілкування з підлітком наодинці (с. 748).
- Забезпечте конфіденційність, отримайте згоду та оцініть компетентність (с. 746).

#### Анамнез

- ▶ Проведіть оцінювання за алгоритмом HEEADSSSS (**H** [home] — умови проживання, **E** [education/employment] — освіта/зайнятість, **E** [eating habits] — харчові звички, **A** [activities] — активність, **D** [drugs] — ліки і наркотики, **S** [sexuality] — сексуальність, **S** [suicide and mental health] — схильність до самогубства і психічне здоров'я, **S** [security] — безпека, **S** [social media] — соціальні мережі) (с. 751).
- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Проблеми зі сном (с. 608), успішність у школі
- Недостатня взаємодія з учителями, друзями чи батьками
- Причини для занепокоєння, пов'язані зі статевим дозріванням (с. 754)
- Поведінка, звички та оточення
- Вживання тютюну, алкоголю та психоактивних речовин (с. 725)
- Проблеми з навчанням.

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 753). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:

- **Ріст:** виміряйте масу тіла і зріст та підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту < -2 СВ або > +1 СВ, див. с. 570–583.
- **Стадія статевого дозрівання:** відповідні для віку ознаки статевого дозрівання (с. 754).
- **Шкіра:** акне (с. 788), блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці.
- **Голова та шия:** ністагм, зіниці різного розміру або нереактивні, гострота зору (с. 489–490), аномалії зубів, збільшені лімфатичні вузли або щитоподібна залоза (с. 482).
- **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
- **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
- **Живіт:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі.
- **Опорно-руховий апарат та нервова система:** аномальний вигин спини, кульгання, асиметрична постава, відсутні або знижені м'язові рефлекси.
- **Ознаки зловживань щодо дитини чи нехтування нею:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

### Консультавання

#### ► Консультауйте щодо:

- Харчування (с. 96)
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Фізичної активності з різними рівнями навантаження — від помірного до сильного протягом щонайменше 60 хвилин на день
  - Обмеження кількості часу, який дитина проводить сидячи, особливо перед екраном до  $\leq 2$  годин, у тому числі часу за комп'ютером та грою у відеоігри
  - 9–12 годин якісного сну.
- Захисту від сонця (с. 122)
- Запобігання травмам (с. 124)

- Сексуальності, фізичного і статевого дозрівання та контрацепції (с. 758) залежно від ступеня зрілості підлітка
- Вживання тютюну, алкоголю та психоактивних речовин (с. 725).
- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Рутинна імунізація включає щеплення проти ВПЛ та КДП. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.
- ▶ Заплануйте наступний профілактичний огляд та візит для проведення щеплень.

### 3.15 Плановий профілактичний огляд: 14 років



- Перевірте динаміку розвитку, росту, стадію статевого дозрівання та наявність необхідних щеплень.
- Запропонуйте підтримку опікунам та безпосередньо підлітку.
- Проведіть консультацію щодо харчування, фізичної активності й безпеки.
- Оцініть поведінку і спосіб життя, пов'язані зі здоров'ям, та обговоріть будь-які поведінкові питання, з якими до вас звертаються.
- Повідомте опікунів, що цей візит передбачає спілкування з підлітком наодинці (с. 748).
- Забезпечте конфіденційність, отримайте згоду та оцініть компетентність (с. 746).

#### Анамнез

- ▶ Проведіть оцінювання за алгоритмом HEADSSSS (с. 751).
- Перенесені серйозні захворювання з моменту проходження останнього огляду
- Умови проживання дитини та наявність особливих тягарів у родині
- Проблеми зі сном (с. 608), успішність у школі
- Недостатня взаємодія з учителями, друзями чи батьками
- Проблеми з менструацією (с. 785) або контрацепція (с. 761)
- Поведінка, звички та оточення (див. оцінювання за алгоритмом HEADSSSS, с. 751)
- Вживання тютюну, алкоголю та психоактивних речовин (с. 725)
- Проблеми з навчанням.

#### Огляд

- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 753). Перевірте наявність ознак гострої хвороби або хронічних станів:
  - **Ріст:** виміряйте масу тіла і зріст та підтвердьте z-показник згідно з графіком росту ВООЗ (додаток 3). У разі виявлення порушень у рості, напр., вага для зросту < -2 СВ або > +1 СВ, див. с. 570–583.

- **Стадія статевого дозрівання:** відповідні для віку ознаки статевого дозрівання (с. 754).
- **Шкіра:** блідість (с. 449), висипання (с. 430), ознаки травм, напр., синці (с. 788).
- **Голова та шия:** ністагм, зіниці різного розміру або нереактивні, гострота зору (с. 489), аномалії зубів, збільшені лімфатичні вузли або щитоподібна залоза (с. 482).
- **Дихання:** тахіпное, ретракції, аномальні дихальні шуми.
- **Серцево-судинна система:** тахікардія, аритмія, шуми в серці (с. 362).
- **Живіт:** збільшення печінки або селезінки, об'ємні утворення, грижі.
- **Опорно-руховий апарат та нервова система:** аномальний вигин спини, кульгання, асиметрична постава, відсутні або знижені м'язові рефлекси.
- **Ознаки зловживань щодо підлітка чи нехтування ним:** погана гігієна, незвичні травми та синці, які опікуни не в змозі належним чином пояснити (с. 712).

### Консультування

► Консультуйте щодо:

- Харчування (с. 96)
- Гігієни ротової порожнини і профілактики карієсу (с. 119)
- Фізичної активності, сидячого способу життя і сну (с. 119–121):
  - Фізичної активності з різними рівнями навантаження — від помірного до сильного протягом щонайменше 60 хвилин на день
  - Обмеження кількості часу, який дитина проводить сидячи, особливо перед екраном до  $\leq 2$  годин, у тому числі часу за комп'ютером та грою у відеоігри
  - 9–12 годин якісного сну.
- Захисту від сонця (с. 122)
- Запобігання травмам (с. 124)
- Сексуальності, фізичного і статевого дозрівання та контрацепції (с. 758)
- Вживання тютюну, алкоголю та психоактивних речовин (с. 725).

- ▶ Перевірте статус імунізації та проведіть необхідні щеплення (с. 82):
  - Рутинна імунізація включає щеплення проти ВПЛ та КДП. Орієнтуйтеся на національний календар імунізації.

# Примітки

# Зміцнення здоров'я та профілактика захворювань

4.1	Ранній розвиток дитини	72
4.2	Вакцинація	82
4.3	Скринінгові тести та моніторинг	95
4.4	Консультації щодо харчування	96
4.5	Добавки з вітамінами та мікроелементами	114
4.6	Гігієна ротової порожнини	117
4.7	Сон	119
4.8	Сидячий спосіб життя та час перед екраном	120
4.9	Фізична активність	121
4.10	Захист від сонця	122
4.11	Запобігання випадковим травмам	124
4.12	Підтримка психічного здоров'я і добробуту	129

**Зміцнення здоров'я** — це процес розширення можливостей батьків і дітей для посилення контролю за своїм здоров'ям і заохочення здорової поведінки, наприклад, здорового харчування, сприяння ранньому розвитку дитини, гігієні ротової порожнини та охорони психічного здоров'я.

**Первинна профілактика** — це дії, націлені на уникнення прояву захворювання чи інших несприятливих подій. Приклади: вакцинація, зниження надлишкової маси тіла.

**Вторинна профілактика** — це раннє виявлення захворювань у період, коли існує вища ймовірність позитивного результату для здоров'я. Приклади: метаболічний скринінг та інші доказові скринінгові програми для раннього виявлення захворювань.

**Третинна профілактика** націлена на зменшення негативного впливу відомого стану або захворювання, що має тривалі наслідки, шляхом відновлення функцій, підвищення якості життя та зменшення кількості усклад-

нень, пов'язаних із захворюванням. Приклади: лікування захворювання та забезпечення реабілітації після тяжкої хвороби.

## 4.1 Ранній розвиток дитини

Ранній розвиток дитини починається з моменту зачаття і продовжується протягом перших трьох років життя. Це поняття включає когнітивне, соціальне та емоційне функціонування дитини, спілкування та мову, відносини з іншими, велику і дрібну моторику, ігрову діяльність, самостійність, активності та участь у житті, а також фактори, пов'язані з сім'єю та громадою, які впливають на дитину.

Труднощі в розвитку в ранньому дитинстві варіюються від труднощів у розвитку через поширені стани, яким можна запобігти шляхом профілактики (відсутність чуйного догляду, дефіцит заліза та недоїдання), до розладів розвитку нервової системи, таких як дитячий церебральний параліч (ДЦП) (с. 644) або аутизм (с. 634).

Несприятливий досвід у ранньому дитинстві може впливати на розвиток мозку та довгострокове фізичне і психічне здоров'я в дорослому віці. Розвиток дітей може потребувати додаткової підтримки через наявність факторів ризику, пов'язаних зі здоров'ям, або психосоціальних факторів ризику.

Ця глава організована таким чином, щоб надавачі первинної медичної допомоги могли:

- Проводити моніторинг розвитку і підтримувати розвиток дітей, а також визначати сфери, які можуть потребувати додаткової підтримки
- Визначати та усувати фактори ризику труднощів у розвитку
- Долати труднощі в розвитку, якщо вони проявляються.

Конкретні стани, які можуть поєднуватися з труднощами в розвитку, та способи надання допомоги при них описані в главі 7.

### Оцінювання та моніторинг розвитку

#### Оцінювання факторів ризику труднощів у розвитку (таблиця 16)

- ▶ Перш ніж обговорювати психосоціальні фактори ризику та труднощі в сім'ї, спочатку налагодьте зв'язок із сім'єю. Скажіть: «Бувають ситуації, коли через стрес чи депресію, фінансові проблеми в сім'ї чи хворобу когось із близьких опікунам може бути складно підтримувати розвиток своєї дитини». Та запитайте: «Чи є такі труднощі у вашій сім'ї?».

### Оцінювання чуйного догляду та можливостей для раннього навчання

- ▶ Дізнайтеся, хто доглядає за дитиною, та як опікуни, батьки й інші члени сім'ї підтримують розвиток дитини. Запитайте: «Що ви та ваша сім'я робите вдома, у вашому повсякденному житті, щоб допомогти вашій дитині розвиватися, навчатися та спілкуватися?»

**Таблиця 16. Фактори ризику труднощів у розвитку**

Психосоціальні фактори ризику та фактори ризику, пов'язані з середовищем	Фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фізичні та психічні захворювання в сім'ї (напр., депресія в матері)</li> <li>• Зловживання алкоголем та психоактивними речовинами</li> <li>• Бідність</li> <li>• Вплив токсинів (диму, алкоголю, свинцю, ртуті, забруднення)</li> <li>• Неналежні житлові умови</li> <li>• Нестача чуйного догляду або харчування</li> <li>• Недоліки середовища для раннього навчання</li> <li>• Конфлікти в сім'ї або домашнє насильство</li> <li>• Вплив насильства чи війни</li> <li>• Переміщення</li> <li>• Безпритульність, проживання в установі, розлучення з батьками</li> <li>• Низький рівень освіти опікуна.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низька маса тіла при народженні (&lt; 2 500 г) або недоношеність (&lt; 37 тижнів)</li> <li>• Перинатальні проблеми, у тому числі перинатальна асфіксія</li> <li>• Тяжка жовтяниця</li> <li>• Стани центральної нервової системи, такі як менінгіт, травми або судоми</li> <li>• Недоїдання</li> <li>• Дефіцит заліза і йоду</li> <li>• Порушення слуху й зору</li> <li>• Вроджені, генетичні, метаболічні, ендокринні та інші хронічні стани</li> <li>• Кровна спорідненість батьків.</li> </ul>

### Моніторинг та оцінювання досягнення ключових показників розвитку і різних сфер розвитку



- У таблиці 17 указано вік, до якого більшість дітей (85%) досягають певних ключових показників розвитку.
- Якщо діти не досягають ключових показників розвитку до вказаного віку, для них можуть бути корисними додаткова підтримка та ранні втручання.
- Усі ключові показники попередніх вікових груп також повинні бути присутніми. Регрес або втрата ключового показника повинні викликати занепокоєння.

**Таблиця 17. Ключові показники розвитку**

Категорія	Чого очікувати до 6 місяців	Чого очікувати до 14 місяців
<b>Експресивна мова</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Голосно сміється.</li> <li>Вимовляє голосні звуки («аа», «уу»).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Лепече, повторюючи ті самі склади багато разів.</li> <li>Знає одне слово з конкретним значенням.</li> <li>Використовує руку або кисть, щоби вказувати на людей чи предмети.</li> </ul>
<b>Рецептивна мова</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Реагує на мову опікуна, видаючи звуки.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Розуміє: слова на позначення дій («ходімо», «бери», «спинись»), назви предметів («м'яч», «іграшка») та назви знайомих людей («мама», «тато»).</li> </ul>
<b>Велика моторика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тримає голову рівно (у положенні лежачи на животі).</li> <li>Коли дитину тримають у вертикальному положенні, вона випрямляє ноги, штовхає предмет.</li> <li>Сідає з підтримкою.</li> <li>Активно змінює положення (перекочується).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сидить рівно без підтримки (до 10 місяців).</li> <li>Відштовхується, щоби встати, спираючись на предмети.</li> <li>Може швидко вставати самостійно.</li> <li>Ходить, тримаючись за предмети.</li> </ul> 
<b>Дрібна моторика</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тягнеться руками до предметів (іграшок).</li> <li>Тримає, переміщує з руки в руку предмети.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бере невеликі предмети, використовуючи великий і вказівний пальці.</li> </ul>

Категорія	Чого очікувати до 6 місяців	Чого очікувати до 14 місяців
<b>Відносини з іншими</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Підтримує тривалий усвідомлений зоровий контакт.</li> <li>Впізнає людей і демонструє бажання взаємодіяти з опікунами, тягнучись до них, посміхаючись їм, вивчаючи їхні обличчя.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Спонтанно намагається ділитися радістю чи інтересом із іншими (обнімає чи цілує опікуна, показує свої іграшки).</li> <li>Розпізнає незнайомих (відвертається, розглядає).</li> </ul>
<b>Ігрова діяльність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Видає звуки, граючись із людьми.</li> <li>Тягне іграшки/ предмети до рота.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Із цікавістю оглядає іграшки/ предмети (як крутяться колеса в машинок, як рухається лялька, які звуки видають музичні інструменти, як вмикається світло).</li> <li>Робить жести на прохання.</li> <li>Розуміє гру «ку-ку!», імітує жести у процесі гри (плескає в долоні, робить гримаси).</li> </ul>
<b>Самостійність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Досягнення ключових показників розвитку за цим параметром не очікується.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Бере їжу пальцями (знає, що це їжа, і їсть її).</li> </ul>

Чого очікувати до 24 місяців	Чого очікувати до 36 місяців
<ul style="list-style-type: none"> <li>Використовує щонайменше 2 усвідомлених слова.</li> <li>Використовує вказівний палець для вказування.</li> <li>Опікуни здатні розуміти деяку комунікацію дитини.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Використовує речення, які містять щонайменше 3 слова, для комунікації.</li> <li>Використовує займенники («я», «мені», «ти»).</li> <li>Опікун розуміє більшість того, що говорить дитина.</li> </ul>

Чого очікувати до 24 місяців	Чого очікувати до 36 місяців
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Махає, щоби привітатися чи попрощатися, або використовує інші поширені жести за командою.</li> <li>• Розуміє щонайменше одну загальну команду («принеси іграшку»).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Розуміє щонайменше один прийменник (окрім «в»), напр., «під», «на».</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Самостійно ходить (до 18 місяців).</li> <li>• Б'є ногою по м'ячу або іншому предмету.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Піднімається вгору, напр., по драбині, стрибає.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здатна тримати олівець або крейду (будь-яким чином) і малювати щось на папері чи на асфальті.</li> </ul> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здатна маніпулювати навіть найменшими предметами, використовуючи точне захоплення трьома пальцями (великим, вказівним і середнім).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ініціює специфічні взаємодії з іншими.</li> <li>• Імітує поведінку інших людей (махає у відповідь, малює, мие руки, імітує складання речей).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ініціює позитивні та різноманітні взаємодії з іншими.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вивчає, як працюють іграшки/ предмети (як рухається лялька, як дзвенить дзвоник).</li> <li>• Грається у прості вигадані ігри: годує ляльок, возить машинки, катається на іграшках.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Залучає інших до гри.</li> <li>• Грає у складні вигадані ігри.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бере їжу пальцями (знає, що це їжа, їсть її).</li> <li>• Може використовувати один предмет столового приладдя.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Використовує один предмет столового приладдя.</li> <li>• Вміє знімати по одному предмету одягу.</li> <li>• Мие руки з допомогою.</li> </ul>

- ▶ Проводьте моніторинг досягнення ключових показників розвитку та різних сфер розвитку під час планових профілактичних оглядів щонайменше у 6 місяців, 1 рік, 2 роки та 3 роки (таблиця 17).
- ▶ Для недоношених немовлят (гестаційний вік < 37 тижнів) при оцінюванні розвитку до 2 років використовуйте скоригований вік. Використовуйте таку формулу: скоригований вік = розрахований вік (поточна дата – дата народження) – коригування на недоношеність (40 тижнів – гестаційний вік у тижнях).
- ▶ Спостерігайте за дитиною. Не «тестуйте» дитину на досягнення ключових показників розвитку. Діти можуть бути сором'язливими, боязкими або наляканими й не «виконувати завдання» на вимогу.
- ▶ Запитуйте в батьків або опікунів, чи мають вони занепокоєння щодо розвитку їхньої дитини (використовуйте відкриті запитання):

**Експресивна мова:** як дитина дає вам знати, що вона чогось хоче? Які звуки вона видає, які жести використовує?

**Рецептивна мова:** як дитина демонструє вам, що розуміє, що ви говорите до неї?

**Велика моторика:** які рухи здатна виконувати дитина: тримати і піднімати голівку, сидіти, ходити?

**Дрібна моторика:** що дитина робить руками: напр., тримає предмети?

**Відносини з іншими:** як дитина поводить себе зі знайомими людьми? Чи виявляє вона інтерес до них? Що вона робить, щоби почати взаємодію з ними? Чи підтримує вона зоровий контакт?

**Ігрова діяльність:** як дитина грається? Як вона грається з людьми, предметами, іграшками?

**Самостійність:** що дитина вміє робити самостійно, напр., чи пробує вона самостійно їсти? Примітка: вік, у якому діти набувають навичок самостійності, може відрізнятись в різних культурах залежно від можливостей, які їм надаються.

## Надання допомоги

- Поважайте культуру, пріоритети і переконання дитини та сім'ї.
- Демонструйте підтримку, слухаючи їх.
- Опікуни з готовністю будуть співпрацювати з вами, якщо ви будете визнавати, відзначати та підтримувати їхні зусилля і сильні сторони.

### Якщо всі ключові показники досягнуті та фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям, або психосоціальні фактори ризику відсутні

- ▶ Надайте зворотний зв'язок щодо розвитку, підтримайте опікунів, відзначивши їхні зусилля.
- ▶ Проведіть консультацію щодо подальшої підтримки розвитку дитини (с. 80) та надайте відповідні поради щодо харчування, напр., введення прикорму у віці 6 місяців (с. 108).

### Якщо існують фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям, або психосоціальні фактори ризику

- ▶ Забезпечте реагування на фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям, або психосоціальні фактори ризику:
  - Надайте додаткову підтримку та направте дитину для отримання спеціалізованих послуг, якщо це необхідно. Направте до наявних у громаді ресурсів, таких як служби соціальної підтримки.
  - Забезпечте реагування на фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям, такі як втрата слуху та дефіцит заліза (с. 456).
  - Допоможіть дітям та сім'ям визначити та використовувати їхні особисті сильні сторони і ресурси для боротьби зі стресорами.

### Якщо ключовий(і) показник(и) не досягнутий(і)

- ▶ Будьте пильними та виявляйте дітей, які потребують раннього втручання та підтримки, але не викликайте зайвого занепокоєння в батьків.
- ▶ Підтримуйте та консультируйте опікунів, щоб надати додаткову підтримку та забезпечити заходи, які допоможуть розвитку їхньої дитини (с. 80).
- ▶ Забезпечте реагування на фактори ризику, пов'язані зі здоров'ям, або психосоціальні фактори ризику (див. вище).
- ▶ Призначте контрольний візит через місяць:

- Якщо на момент контрольного візиту ключові показники досягнуті, продовжуйте заохочувати чуйний догляд та перевірте розвиток дитини ще раз під час наступного планового профілактичного огляду.
- Якщо на момент контрольного візиту ключові показники не досягнуті, або якщо фактори ризику не можна усунути, направте дитину на оцінювання розвитку та отримання послуг із підтримки розвитку. Очікуючи на оцінювання спеціаліста, продовжуйте надавати підтримку та зворотний зв'язок щодо розвитку: складіть разом з опікунами план, щоб забезпечити дитині додаткову підтримку. Проаналізуйте досягнутий прогрес не пізніше ніж через два місяці та продовжуйте спостерігати за дитиною через регулярні проміжки часу (планові профілактичні огляди).

► Інформацію про надання допомоги пацієнтам із труднощами в розвитку див. на с. 78.

#### **У разі втрати попередньо досягнутих ключових показників**

- Видайте направлення на проведення комплексного оцінювання розвитку та надання послуг із підтримки розвитку. Очікуючи на оцінювання спеціаліста, продовжуйте надавати таку підтримку:
  - Надавайте зворотний зв'язок щодо розвитку та складіть разом з опікунами план, щоб забезпечити дитині додаткову підтримку.
  - Проаналізуйте досягнутий прогрес не пізніше ніж через два місяці та продовжуйте спостерігати за дитиною через регулярні проміжки часу (інформацію про планові профілактичні огляди див. у главі 3).

## Сприяння розвитку в ранньому дитинстві для всіх дітей

- ▶ Надавайте опікунам інформацію про розвиток їхньої дитини:
  - Розвиток включає навчання, спілкування, розуміння, відносини з людьми, рух, використання рук і пальців, слух і зір.
  - Вік, у якому діти освоюють такі навички, як ходіння, дуже різняться. Батьки ніколи не повинні тиснути на свою дитину: кожна дитина розвивається у своєму власному темпі й опановує нові навички, коли вона готова.
  - Розвиток дітей потребує підтримки, особливо за наявності факторів ризику, щоб дитина могла розвинути надійний зв'язок та емоційні, поведінкові й когнітивні здібності.
  - Стежити за розвитком дитини та підтримувати його так само важливо, як і моніторувати її фізичне здоров'я і ріст.
- ▶ Надавайте загальні поради щодо догляду. Консультуйте щодо:
  - Підтримки розвитку дитини в ранньому дитинстві та раннього навчання (робоча пам'ятка 1).
  - Годування та харчування відповідно до віку, у тому числі грудного вигодовування (с. 96).
  - Важливості дотримання розпорядку дня, наприклад, встановлення часу сну, прийомів їжі.
- ▶ Розглядайте доцільність направлення на психосоціальні втручання для підтримки психічного здоров'я матері (напр., при депресії і тривожності): у групи для батьків, на психоосвіту та когнітивно-поведінкову терапію.
- ▶ Розглядайте доцільність направлення на курси батьківства для отримання підтримки в догляді за дитиною, якщо це необхідно.
- ▶ Плануйте контрольні візити (наступні профілактичні огляди).

**Робоча пам'ятка 1. Ранній розвиток дитини****Підтримка раннього розвитку дитини**

Розвиток головного мозку та навчання залежать від чуйного догляду та досвіду в ранньому дитячому віці. Негативний досвід може впливати на розвиток головного мозку дитини та призводити до довгострокових проблем із фізичним та психічним здоров'ям у її подальшому житті.

**Позитивний вплив та підтримка розвитку дитини**

- Будуйте з дитиною довірчі, стабільні та здорові стосунки.
- Беріть участь у таких щоденних активностях, як посмішки, розмови, обійми та спів для дитини.
- Захищайте дитину від насильства та травм.
- Розпізнавайте захворювання та звертайтеся по допомогу.

**Забезпечення підтримувального та емоційно чуйного догляду**

- Будьте чутливими та чуйними до потреб дитини в харчуванні, безпеці, взаємодії, заспокоєнні, грі та спілкуванні.
- Спостерігайте за ознаками, сигналами, поведінкою, рухами, звуками, жестами та словесними проханнями дитини, розпізнавайте їх та реагуйте на них.
- Реагуйте на сигнали дитини з любов'ю та передбачувано. Забезпечуйте швидкі, послідовні та відповідні реакції.

**Підтримка раннього навчання**

- Забезпечуйте раннє навчання дитини, особливо протягом перших 3 років життя: розповідайте або читайте дитині історії, урізноманітнюйте процес навчання, використовуючи гру.
- Забезпечуйте якісне середовище для раннього навчання вдома, а потім у дошкільному і шкільному закладах.

**Застосування технік позитивного батьківства**

- Використовуйте такі належні практики, як чутлива дисципліна та встановлення обмежень.
- Хваліть дитину та не використовуйте суворої дисципліни і примусу.

## 4.2 Вакцинація

Вакцини зменшують страждання та рятують життя. 30% зниження дитячої смертності у світі з 1990 р. більше ніж на половину пов'язане з імунізацією.

- Переконайтеся, що дитина отримує вакцини в рекомендованому віці згідно з національним календарем вакцинації.

**НЕ** втрачайте можливості перевірити, чи отримала дитина вчасно всі необхідні щеплення, під час кожного планового профілактичного огляду. У таблиці 18 наведено короткий огляд рекомендацій ВООЗ щодо вакцинації дітей та підлітків. Ця таблиця є орієнтиром (станом на вересень 2020 р.) та не призначена для безпосереднього використання медичними працівниками. Орієнтуйтеся натомість на національний календар вакцинації у вашій країні.

- ▶ Попросіть опікуна завжди мати з собою карту вакцинації дитини або іншу медичну карту. Якщо опікун забув принести таку карту, можливо, він зможе повідомити вам, коли була проведена остання вакцинація.
- ▶ Записуйте кожну вакцинацію в карті вакцинації дитини або іншій медичній карті.
- ▶ Інформуйте опікуна, коли приводити дитину на наступну вакцинацію.
- ▶ Живі вакцини (наприклад, КПК, вакцину проти вітряної віспи) можна вводити одночасно або з інтервалом у 28 днів. Інактивовані вакцини можна вводити незалежно від інших щеплень.
- ▶ Кожна доза враховується. Немає потреби починати перерваний первинний курс вакцинації з самого початку. Відновлюйте курс без повторення попередніх доз.
- ▶ У разі здійснення імунізації із затримкою можуть застосовуватися особливі міркування. Для більшості вакцин кількість доз і часовий інтервал між дозами залишаються незмінними. Інформацію про те, у яких випадках застосовуються винятки, див. у таблиці 19 на с. 87.
- ▶ Додаткові міркування щодо рутинної імунізації див. у таблиці 19 на с. 87.

**Таблиця 18. Рутинна імунізація дітей та підлітків, рекомендована Всесвітньою організацією охорони здоров'я**

Антиген	Кількість доз у первинному курсі	Вік введення першої дози	Мінімальний інтервал між дозами	Бустерні дози
<b>Рекомендації для дітей і підлітків</b>				
<b>Бацила Кальмета-Герена (БЦЖ)</b>	1 доза (внутрішньошкірно)	Якнайшвидше після народження (< 48 год)		
<b>Гепатит В</b>	3–4 дози: доза вакцини при народженні + 2–3 дози з вакциною проти кашлюка, дифтерії і правця (КДП)	Якнайшвидше після народження (< 48 год)	4 тижні між 1 і 2 дозами 5 місяців між 2 і 3 дозами	3 дози (для дітей із груп високого ризику, які раніше не були вакциновані)
<b>Поліомієліт</b>	4 дози бівалентної оральної поліомієлітної вакцини (БОПВ) + інактивована поліомієлітна вакцина (ІПВ)	6 тижнів	4 тижні	
	1–2 дози ІПВ та 2 дози БОПВ (попередньо)	8 тижнів	4 тижні	
	3 дози ІПВ	8 тижнів	4 тижні	У разі початку курсу у віці < 2 місяців щонайменше 6 місяців після останньої дози

Антиген	Кількість доз у первинному курсі	Вік введення першої дози	Мінімальний інтервал між дозами	Бустерні дози
<b>Вакцина з компонентами КДП</b>	3 дози	6 тижнів (мінімум)	4 тижні	3 бустерні дози: 12–23 місяці (вакцина з компонентами КДП); 4–7 років (вакцина АДС-М/АДС); 9–15 років (вакцина АДС-М), з інтервалом між бустерними дозами у щонайменше 4 роки
<b>Гемофільна інфекція типу b</b>	3 дози з вакциною з компонентами КДП	6 тижнів (мінімум) 59 місяців (максимум)	4 тижні	Бустерна доза не є обов'язковою
	2 дози		8 тижнів	Щонайменше 6 місяців після останньої дози
<b>Пневмококовий (кон'югований)</b>	3 дози з вакциною з компонентами КДП	6 тижнів (мінімум)	4 тижні	
	2 дози з вакциною з компонентами КДП		8 тижнів	9–18 місяців; додаткова бустерна доза для дітей із позитивним результатом тестування на вірус імунодефіциту людини або недоношених новонароджених

<b>Ротавірус</b>	2 дози Rotarix або 3 дози RotaTeq чи Rotavac із вакциною з компонентами КДП	6 тижнів (мінімум)	4 тижні	
<b>Кір</b>	2 дози	9 або 12 місяців	4 тижні	
<b>Краснуха</b>	1 доза з вакциною проти кору	9 або 12 місяців (мінімум 6 місяців)		
<b>Вірус папіломи людини</b> (тільки дівчата)	2 дози	Якомога швидше з 9 років	6 місяців	
<b>Рекомендації для дітей, що належать до деяких груп високого ризику</b>				
<b>Менінгококовий (серогрупи А) менінгіт</b>	1 доза	9–18 місяців		
<b>Менінгококовий (серогрупи С) менінгіт</b>	2 дози	2–11 місяців	8 тижнів	1 рік після першої дози
	1 доза	≥ 12 місяців		
<b>Менінгококова чотиривалентна вакцина</b>	2 дози	9–23 місяці	12 тижнів	
	1 доза	> 2 роки		
<b>Гепатит А</b>	Щонайменше 1 доза	> 1 рік	Від 6 до 18 місяців	

Антиген	Кількість доз у первинному курсі	Вік введення першої дози	Мінімальний інтервал між дозами	Бустерні дози
<b>Рекомендації для дітей, які проживають у певних регіонах</b>				
<b>Кліщовий енцефаліт</b>	3 дози FSME-Immun та Encerpur	> 1 рік	Між 1 і 2 дозами: 1–3 місяці; між 2 і 3 дозами: 12 місяців	Щонайменше 1 бустерна доза
	3 дози TBE_Moscow і EnceVir	> 3 роки	Між 1 і 2 дозами: 1–7 місяців; між 2 і 3 дозами: 12 місяців	Кожні 3 роки
<b>Рекомендації щодо програм імунізації з певними характеристиками</b>				
<b>Епідемічний паротит</b>	2 дози з вакциною проти кору	12–18 місяців	4 тижні	
<b>Вітряна віспа</b>	1–2 дози	12–18 місяців	1–3 місяці залежно від вакцини	2 дози
<b>Сезонний грип</b> (три- або квадριвалентна вакцина)	Перше використання: 2 дози (< 9 років); 1 доза (≥ 9 років)	6 місяців (мінімум)	4 тижні	Щорічна ревакцинація: тільки 1 доза

**Таблиця 19. Міркування щодо рутинної і простроченої імунізації**

Антиген	Міркування
<b>Бацила Кальмета-Герена (БЦЖ)</b>	Рекомендовано в країнах із високою інцидентністю туберкульозу.
<b>Гепатит В</b>	<p>Немовлята з низькою вагою при народженні та недоношені немовлята повинні отримувати при народженні дозу вакцини, яка не враховується як частина первинного курсу.</p> <p>Рекомендовано для груп високого ризику: часте лікування препаратами крові, діаліз, діабет, хронічні захворювання печінки, вірус імунодефіциту людини (ВІЛ), реципієнти трансплантації цільних органів.</p>
<b>Вакцина проти кашлюка, дифтерії і правця (КДП)</b>	У разі прострочення імунізації: діти віком > 12 місяців повинні отримати 3 дози з інтервалом щонайменше 4 тижні між 1 і 2 дозою та щонайменше 6 місяців між 2 і 3 дозою.
<b>Гемофільна інфекція типу b</b>	<p>Разова доза, якщо вік дитини &gt; 12 місяців.</p> <p>У разі прострочення імунізації: тільки 1 доза дітям віком &gt; 12 місяців; не рекомендовано здоровим дітям віком &gt; 5 років.</p>
<b>Пневмококовий (кон'югований)</b>	<p>Для ВІЛ-позитивних немовлят та недоношених новонароджених, які отримали первинний курс у віці &lt; 12 місяців, може бути корисним отримати бустерну дозу на другому році життя.</p> <p>У разі прострочення імунізації: тільки 2 дози для дітей віком 1–5 років, що належать до групи високого ризику</p>
<b>Ротавірус</b>	<p>Відкладайте вакцинацію у разі поточного захворювання на гострий гастроентерит або підвищеної температури тіла із захворюванням середньої тяжкості або тяжким захворюванням.</p> <p>У разі прострочення імунізації: обмежена користь для дітей віком &gt; 24 місяці.</p>
<b>Кір</b>	<p>Розглядайте доцільність введення додаткової дози немовлятам віком від 6 місяців та немовлятам:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• щодо яких відомо, що вони ВІЛ-інфіковані або ВІЛ-експоновані</li> <li>• які народжені матерями, які є внутрішньо переміщеними особами або біженцями</li> <li>• які мають високий ризик інфікування кором (напр., які є контактними особами хворих на кір або перебувають в умовах підвищеного ризику впливу під час спалахів, наприклад, у дитячих садках).</li> </ul>

Антиген	Міркування
<b>Краснуха</b>	Слід вакцинувати дівчат-підлітків. Уникайте вакцинації під час вагітності.
<b>Вірус папіломи людини</b>	Цільова група: Дівчата віком 9–14 років, бажано до початку статевого життя. 3 дози при ослабленому імунітеті.
<b>Сезонний грип</b>	Пріоритет слід надавати групам ризику: дітям віком від 6 місяців до 5 років. Нижча доза для дітей віком 6–35 місяців.
<b>Гепатит А</b>	Інактивована (1–2 дози внутрішньом'язово) або жива атенуйована вакцина (1 доза підшкірно). 2 дози бажано вводити групам високого ризику: пожиттєве лікування препаратами крові, хронічні захворювання печінки, ослаблений імунітет. Рекомендовано для дітей із високим ризиком (див. вище) та дітей, які подорожують до регіонів або проживають у регіонах із широким розповсюдженням гепатиту А.
<b>Кліщовий енцефаліт</b>	Рекомендовано в географічних регіонах із високою інцидентністю кліщового енцефаліту.
<b>Менінгококи серогрупи А</b>	У разі прострочення імунізації: 2 дози дітям віком < 9 місяців із інтервалом 8 тижнів; 1 доза 5 мкг дітям віком до 24 місяців.
<b>Менінгококи серогрупи С</b>	У разі прострочення імунізації: тільки 1 доза дітям віком > 12 місяців.
<b>Менінгококова чотиривалентна вакцина</b>	У разі прострочення імунізації: тільки 1 доза дітям віком > 12 місяців.

### Консультування щодо захворювань, яким можна запобігти шляхом вакцинації

Завдяки ефективним програмам вакцинації більшість людей в індустріалізованих країнах ніколи не хворіли на хвороби, яким можна запобігти шляхом вакцинації, і багато людей вважають, що такі хвороби більше не становлять загрози. Ви маєте сильний вплив на рішення людей щодо вакцинації.

- ▶ Підвищуйте свій рівень поінформованості про поширені занепокоєння, пов'язані з вакцинацією, щоб надавати науково обґрунтовані поради.
- ▶ Спростовуйте міфи про вакцинацію (с. 94)
- ▶ Вислуховуйте пацієнтів та обговорюйте переваги і ризики, пов'язані з вакцинацією, а також ризики захворювання та ускладнень, які можуть виникнути внаслідок відмови від вакцинації. У таблиці 20 ви знайдете інформацію, яка допоможе вам консультувати батьків, опікунів, дітей і підлітків.
- ▶ Якщо опікуни або діти висувають аргументи проти вакцинації, найкращий підхід — вислухати їхні занепокоєння, вивчити їхні аргументи, а потім надати інформацію, яка відповідає їхнім обставинам та рівню освіти. Надавайте відповідні письмові роздаткові матеріали без реклами фармацевтичних препаратів.
- ▶ Уникайте применшення занепокоєнь, поважайте розбіжності в поглядах та враховуйте особисті, культурні і релігійні фактори, які можуть впливати на рішення людини щодо вакцинації.
- ▶ Консультуйте щодо можливих побічних ефектів (с. 92).

**Таблиця 20. Наслідки та ускладнення захворювань, яким можна запобігти шляхом вакцинації, у невакцинованих дітей**

Захворювання	Наслідки та ускладнення
<b>Дифтерія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раніше була однією з найстрашніших хвороб, що викликала епідемії з високим рівнем летальності</li> <li>• Інфекція горла призводить до слабкості, пошкодження нервів, серцевої недостатності та смерті (10%).</li> </ul>
<b>Правець</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спазми і судоми м'язів</li> <li>• Високий рівень летальності навіть при інтенсивній терапії</li> <li>• ~ 100% смертність за відсутності медичного втручання.</li> </ul>
<b>Кашлюк (с. 232)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильний спастичний кашель, пневмонія, судоми, може призводити до ураження головного мозку</li> <li>• У дуже маленьких немовлят: апное і ціаноз</li> <li>• Рівень летальності: 2,8–4%.</li> </ul>
<b>Поліомієліт</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• До впровадження вакцинації був основною причиною постійної інвалідності</li> <li>• ~ У 1 з 20 випадків розвивається паралітичний поліомієліт.</li> </ul>

Захворювання	Наслідки та ускладнення
<b>Гемофільна інфекція типу b</b>	Проникнення інфекції у кровотік викликає вторинне поширення, що призводить до пневмонії, артрити, остеомієліту, целюліту, епіглотиту і менінгіту. Менінгіт призводить до ураження головного мозку, глухоти (10–15%) і смерті (5%).
<b>Кір (с. 277)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Отит середнього вуха, круп, діарея, пневмонія</li> <li>• Постінфекційний коровий енцефаліт (в ~1–4 із 1 000–2 000 випадків)</li> <li>• Підгострий склерозуючий паненцефаліт (в ~1 із 10 000–100 000 випадків)</li> <li>• Рівень летальності: 0,01–6%, може досягати 30%.</li> </ul>
<b>Епідемічний паротит (с. 267)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Глухота (у 5 з 10 000 випадків)</li> <li>• Епідемічно-паротитний енцефаліт (0,02–0,3% випадків)</li> <li>• Орхіт (20–30% чоловіків) може призводити до безпліддя.</li> </ul>
<b>Краснуха (с. 281)</b>	Інфекція на ранніх строках вагітності може спричиняти: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Викидень або загибель плоду</li> <li>• Синдром вродженої краснухи: вади серця, очей і вух.</li> </ul>
<b>Вітряна віспа (с. 286)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Мозочкова атаксія (в 1 з 4 000 випадків)</li> <li>• Енцефаліт (в 1 з 33 000–50 000 випадків)</li> <li>• Смерть від ускладнень (в 1 з 40 000 випадків).</li> </ul>
<b>Пневмококова інфекція</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фебрильна бактеріємія (рівень летальності: 15–20%)</li> <li>• Менінгіт (у 15–20% випадків призводить до незворотного ураження головного мозку або глухоти).</li> </ul>
<b>Менінгококова інфекція</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжке небезпечне для життя захворювання</li> <li>• Інвазивна інфекція призводить до септицемії, що швидко посилюється, із недостатністю кровообігу та менінгітом</li> <li>• Ураження головного мозку, глухота, ампутації, втрата шкіри (10%) і смерть (10%).</li> </ul>
<b>Гепатит В (с. 462)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Інфекція печінки може ставати хронічною та призводити до цирозу, раку печінки і смерті.</li> </ul>
<b>Ротавірус</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Основна причина тяжкої діареї, що призводить до зневоднення, у дітей віком &lt; 5 років</li> <li>• На нього припадає близько 5% усіх дитячих смертей у світі.</li> </ul>

Захворювання	Наслідки та ускладнення
<b>Сезонний грип</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Серед дітей віком &lt; 5 років та особливо віком &lt; 2 роки існує високий тягар грипу.</li> </ul>
<b>Гепатит А</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Розрахунковий рівень летальності: 0,1%–2,1%.</li> </ul>
<b>Кліщовий енцефаліт</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Важлива причина вірусних інфекцій центральної нервової системи</li> <li>У 40% випадків енцефаліту розвиваються постійні наслідки для центральної нервової системи і постенцефалітний синдром.</li> </ul>
<b>Вірус папіломи людини</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Генітальні бородавки, рак анального каналу і ротоглотки</li> <li>Рак шийки матки та вульви (у жінок) та рак статевого члена (у чоловіків).</li> </ul>
<b>Туберкульоз (ТБ) (с. 705)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>У дітей переважно ТБ легень</li> <li>Позалегеновий ТБ: 30–40% випадків</li> <li>Немовлята та діти молодшого віку мають високий ризик розвитку туберкульозного менінгіту, міліарного дисемінованого ТБ, пов'язаного з високим рівнем дитячої смертності.</li> </ul>
<b>Корона-вірусна хвороба-2019 (COVID-19) (с. 213)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дотримуйтеся чинних національних настанов щодо вакцинації проти COVID-19.</li> </ul>

## Введення вакцин

Інформацію про проведення в/м та підшкірних (п/ш) ін'єкцій див. на с. 881.  
Завжди отримуйте згоду перед вакцинацією.

## Зменшення болю при ін'єкціях

- Будьте спокійними та заспокойте дитину, щоб зменшити тривожність.
- Забезпечте правильне положення дитини відповідно до її віку. Дітей молодшого віку опікуни повинні тримати у положенні сидячи прямо.
- Опікуни повинні бути присутніми весь час під час вакцинації.
- Немовлят, які перебувають на грудному вигодовуванні, слід годувати під час або незадовго до чи після вакцинації.

**НЕ** проводьте аспірацію під час в/м ін'єкцій.

**НЕ** нагрівайте вакцину.

**НЕ** стимулюйте місце ін'єкції шляхом розтирання або пощипування.

**НЕ** використовуйте місцеві анестетики та **НЕ** застосовуйте антигістамінні чи знеболювальні препарати до або під час вакцинації.

### **Запобігання помилкам при вакцинації**

Уникайте помилок при вакцинації, які можуть виникнути внаслідок неправильного приготування, зберігання та введення вакцини або комунікації:

- Правильно транспортуйте та зберігайте вакцини і розчинники. **НЕ** зберігайте вакцини в одному холодильнику з іншими речовинами.
- Використовуйте правильний розчинник, що надається виробником.
- Належним чином стерилізуйте шприц або голку та дотримуйтеся правил гігієни рук (с. 864).

**НЕ** використовуйте повторно одноразовий шприц, голку чи відновлену вакцину.

**НЕ** вакцинують дітей із протипоказаннями (див. нижче).

**НЕ** робіть ін'єкцію в сідниці.

**НЕ** струшуйте флакон із вакциною неналежним чином.

**НЕ** замінійте вакцинний препарат або розчинник.

### **Можливі побічні ефекти вакцин**

До частих незначних місцевих побічних ефектів належать місцеві реакції (почервоніння, набряк і біль) у місці ін'єкції. У перші 24–48 годин може виникати незначне підвищення температури тіла. Після отримання комбінованих вакцин КПК у 5–10% дітей спостерігається підвищення температури тіла з висипом або без нього через 8–10 днів після вакцинації. Такий висип не є небезпечним або контагіозним.

Тяжкі ускладнення, пов'язані з вакцинацією, зустрічаються дуже рідко та не виправдовують відмови від вакцинації. Імовірність ускладнень і смерті від захворювань, яким можна запобігти шляхом вакцинації, та їх лікування є набагато вищою.

- ▶ Проводьте консультації щодо того, як лікувати поширені реакції на вакцинацію, після її проведення (робоча пам'ятка 2).

## **Робоча пам'ятка 2. Надання допомоги при поширених побічних реакціях на вакцини вдома**

### **Надання допомоги при поширених побічних реакціях на вакцини вдома**



У деяких дітей виникають легкі реакції на вакцини, такі як біль у місці ін'єкції, висипання або підвищення температури тіла. Поширені побічні ефекти є ознакою того, що імунна система працює над створенням ефективної та природної реакції на хворобу. Такі реакції є нормальними, швидко проходять та не є причиною для занепокоєння.

#### **Допоможіть мінімізувати легкі побічні ефекти:**

- Використовуйте прохолодну вологу тканину, щоб зменшити почервоніння, відчуття болю і набряк у місці ін'єкції.
- Обтирайте тіло дитини губкою, змоченою в прохолодній воді, щоб знизити температуру тіла.
- Дайте дитині парацетамол для зняття болю або зниження температури. Впевніться у правильності дозування!
- Давайте дитині пити багато рідини. Для деяких дітей нормально їсти менше протягом перших 24 годин після вакцинації.

### **Протипоказання та хибні уявлення про протипоказання**

Насправді протипоказань до вакцинації **дуже мало**:

#### **Усі вакцини**

- Тяжка алергічна реакція (напр., анафілаксія) після попереднього введення вакцини.

#### **Живі вакцини (КПК, вакцина проти вітряної віспи, БЦЖ, вакцина проти жовтої гарячки)**

- Імунодефіцит, симптоматична ВІЛ-інфекція або синдром набутого імунодефіциту (СНІД).

#### **КДП**

- Судоми або шок протягом 3 днів після останньої дози
- Повторювані неконтрольовані судоми
- Активна форма захворювання центральної нервової системи.

## Оральна поліомієлітна вакцина

- Діарея: введіть вакцину, але НЕ враховуйте цю дозу в графіку. Дитина повинна отримати додаткову дозу.

Протипоказаннями **НЕ** є такі стани:

Поточні медичні стани	Особистий анамнез
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поширені вірусні шлунково-кишкові або респіраторні інфекції</li> <li>• Епілепсія під контролем протисудомних засобів</li> <li>• Стабільні неврологічні порушення (напр., дитячий церебральний параліч)</li> <li>• Хронічні захворювання</li> <li>• Грудне вигодовування</li> <li>• Екзема, дерматоз, місцева інфекція шкіри</li> <li>• Імунодефіцит (для інактивованих вакцин)</li> <li>• Фаза відновлення при гострому захворюванні</li> <li>• Терапія антибіотиками або низькими дозами кортикостероїдів</li> <li>• Незначне підвищення температури тіла.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Місцева реакція легкої/помірної тяжкості або незначне/помірне підвищення температури тіла після попередньої дози</li> <li>• Порушення раннього розвитку</li> <li>• Передчасні пологи</li> <li>• Фебрильні судоми</li> <li>• Алергія на пеніцилін</li> <li>• Алергія на латекс</li> <li>• Жовтяниця новонароджених</li> <li>• Недавній вплив інфекційного захворювання.</li> </ul>
	Сімейний анамнез
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром раптової дитячої смерті</li> <li>• Несприятливі події після вакцинації</li> <li>• Судоми.</li> </ul>

## Спростування міфів про вакцинацію

Спростуйте поширені хибні уявлення та занепокоєння щодо вакцин, які часто зустрічаються в інтернеті та соціальних мережах:

### **НЕМАЄ** ніякого зв'язку між

- Вакцинами (зокрема, КПК) і аутизмом
- Вакцинами і синдромом Гійєна-Барре
- Вакцинами і аутоімунними синдромами
- Вакциною проти кашлюку і ураженням головного мозку.

**«Вакцини містять чужорідні білки»**

Віруси для деяких вакцин вирощують на курячих ембріонах, і їх слід із обережністю вводити людям з відомою алергією на яйця. Вакцини проти грипу та кору містять нехтовно малу кількість яєчного білка, і їх можна вводити дітям із алергією на яйця.

**«Вакцини можуть перевантажити імунну систему»**

Вакцини не послаблюють імунну систему дитини, а покращують імунітет, стимулюючи механізм захисту від захворювань.

**«Природний імунітет кращий, ніж імунітет, набутий внаслідок вакцинації»**

Вакцини стимулюють природну імунну відповідь, яка є ефективною для запобігання захворюванням. Вибір на користь набуття імунітету шляхом впливу інфекцій може мати серйозні наслідки, такі як стійкі порушення центральної нервової системи з довічними наслідками, в тому числі інвалідністю.

**«Вакцини викликають або загострюють астму та алергії»**

Не існує доказів того, що вакцини викликають або загострюють алергічні захворювання. Усі діти з астмою повинні отримувати всі рекомендовані вакцини. Ризик алергічних реакцій на вакцини є дуже низьким.

**«Інфекційні захворювання не є серйозними»**

Деякі люди стверджують, що інфекції є нормальною частиною дорослішання. Проте захворювання, яким можна запобігти шляхом вакцинації, можуть бути серйозними і смертельними. Нинішні покоління могли не спостерігати катастрофічних наслідків таких захворювань, як паралізуючий поліомієліт.

**4.3 Скринінгові тести та моніторинг****Скринінгові тести для новонароджених**

- Скринінг на метаболічні та ендокринні захворювання (с. 139)
- Оцінювання на предмет дисплазії кульшового суглоба (с. 163)
- Скринінг зору (тест червоного рефлексу) (с. 138)
- Скринінг на втрату слуху (с. 138)
- Пульсоксиметричний скринінг для виявлення вроджених вад серця (с. 139).

## Скринінгові тести в дитячому віці

### Скринінг зору

Скринінг зору є важливою частиною догляду за дітьми, оскільки діти часто не скаржаться на проблеми із зором чи очима навіть у разі їх наявності. Усі діти повинні проходити регулярні адаптовані для віку обстеження зору для виявлення амбліопії (с. 495), косоокості (с. 494) та аномалій рефракції (с. 493).

### Скринінг на втрату слуху

Скринінг на втрату слуху потрібно проводити всім новонародженим (с. 138).

Діти потребують оцінювання слуху, якщо вони мають:

- Затримку в розвитку мовлення
  - Труднощі в навчанні або порушення розвитку
  - Поведінкові проблеми
  - Часті вушні інфекції в анамнезі
  - Проблеми зі слухом у сімейному анамнезі.
- ▶ Направляйте будь-яку дитину з такими ознаками або факторами ризику до спеціаліста для проведення оцінювання слуху.

**Когнітивні труднощі, труднощі з мовленням або труднощі в розвитку** — див. оцінювання досягнення ключових показників розвитку (с. 74).

**Моніторинг росту** (с. 22).

## 4.4 Консультавання щодо харчування

Консультації щодо відповідного для віку харчування мають важливе значення для підтримання здорового раціону і запобігання всім формам недоїдання та іншим проблемам із харчуванням і розладам харчової поведінки в дітей та підлітків.

Надавайте підтримку в забезпеченні належного харчування немовлят і дітей:

- ▶ Надавайте консультації щодо відповідного для віку харчування та рекомендації щодо годування, націлені на батьків та опікунів (робоча пам'ятка 3).

## Робоча пам'ятка 3. Рекомендації щодо годування

### Рекомендації щодо годування



#### Від народження до 6 місяців

- ▶ Відразу після народження: встановіть шкірний контакт із дитиною. Дайте дитині груди протягом першої години.
- ▶ Годуйте грудьми настільки часто, наскільки цього хоче дитина, вдень і вночі, не менше ніж 8 разів на 24 год. При частому годуванні виробляється більше молока.
- ▶ Якщо вік дитини < 1 тиждень та вона мала низьку масу тіла при народженні: годуйте принаймні кожні 2–3 год. Будіть дитину для годування через 3 год.
- ▶ Не давайте дитині інших рідин чи харчових продуктів. Грудне молоко — це все, що потрібно вашій дитині.
- ▶ Перевіряйте дитину на наявність ознак голоду: вона починає вередувати, смоктати пальці або рухати губами.
- ▶ Додавайте до харчування дитини прикорм, якщо дитині більше ніж 4 місяці, вона здається голодною після грудного вигодовування та недостатньо набирає вагу.

#### Від 6 до 12 місяців

- ▶ Годуйте грудьми настільки часто, як цього хоче дитина, вдень і вночі, не менше ніж 8 разів на 24 год.
- ▶ Додавайте до раціону прикорм у віці приблизно 6 місяців. Давайте дитині густу кашу або добре перетерті чи дрібно нарізані продукти, які їдять інші члени сім'ї, у тому числі продукти тваринного походження, фрукти та овочі. Починайте з 2–3 столових ложок і поступово збільшуйте кількість:
  - 3 рази на день, якщо дитина перебуває на грудному вигодовуванні
  - 5 разів на день, якщо дитина не перебуває на грудному вигодовуванні, + 1–2 чашки молочної суміші.

#### Від 12 місяців до 2 років

- ▶ Годуйте грудьми настільки часто, наскільки цього хоче дитина.
- ▶ Давайте дитині різні добре перетерті чи дрібно нарізані продукти, які їдять інші члени сім'ї, у тому числі продукти тваринного походження, фрукти та овочі.
- ▶ Дитина повинна мати принаймні 3–4 прийоми їжі на день. Між прийомами їжі пропонуйте 1–2 перекуси. Продовжуйте заохочувати дитину їсти, але не змушуйте її. Дозволяйте дитині пробувати їсти самостійно та допомагайте їй лише за потреби.

## Рекомендації щодо годування (продовження)



### > 2 роки

- ▶ Давайте дитині продукти, які їдять інші члени сім'ї, у тому числі продукти тваринного походження, фрукти та овочі.
- ▶ Дитина повинна мати принаймні 3–4 прийоми їжі на день. Між прийомами їжі пропонуйте поживні перекуси двічі на день.
- ▶ Розмовляйте з дитиною під час прийомів їжі та підтримуйте зоровий контакт.
- ▶ Будьте терплячими, якщо дитина відмовляється від нових продуктів, покажіть, що вам подобається їжа, та пропонуйте їй «спробувати» кілька разів.

- ▶ Заохочуйте дотримуватися здорового харчування (див. нижче) і фізичної активності (с. 121), щоб зменшити ризик надлишкової маси тіла, ожиріння та інших неінфекційних захворювань (НІЗ), та проводьте відповідні консультації.
- ▶ Моніторуйте ріст та ІМТ під час рутинних профілактичних оглядів, щоб оцінити дитину на наявність проблем із харчуванням. Див. розділ «Моніторинг росту» на с. 22.
- ▶ Надавайте допомогу у зв'язку з проблемами з харчуванням, такими як надлишкова маса тіла, ожиріння (с. 576), недоїдання (с. 571) та розлади харчової поведінки (с. 617), якщо вони виникають.
- ▶ Вивчайте анамнез харчування та фізичної активності, особливо у випадках дітей з ожирінням, діабетом та іншими НІЗ у сімейному анамнезі та дітей із затримкою внутрішньоутробного росту в анамнезі.
- ▶ Заохочуйте сім'ю до використання здорових моделей поведінки, у тому числі здорового харчування та регулярної фізичної активності.
- ▶ Враховуйте ризик дисліпідемії в дітей з обтяженим сімейним анамнезом (напр., із сімейною гіперхолестеринемією). Дисліпідемія може призводити до раннього захворювання на атеросклероз, профілактика якого має відбуватися за рахунок зміни способу життя, наприклад, дотримання відповідної збалансованої дієти з великою кількістю фруктів і овочів, а також аналізу можливості зниження споживання продуктів, багатих на жири і холестерин. За наявності сумнівів щодо подальшого ведення пацієнта (напр., щодо призначення статинів дітям віком > 10 років) направляйте пацієнта до спеціаліста.

## Годування немовлят і дітей раннього віку

Належне харчування з дотриманням здорової, збалансованої дієти, яка задовольняє всі харчові потреби немовлят і дітей у ранньому дитинстві, є основою розвитку кожної дитини. Період від народження до 2 років є критично важливим періодом для забезпечення оптимального росту, здоров'я та поведінкового розвитку.

- ▶ Заохочуйте грудне вигодовування (див. нижче).
- ▶ Визначайте можливі проблеми з годуванням (с. 102).
- ▶ Надавайте батькам рекомендації щодо годування їхніх дітей (робоча пам'ятка 3).

## Заохочення та підтримка грудного вигодовування

Для немовлят немає кращого харчування, ніж грудне вигодовування. Грудне молоко безпечно, чисте і містить антитіла, які допомагають захистити дитину від багатьох поширених дитячих захворювань.

Діти, які перебувають на грудному вигодовуванні, рідше страждають від надмірної маси тіла або ожиріння і менш схильні до розвитку діабету пізніше протягом життя. Матері, які годують дитину грудьми, також знижують ризик розвитку раку грудей і яєчників.

Для досягнення оптимального росту, розвитку і здоров'я дитини рекомендовано:

- Немовлят слід годувати виключно грудьми від народження (протягом 1 години після народження) до 6-місячного віку.
- Немовлята повинні отримувати достатній і безпечний прикорм починаючи з 6-місячного віку, у той час як грудне вигодовування продовжуватиме задовольняти їхні потреби в харчуванні (див. розділ «Прикорм» на с. 105).

Виключно грудне вигодовування від народження є можливим для більшості жінок, які роблять такий вибір. Воно рекомендоване для всіх дітей, за винятком дітей із дуже невеликим переліком станів (с. 108).

## Консультація щодо грудного вигодовування

- ▶ Рекомендуйте матерям грудне вигодовування та обговорюйте його важливість.
- ▶ Заохочуйте та надавайте підтримку матерям у таких практиках:
  - Встановлення шкірного контакту після народження.

- Початок грудного вигодовування якомога швидше після народження.
  - Продовження грудного вигодовування. Допомогайте їм долати будь-які труднощі (с. 102) і практикувати чуйне грудне вигодовування (розміщення і прикладання немовлят до грудей, що дає немовлятам змогу смоктати грудне молоко, коли вони голодні), не обмежуючи час годування.
  - Розпізнавання і реагування на сигнали немовлят щодо годування.
- ▶ Консультуйте матерів щодо:
- Виключно грудного вигодовування (без додавання інших харчових продуктів чи рідин) окрім випадків, коли наявні відповідні медичні показання (с. 108).
  - Зціджування грудного молока і повернення до роботи (с. 104, с. 106).
  - Способів та ризиків використання пляшечок для годування, сосок і пустышок (ризик інфекцій).
  - Безпечного використання сумішей жінками, які не можуть годувати грудьми (с. 108).
- ▶ Заохочуйте матерів використовувати ресурси щодо грудного вигодовування (напр., консультації щодо грудного вигодовування, доступні на базі громади).
- ▶ Консультуйте матір щодо пошуку положення для грудного вигодовування, яке буде найбільш зручним для неї та її дитини, наприклад, напівлежачи або лежачи на боці. Немає необхідності міняти положення, якщо дитина ефективно отримує грудне молоко, та матері комфортно.

### Оцінювання грудного вигодовування

- ▶ Збирайте анамнез грудного вигодовування, ставлячи запитання про годування та поведінку дитини.
- ▶ Спостерігайте за матір'ю під час годування грудьми, щоб побачити, чи потребує вона допомоги.



### Моменти, які слід оцінити під час годування дитини грудьми:

1. Як дитина прикладена до грудей (див. ілюстрацію)

### *Зручне розслаблене положення для годування грудьми*

Ознаки правильного прикладання:

- Пігментовану ділянку навколо соска (ареолу) видно над ротом дитини.
- Рот у дитини широко відкритий.
- Нижня губа дитини вивернута назовні.
- Підборіддя дитини торкається грудей.

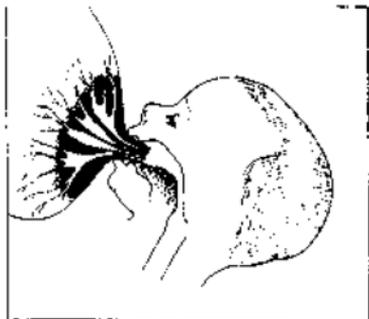
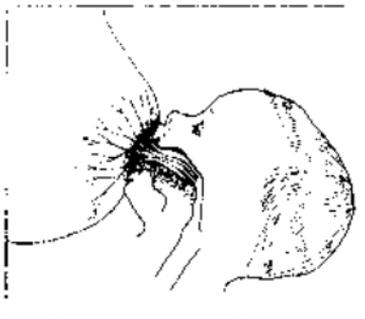
2. Як матір тримає дитину (див. ілюстрацію)

Ознаки правильного розміщення дитини:

- Матір тримає дитину близько до себе.
- Обличчя дитини повернуте до грудей.
- Тіло і голова дитини перебувають на одній лінії.
- Мати підтримує все тіло дитини.



**Правильне (ліворуч) і неправильне (праворуч) прикладання немовляти до грудей матері**



**Правильне (ліворуч) і неправильне (праворуч) прикладання: груди матері і немовля в поперечному розрізі**



**Правильне (ліворуч) і неправильне (праворуч) розміщення немовляти для годування грудьми**

### Подолання труднощів

#### «Недостатньо молока»

Майже всі матері можуть виробляти достатньо грудного молока для одного або навіть двох немовлят; проте іноді дитина не отримує достатньо грудного молока. Ознаками цього є:

- Поганий набір маси тіла (< 500 г/місяць, < 125 г/тиждень або якщо дитина через 2 тижні важить менше, ніж при народженні).
- Виділення невеликої кількості концентрованої сечі (менше ніж 6 разів на день, жовтого кольору і з сильним запахом).

Поширені причини того, що дитина може не отримувати достатньо грудного молока:

- Неправильні практики грудного вигодовування: неправильне прикладання (дуже поширена причина); відкладений початок грудного вигодовування; годування у фіксований час, відсутність годування вночі, короткі періоди годування; використання пляшечок, пустышок, інших харчових продуктів і рідин.
- Психологічні фактори, що впливають на матір: невпевненість, занепокоєння, стрес, депресія, неприязнь до грудного вигодовування, неприйняття дитини, втома.
- Фізичний стан матері: хронічні захворювання (напр., ТБ, тяжка анемія або ревматична хвороба серця), прийом протизаплідних таблеток, ді-

уретиків, вагітність, тяжке недоїдання, вживання алкоголю, куріння, затримка частин плаценти (рідко).

- Стан дитини: хвороба або вроджена аномалія (наприклад, розщеплення піднебіння або вроджені вади серця), що заважає годуванню.

Матерям, кількість грудного молока в яких зменшена, потрібно збільшити її, а матерям, які припинили годувати грудьми, може знадобитися відновлення лактації.

Допомагайте матерям знову почати годувати грудьми, заохочуючи:

- Матір, а не інших опікунів, доглядати за дитиною
- Тривалий шкірний контакт між матір'ю і дитиною
- Матір пропонувати дитині груди, коли вона виявляє бажання смоктати молоко
- Зціджувати грудне молоко безпосередньо в рот дитини і розміщувати дитину таким чином, щоб забезпечити легке прикладання до грудей
- Уникати використання пляшечок, сосок і пустушок. За необхідності зціджувати грудне молоко і давати його з чашки (с. 106). Якщо це неможливо, може знадобитися використання сумішей, поки не буде забезпечена достатня кількість молока.

### **Як збільшити кількість грудного молока**

Основний спосіб збільшити кількість або відновити вироблення грудного молока — давати дитині часто смоктати груди, щоб стимулювати їх.

- Годуйте дитину з чашки, поки чекаєте надходження грудного молока. Не використовуйте пляшечки або пустушки. Зменшуйте використання інших джерел молока на 30–60 мл на день, коли кількість грудного молока почне збільшуватися. Слідкуйте за набором маси тіла дитини.

### **Відмова або небажання смоктати грудне молоко**

Основні причини, чому дитина може відмовлятися від грудного вигодовування:

- Дитина хворіє або їй боляче.
  - Якщо дитина може смоктати грудне молоко, заохочуйте матір годувати грудьми частіше. Якщо дитина дуже хвора, матері, можливо, доведеться зціджувати грудне молоко і годувати дитину з чашки або через шлуноківий зонд, поки дитина не зможе знову смоктати грудне молоко.
  - Якщо дитина перебуває в лікарні, забезпечте перебування матері разом із дитиною для продовження годування грудьми.

- Допоможіть матері знайти спосіб тримати дитину, не натискаючи на болюче місце.
- Поясніть матері, як усунути закладеність носа (с. 207). Запропонуйте спробувати годувати дитину протягом коротких періодів частіше ніж зазвичай протягом декількох днів.
- Біль у роті може бути викликаний кандидозом (молочницею) (с. 150), або прорізуванням зубів. Рекомендуйте матері дитини, у якої прорізуються зуби, набратися терпіння і продовжувати пропонувати груди.
- Існують труднощі з технікою годування грудьми.
  - Допоможіть матері вдосконалити техніку годування: переконайтеся, що дитина правильно розміщена та прикладена до грудей без натискання на голову дитини чи стискання грудей.
  - Порадьте не використовувати пляшечку для годування або пустушку: за необхідності слід користуватися чашкою.
  - Лікуйте нагрубання молочних залоз, видаляючи молоко з грудей; інакше може розвинутися мастит або абсцес. Якщо дитина не може смоктати грудне молоко, допоможіть матері зі зцідженням молока (с. 106).
  - Допоможіть зменшити надмірну кількість молока. Діти, яких неправильно прикладають до грудей, та які неефективно смокчуть молоко, можуть смоктати молоко довше або частіше та стимулювати надлишкове його вироблення. Надмірна кількість молока також може вироблятися, якщо мати намагається годувати дитину з обох грудей при кожному годуванні, коли це не потрібно.
- Дитину засмутили зміни.
 

Такі зміни, як розлучення з матір'ю, новий опікун, хвороба матері, зміна сімейної рутини або запаху матері (після використання іншого мила, прийому їжі чи під час менструації), можуть засмутити дитину та спричинити відмову від грудного вигодовування.

### **Зцідження та зберігання грудного молока**

Якщо матір стикається з труднощами, заохочуйте її та допомагайте їй продовжувати грудне вигодовування, годуючи дитину зцідженим грудним молоком. Це може бути необхідним або корисним для:

- Матерів, яким доводиться повертатися на роботу
- Немовлят, які тимчасово не можуть смоктати грудне молоко (напр., через хворобу, низьку масу тіла при народженні)

- Немовлят, яким складно координувати смоктання
- Полегшення нагрубання молочних залоз, блокування проток або лактостазу
- Запобігання сухості та болю в області сосків
- Підтримання надходження грудного молока під час хвороби матері чи дитини.

Зціджування молока вручну є найкориснішим способом для матері. Для цього не потрібен ніякий прилад, тому це можна робити в будь-якому місці і в будь-який час. При правильній техніці таке зціджування може бути дуже ефективним. Раннє виявлення та усунення проблем допоможе матері зберегти впевненість у своїй здатності виробляти молоко для дитини.

- ▶ Консультуйте всіх матерів щодо зціджування та зберігання грудного молока в холодильнику і морозильній камері (робоча пам'ятка 4).
- ▶ Оцінюйте техніку зціджування, яку застосовують матері, та її ефективність.
- ▶ Обговорюйте будь-які проблеми чи занепокоєння, які можуть виникати.
- ▶ Багато матерів можуть зціджувати велику кількість грудного молока, використовуючи нетрадиційні техніки. Якщо техніка, яку застосовує матір, є ефективною, дозвольте продовжити її застосування. Однак якщо у матері виникають труднощі зі зціджуванням достатньої кількості молока, навччі її належній та ефективній техніці зціджування (робоча пам'ятка 4).
- ▶ Якщо з ручним зціджуванням виникають труднощі, матір може використовувати ручний або електричний молоковідсмоктувач. Доступні різні типи молоковідсмоктувачів; спосіб їх використання залежить від моделі. У разі використання молоковідсмоктувача допомагайте матері правильно ним користуватися. Оцінюйте техніку зціджування, яку застосовують матері, та її ефективність.

### **Прикорм дитини, яка перебуває на грудному вигодовуванні**

Приблизно у віці 6 місяців потреба немовляти в енергії та поживних речовинах починає перевищувати кількість, яку може забезпечити грудне молоко. Щоб задовольнити такі потреби, слід поєднувати грудне вигодовування з прикормом. Немовля такого віку вже має відповідний рівень розвитку для вживання інших харчових продуктів. Потреба в енергії становить приблизно 130 ккал на добу у віці 6–8 місяців, 310 ккал на добу у віці 9–11 місяців і 580 ккал на добу у віці 12–23 місяці.

- ▶ Проводьте консультації щодо прикорму (робоча пам'ятка 5).

## Робоча пам'ятка 4. Зціджування та зберігання грудного молока

### Зціджування та зберігання грудного молока



#### Як стимулювати виділення грудного молока

- Підтримуйте шкірний контакт із дитиною або тримайте її на руках під час зціджування молока. Якщо такої можливості немає, дивіться на свою дитину або на її фотографію.
- Зігрійте груди за допомогою теплої компресу, води або душі.
- Масажуйте, погладжуйте груди рукою, обережно потягніть за сосок пальцями або обхопіть молочну залозу рукою та натискайте на неї з легким обертальним рухом у напрямку до соска.

#### Як підготувати контейнер для зцідженого грудного молока

- Помийте чашку, склянку, кувалку або банку з широкою горловиною водою з милом, простерилізуйте, наливши в посудину окропу та залишивши її на кілька хвилин, перш ніж вилити воду.

#### Як зціджувати грудне молоко руками

1. Захопіть сосок великим і вказівним чи середнім пальцями з двох сторін і натисніть у напрямку до грудної клітки.
2. Натисніть на ділянку за соском.
3. Натискайте з боків, щоб спорожнити всю молочну залозу.

#### Кількість зцідженого грудного молока та частота зціджування

- Зціджуйте молоко часто (від 8 до 10 разів на добу, у тому числі один раз вночі), щоб підтримувати вироблення молока.
- Розробіть гнучкий план зціджування молока: ви не повинні дотримуватися строгого розкладу, проте уникайте довгих перерв (4 години вдень, 6 годин уночі) між зціджуваннями.
- Якщо ви повертаєтеся на роботу, зціджуйте перед виходом із дому якомога більше молока, яке можна буде залишити для дитини, поки ви на роботі.



#### Як зберігати грудне молоко, зціжене вручну або молоковідсмоктувачем

- Грудне молоко є безпечним для споживання до 8 годин у разі зберігання при кімнатній температурі, до 4 днів при зберіганні в холодильнику та 6 місяців — у морозильній камері.

## Робоча пам'ятка 5. Прикорм

### Прикорм



**Правильний час для введення прикорму:** У віці приблизно 6 місяців, коли самого лише грудного вигодовування вже буде недостатньо для забезпечення дитини енергією та всіма необхідними поживними речовинами, їй знадобиться прикорм. Прикорм є важливим для росту дитини — без нього ріст може сповільнитися.

### Вибір правильних харчових продуктів:

- Давайте дитині прикорм, який забезпечує достатню кількість енергії, білка та мікроелементів.
- Обмежуйте вживання соків та **НЕ** давайте дитині чай, каву і солодкі безалкогольні напої.
- Найкраще підходить домашня їжа. Якщо ви вирішили годувати дитину готовими продуктами, перевіряйте їхню поживну цінність. Часто «здорове харчування» насправді містить багато цукру, солі й калорій.

### Переконуйтеся в безпечності продуктів:

- Мийте свої руки і руки дитини перед приготуванням та прийомом їжі.
- Зберігайте харчові продукти безпечно. Намагайтеся вживати їжу одразу після приготування.
- Використовуйте чисті столове приладдя, чашки та миски для приготування й подачі їжі.
- Уникайте використання пляшечок для годування та сосок, які складно очищати.
- Уникайте продуктів, які можуть викликати удушшення, таких як горіхи, виноград, сира морква, поки дитина вчиться їсти.

### Будьте чуйними до потреб, сигналів щодо голоду і ситості вашої дитини:

- Починайте вводити прикорм із невеликих кількостей їжі 2–3 рази на день у віці приблизно 6 місяців, продовжуючи годувати грудьми.
- Збільшуйте кількість і частоту прийомів їжі мірою дорослішання дитини: збільшуйте частоту прийомів їжі до 3–4 разів на день у віці від 9–11 місяців до 12–24 місяців, продовжуючи годувати грудьми.



### Прикорм (продовження)



- Пропонуйте дитині додаткові корисні перекуси 1–2 рази на день у віці від 12 до 24 місяців.
- Поступово змінюйте консистенцію та збільшуйте різноманітність їжі:
  - У 6 місяців: пропонуйте пюре, перетерту та напівтверду їжу.
  - У 8 місяців: пропонуйте перекуси, які можна їсти руками.
  - У 12 місяців: пропонуйте ті самі продукти, які їсть решта сім'ї.

#### Під час та після хвороби:

- Слідкуйте за тим, щоб під час хвороби ваша дитина пила більше, ніж зазвичай. Частіше годуйте дитину грудьми.
- Заохочуйте дитину (залежно від віку) їсти м'яку, різноманітну та апетитну їжу.
- Після хвороби давайте дитині їжу частіше, ніж зазвичай.

### Дитячі суміші

Годувати дитину сумішами слід тільки в тому випадку, якщо грудне вигодування неможливе (див. нижче).

Комерційні дитячі суміші доступні у формі рідини й порошку.

- Немовлят віком до 12 місяців слід годувати дитячими сумішами, спеціально розробленими для задоволення їхніх потреб у харчуванні.
- У віці 12 місяців до раціону харчування дитини можна включати коров'яче молоко.

### Причини для використання заміників грудного молока

Немовлята:

- Метаболічні захворювання (лейциноз, фенілкетонурія)
- Вага при народженні < 1 500 г і гестаційний вік < 32 тижні, якщо зціджене грудне молоко не задовольняє потреби в кількості калорій.

Матері:

- Ліки або речовини, які проникають у грудне молоко, такі як опіоїди, протипілептичні препарати
- Гепатит В, гепатит С

- ВІЛ-інфекція (у всьому світі грудне вигодовування рекомендоване для ВІЛ-інфікованих матерів, проте у Європі штучне вигодовування вважається безпечнішим варіантом)
- ТБ.
- ▶ Проводьте консультації щодо годування дитячими сумішами (робоча пам'ятка 6).
- ▶ Проводьте консультації щодо можливості годування недоношених дітей та дітей із низькою масою тіла при народженні грудним молоком (зцідженим молоком матері, донорським молоком або обидва варіанти), збагаченим енергією (вуглеводами чи жирами), білками та мікроелементами.

### Пропагування здорового харчування дітей та підлітків

Здорова, добре збалансована дієта, яка щодня включає різні необроблені та свіжі продукти харчування, багато овочів і фруктів та обмежену кількість насичених жирів і трансжирів, солі й цукру, допомагає дітям та підліткам:

- Отримувати потрібну кількість необхідних поживних речовин
- Досягнути оптимального росту і розвитку
- Мати значно нижчий ризик недоїдання та таких НІЗ пізніше протягом життя, як надлишкова маса тіла та ожиріння, карієс, серцево-судинні захворювання, високий артеріальний тиск, інсульт, діабет і рак.

### Потреби в харчуванні у підлітковому віці

Підліткам необхідне здорове харчування, щоб рости і розвиватися, а також оптимально функціонувати. Харчові звички та потреби в харчуванні змінюються та істотно збільшуються в підлітковому віці з огляду на дві важливі трансформації: ріст та зміни композиційного складу тіла. Підлітки набирають 20% зросту дорослої людини (в основному під час стрибка росту) і 50% скелетної маси дорослої людини протягом другого десятиліття життя. Крім того, вони мають підвищену потребу в:

- Залізі через збільшення об'єму крові та м'язової маси. Дівчата після досягнення менархе мають додаткову потребу в залізі.
- Кальції в періоди росту і збільшення вмісту мінералів у кістках. Рекомендована добова доза кальцію становить 1 300 мг.
- ▶ Консультуйте підлітків та їхніх батьків або опікунів щодо здорового харчування (робоча пам'ятка 7).

## Робоча пам'ятка 6. Дитячі суміші

### Дитячі суміші



**НЕ** використовуйте саморобні дитячі суміші. Вони можуть містити замало або забагато певних компонентів, зазнавати підвищеного ризику забруднення та призводити до серйозних проблем зі здоров'ям.

**НЕ** використовуйте молоко, напої або дитячі суміші, марковані як продукти «для дітей молодшого віку». Для таких продуктів не встановлені вимоги, необхідні для задоволення харчових потреб немовлят.

**НЕ** використовуйте напої рослинного походження (рисові, мигдалеві або вівсяні напої, які часто помилково маркують як «молоко») та тваринне молоко (коров'яче, козяче, овече): вони не підходять для немовлят.

### Приготування та зберігання дитячих сумішей



- Мийте руки перед підготовкою пляшечок. Очищуйте та дезінфікуйте місце приготування сумішей і пляшечки.
- Дотримуйтесь інструкцій на контейнері дитячої суміші щодо правильного приготування та зберігання суміші.
- Ніколи не використовуйте мікрохвильову піч для розігрівання пляшечки.
- Використовуйте кількість води, зазначену в інструкції.
- Для змішування порошкової дитячої суміші використовуйте воду з безпечного джерела.
- Зберігайте невідкриті контейнери з дитячими сумішами у прохолодному, сухому місці в приміщенні, щоб уникнути їх псування: **НЕ** зберігайте їх у транспортних засобах, гаражах і надворі.
- Використовуйте приготовану дитячу суміш протягом 2 годин після приготування та протягом однієї години після початку годування, щоб уникнути псування приготованої дитячої суміші.
- Якщо приготована дитяча суміш не була використана протягом 2 годин, відразу поставте її в холодильник та використайте протягом 24 годин.
- Викидайте всі залишки дитячої суміші після годування.

## Дитячі суміші (продовження)



### Кількість дитячої суміші і частота годування сумішшю

- Усі діти різні. Кількість суміші для годування і частота годування залежать від потреб немовляти.
- Годування сумішшю має в першу чергу задовольняти потреби немовляти, а не відповідати суворому графіку. Спостерігайте за ознаками голоду і ситості, щоб визначити, коли і скільки годувати дитину.

**НЕ** перегодовуйте дитину дитячою сумішшю, оскільки це підвищує ризик ожиріння.

## Робоча пам'ятка 7. Здорове харчування

### Здорове харчування для дітей і підлітків

#### Збалансована різноманітність їжі

Вживання достатньої кількості різноманітної здорової їжі є важливим для нормального росту та розвитку дитини.

Перегляньте відносні пропорції різних груп продуктів на діаграмі внизу, щоб побачити, з чого складається збалансована дієта:



#### Належні розміри порцій і споживання калорій

- Важливо забезпечувати регулярність прийомів їжі.
- Розмір порції варіюватиметься залежно від віку, розмірів тіла та рівня фізичної активності. Хороше практичне правило — починати з менших порцій та збільшувати їх за потреби, якщо дитина залишається голодною.

#### Багато овочів і фруктів

- Їжте різноманітні свіжі овочі та фрукти, оскільки вони є важливим джерелом вітамінів, мінералів, харчових волокон, рослинних білків та антиоксидантів.
- При приготуванні овочів і фруктів уникайте переварювання, оскільки це може призводити до втрати важливих вітамінів.
- Якщо ви робите вибір на користь консервованих або сушених овочів і фруктів, переконайтеся, що вони не містять доданих солі та цукру.



## **Здорове харчування для дітей і підлітків (продовження)**

### **Вибирайте продукти з помірною кількістю жирів і олій**

- Робіть вибір на користь ненасичених жирів із таких джерел, як риба, авокадо, горіхи та рослинні олії (напр., оливкова, соєва, соняшникова або кукурудзяна олія), замість тваринних жирів або олій із високим вмістом насичених жирів (напр., жирне м'ясо, вершкове масло, сир, кокосова та пальмова олії).
- Їжте біле м'ясо (напр., птицю) і рибу, а не червоне м'ясо.
- Обмежте споживання готових м'ясних продуктів (містять багато жирів і солі).
- За можливості вибирайте молоко та молочні продукти з низьким вмістом жиру або знежирене молоко та молочні продукти.
- Уникайте споживання оброблених, запечених і смажених продуктів, які містять трансжири промислового виробництва.

### **Скоротіть споживання солі та цукру**

- Додавайте менше солі та приправ, що містять багато солі (напр., соєвого і рибного соусів), під час приготування їжі.
- Обмежте вживання безалкогольних та інших солодких напоїв, таких як фруктові соки, сиропи, ароматизовані молочні і йогуртові напої.

### **Уникайте нездорових перекусів**

- Для перекусів вибирайте свіжі фрукти і сирі овочі та/або горіхи замість таких перекусів із високим вмістом жиру, солі та цукру, як печиво, тістечка, чіпси та шоколад.

### **Уникайте непотрібних дієт і дієт без нагляду**

- Дієти можуть бути небезпечними: існує багато видів незбалансованих дієт, які здаються здоровими та є модними в соціальних мережах, що їх пропагують фальшиві експерти та інфлюенсери, які обіцяють користь для здоров'я (напр., здорову шкіру без акне).

### **Не вживайте зайві добавки з вітамінами та мікроелементами, якщо їх не призначив лікар**

- Якщо ви їсте достатньо різноманітні продукти, вам НЕ потрібно приймати додаткові вітаміни чи мінерали.

## 4.5 Добавки з вітамінами та мікроелементами

Достатнє щоденне споживання мікроелементів, у тому числі фтору, заліза, йоду і вітаміну D, є важливим для фізіологічного функціонування та оптимального розвитку дитини. Залізо і йод особливо важливі для розвитку головного мозку починаючи з пренатального періоду. Фтор є необхідним для зміцнення зубів і запобігання карієсу. Важливе значення має профілактика та усунення дефіциту певних мікроелементів, що виникає у ранньому дитинстві.

Як правило, діти отримують достатню кількість усіх мікроелементів зі збалансованого щоденного харчування. Зазвичай немає потреби в рутинному прийомі полівітамінних добавок, за винятком дітей певних вікових груп (див. розділи «Вітамін D» і «Вітамін К» нижче) або дітей із ризиком розвитку дефіциту через конкретні обставини та фактори ризику.

Скринінг на дефіцит мікроелементів або вітамінів для всіх дітей проводити не рекомендовано, але раннє виявлення дітей із факторами ризику та дітей, у яких уже є дефіцит мікроелементів, є важливим.

### Вітамін К

Усі новонароджені повинні отримувати профілактику дефіциту вітаміну К після народження для профілактики геморагічної хвороби новонароджених або кровотеч при дефіциті вітаміну К. Інформацію про дозування див. у додатку 4.

### Вітамін D

Усі немовлята повинні отримувати щоденну дозу 400 МО вітаміну D протягом щонайменше перших 12 місяців життя для покращення здоров'я кісток і запобігання рахіту. Прийом вітаміну D слід починати одразу після народження, незалежно від способу вигодовування.

Дітям із факторами ризику дефіциту вітаміну D рекомендовано приймати добавки з вітаміном D після 12 місяців:

- Дефіцит вітаміну D в матері: матері, які перебувають на сонці обмежений час, мають темний колір шкіри, носять одяг, що покриває більшу частину шкіри, та споживають мало продуктів, що містять вітамін D
- Діти, які народилися недоношеними або мали малу масу тіла для гестаційного віку

- Діти з обмеженим споживанням вітаміну D: тривале виключно грудне вигодовування без добавок із вітаміном D, низьке споживання продуктів, що містять вітамін D
- Діти з хронічними медичними станами, що спричиняють мальабсорбцію: розладами тонкого кишечника (напр., целіакією), недостатністю підшлункової залози (напр., муковісцидозом), обструкцією жовчовивідних шляхів (напр., атрезією жовчовивідних шляхів)
- Діти зі зниженим синтезом або підвищеним розпадом вітаміну D внаслідок хронічних захворювань печінки або нирок, лікування рифампіцином, ізоніазидом та протисудомними препаратами.

**НЕ** призначайте дітям вищих доз, ніж рекомендовані 400 МО, оскільки вони не дають додаткової користі та пов'язані з токсичністю.

## Залізо

Перевіряйте дітей на наявність факторів ризику залізодефіцитної анемії та клінічних ознак анемії (с. 452). До таких факторів ризику належать:

- Передчасні пологи або низька маса тіла при народженні, багатоплідна вагітність
  - Фактори ризику, пов'язані з харчуванням: недостатнє або обмежене вегетаріанське або веганське харчування (вегани також мають ризик дефіциту вітаміну B<sub>12</sub>, див. нижче); виключно грудне вигодовування після 6 місяців або надмірне споживання коров'ячого молока
  - Несприятливий соціально-економічний статус або статус біженця
  - Рідко — мальабсорбція або шлунково-кишкова кровотеча
  - Хронічні медичні проблеми
  - Підлітковий вік у дівчат (менструація).
- Інформацію щодо діагностики і лікування залізодефіцитної анемії див. на с. 456.

## Вітамін B<sub>12</sub>

Вітамін B<sub>12</sub> є критично важливим для нормального функціонування головного мозку та нервової системи, а також для дозрівання еритроцитів. Основним джерелом вітаміну B<sub>12</sub> є продукти тваринного походження, у тому числі м'ясо, риба, молоко і яйця.

### Фактори ризику дефіциту вітаміну B<sub>12</sub>:

- Веганське харчування без добавок (також ризик дефіциту заліза, див. вище)
- Мальабсорбція, спричинена *Helicobacter pylori* або надмірним бактеріальним ростом
- Генетичні порушення метаболізму вітаміну B<sub>12</sub>.
- ▶ Проводьте консультації щодо необхідності перорального прийому добавок із вітаміном B<sub>12</sub>, якщо батьки наполягають на тому, щоб немовлята чи діти дотримувалися веганського харчування.
- ▶ У разі мальабсорбції розгляньте доцільність в/м введення добавок із вітаміном B<sub>12</sub>.

### Фтор

Фтор зменшує превалентність карієсу зубів. Існують різні способи досягнення достатнього споживання фтору:

- Фторування води: впроваджене в багатьох країнах
- Зубна паста з фтором: діти повинні чистити зуби пастою з фтором двічі на день (с. 119)
- Добавки з фтором для перорального прийому.
- ▶ Слідкуйте за тим, які добавки пропонуються у вашій країні, та дотримуйтеся національних рекомендацій, щоб уникнути передозування фтору.

### Натрій

Організм потребує натрію для нормального функціонування м'язів і нервів, але споживання натрію часто є надмірним, і його слід зменшувати для контролю артеріального тиску. Основними джерелами натрію є кухонна сіль і оброблені харчові продукти, яких слід уникати або зменшувати їх кількість у раціоні дітей і дорослих.

### Йод

Йод необхідний для росту дитини та нормального функціонування щитоподібної залози. Дефіцит йоду може бути викликаний недостатнім споживанням йоду та призводити до гіпотиреозу, кретинізму та зобу. Важливим джерелом йоду є йодована сіль, проте не у всіх країнах йодування солі є обов'язковим.

- ▶ Слідкуйте за тим, щоб у раціоні дитини було достатньо йоду, який вона отримує з йодованої солі, риби та молочних продуктів (напр., молока, йогурту і сиру).

## Цинк

Цинк є важливим мікроелементом для загального здоров'я та розвитку дитини, проте велика кількість цинку втрачається під час діареї.

Фактори ризику дефіциту цинку:

- Низьке споживання продуктів тваринного походження
- Високе споживання фітатів
- Мальабсорбція та інфікування кишковими паразитами, особливо стійка діарея (с. 321)
- Генетичні розлади.

У районах із високою превалентністю дефіциту цинку або недоїдання прийом цинку може бути корисним для дітей віком  $\geq 6$  місяців. Заміщення сприяє одужанню дитини, зменшує тривалість та тяжкість епізоду та знижує інцидентність діареї протягом наступних 2–3 місяців.

Добавки з цинком не рекомендовані дітям віком до 6 місяців, дітям із належним харчуванням або в умовах низького ризику дефіциту цинку.

## 4.6 Гігієна ротової порожнини

Діти та підлітки повинні відвідувати стоматолога кожні 6–12 місяців для профілактичного огляду залежно від індивідуальних потреб дитини, ризику чи схильності до карієсу та захворювань ясен. Дітям, які мають потреби в комплексному догляді, може знадобитися індивідуальний підхід до профілактики та лікування відповідно до специфіки їхнього стану.

- ▶ Моніторуйте та оцінюйте гігієну ротової порожнини під час регулярних фізикальних оглядів у ході рутинних профілактичних оглядів.

## Анамнез

Оцінюйте такі фактори:

- Практики годування, харчування, використання зубної пасти з фтором та практики гігієни зубів
- Оральні звички, напр., смоктання великого пальця руки і пустушки, бруксизм (скреготання, клацання зубами або стискання зубів), вису-

вання язика (занадто сильне натискання язиком вперед у роті), самошкодження

#### ■ Фактори ризику:

- Часте вживання цукру, вільні цукри в харчових продуктах і напоях
- Часті перекуси продуктами, що викликають карієс
- Неналежне годування дитячими сумішами, наявність вільних цукрів у молочних сумішах для немовлят
- Недостатні профілактичні заходи, напр., невикористання зубних паст із фтором, фізичні або розумові порушення, які заважають правильному чищенню зубів
- Відсутність знань про гігієну ротової порожнини в батьків
- Сухість у роті або знижене вироблення слини
- Анатомічні зміни в ротовій порожнині, у тому числі слизової оболонки, напр., розщеплення піднебіння, використання ортодонтичних апаратів, розростання ясен
- Захворювання, при яких стоматологічні процедури пов'язані з високим рівнем ризику, напр., захворювання серця, імуносупресія, гемофілія
- Карієс в анамнезі.

### Огляд

Перевірте гігієну ротової порожнини:

- Черепно-лицевий ріст
- Прорізування та ріст зубів, у тому числі оклюзію зубів, вирівнювання зубів та верхньої і нижньої щелеп
- Інші патології ротової порожнини (напр., слизової оболонки ротової порожнини).
- ▶ Проконсультуйте дитину та батьків чи опікунів щодо здоров'я ротової порожнини та профілактики карієсу з урахуванням контексту (робоча пам'ятка 8).
  - Дізнайтеся, чи містить питна вода у вашій країні фтор.
  - Зубна паста повинна містити від 500 до 1 500 ppm фтору залежно від віку та обставин.

- Використання фторидів для місцевого застосування, таких як гелі та лаки, є ефективним способом запобігання карієсу зубів та переважно рекомендоване дітям із високим ризиком карієсу.
- Додатковий прийом добавок із фтором не рекомендований.

### Робоча пам'ятка 8. Профілактика карієсу

#### Профілактика карієсу

- Чистіть зуби дитини з моменту прорізування першого зуба не менше ніж два рази на день, у тому числі перед сном.
- Дозволяйте дитині самостійно чистити зуби, щойно вона цим зацікавиться, але допомагайте їй, щоб забезпечити їх чистоту.
- Коли дитина підросте, вона зможе взяти на себе відповідальність за чищення зубів.
- Необхідна кількість зубної пасти — мазок для дітей віком до 3 років, горошина для старших дітей.
- Достатня кількість фтору важлива для здоров'я зубів, але його надмірна кількість може призвести до зміни кольору, появи плям або білих смуг на зубах.



Щоб забезпечити достатнє споживання фтору, слід використовувати зубну пасту, яка містить .....

Використовуйте додатково ..... гелю на тиждень.<sup>a</sup>

**НЕ** давайте дитині їжу та напої, що містять занадто багато цукру.

<sup>a</sup> Заповніть відповідно до віку та стану дитини або викресліть, якщо це не потрібно.

## 4.7 Сон

Сон — важлива частина життя і розпорядку дня. Якісний сон та його достатня кількість у потрібний час так само важливі для виживання, як їжа і вода. Без сну мозок не може навчатися і створювати нові спогади.

- ▶ Консультуйте опікунів, дітей та підлітків щодо необхідної кількості сну протягом доби (таблиця 21) та щодо того, як переконаватися, що дитина або підліток отримують достатньо якісного сну.

**Таблиця 21. Потреби у сні для здорового росту і розвитку**

Немовлята віком < 1 року <sup>a</sup>		
0–3 місяці	14–17 годин	Включає денний сон: вироблення в дитей режиму сну та неспання займе декілька тижнів. Прокидатися принаймні раз на ніч — нормально.
4–11 місяців	12–16 годин	
Діти віком до 5 років		
1–2 роки	11–14 годин	Може включати денний сон із постійним часом сну та пробудження.
3–4 роки	10–13 годин	
Діти і підлітки віком 5–17 років		
5–13 років	9–11 годин	Безперервний сон із постійним часом сну та пробудження.
14–17 років	8–10 годин	

<sup>a</sup> Не забувайте консультувати батьків новонароджених щодо профілактики синдрому раптової дитячої смерті (с. 144).

## 4.8 Сидячий спосіб життя та час перед екраном

Сидячий спосіб життя та час перед екраном тісно пов'язані зі здоров'ям дітей та підлітків. Надмірна кількість часу перед екраном (с. 730) і сидячий спосіб життя мають негативні наслідки для здоров'я, які іноді проявляються вже в дошкільному віці.

- Проводьте консультації щодо необхідності обмеження часу перед екраном (перегляду телевізора або відео, комп'ютерних ігор) та сидячого способу життя протягом доби (таблиця 22).

**Таблиця 22. Максимальний допустимий час, який дитина може проводити в сидячому положенні та перед екраном за віком**

Вік	Сидячий спосіб життя	Час перед екраном
< 1 рік	<b>НЕ</b> обмежуйте рух дитини протягом > 1 години посліпль (наприклад, у колясках або прогулянкових колясках, високих дитячих стільцях чи слінгу) та не дозволяйте сидіти протягом тривалого періоду часу.	Відмова від перебування перед екраном.

Вік	Сидячий спосіб життя	Час перед екраном
<b>Від 1 до 2 років</b>	Читання та розповідання дитині історій під час сидіння. <b>НЕ</b> обмежуйте рухи на > 1 годину поспіль (напр., у колясках, слінгу).	Відмова від перебування перед екраном.
<b>Від 3 до 4 років</b>	<b>НЕ</b> обмежуйте рухи на > 1 годину поспіль.	Не більше ніж 1 година (> 2 роки).
<b>Від 5 до 17 років</b>	Слід якомога частіше робити перерви під час тривалого сидіння.	Слід обмежити перебування дитини перед екраном до не більше ніж 2 годин.

## 4.9 Фізична активність

Фізична активність важлива для покращення кардіореспіраторної та м'язової витривалості, здоров'я кісток і метаболізму, а також для зниження ризику розвитку НІЗ та ожиріння.

- Консультуйте опікунів, дітей та підлітків щодо необхідності фізичної активності протягом доби (таблиця 23).

**Таблиця 23. Фізична активність за віком**

Вік	Фізична активність
<b>&lt; 1 рік</b>	Різна фізична активність декілька разів на день, інтерактивні ігри на підлозі, перебування протягом щонайменше 30 хвилин на день у положенні на животику для дітей, які ще не ходять.
<b>Від 1 до 2 років</b>	Різні види фізичної активності різної інтенсивності — від помірної до інтенсивної — протягом щонайменше 180 хв на день. <sup>a</sup>
<b>Від 3 до 4 років</b>	Щонайменше 180 хв на день, щонайменше 60 хв різних видів фізичної активності від помірної до інтенсивної. <sup>a</sup>
<b>Від 5 до 17 років</b>	Щонайменше 60 хв різних видів фізичної активності від помірної до інтенсивної. <sup>a</sup> Інтенсивні види активності, у тому числі такі, які зміцнюють м'язи та кістки, щонайменше 3 рази на тиждень. Фізична активність може включати гру, ігри, спорт, ходьбу та катання (піші прогулянки або поїздки на велосипеді до школи і назад), хатню роботу, відпочинок, уроки фізкультури або заплановані фізичні вправи в школі, під час позакласних заходів або в сім'ї.

<sup>a</sup> Фізична активність від помірної до інтенсивної = активність та активна гра, під час яких дитині стає спекотно та вона відчуває задишку. Така активність може мати різні форми та передбачати залучення інших дітей, опікунів і предметів, напр., швидка ходьба, їзда на велосипеді, біг, гра в м'яч, плавання, танці.

## 4.10 Захист від сонця

Діти потребують особливого захисту від сонця. Діти перебувають у динамічному стані росту і більш сприйнятливі до загроз довкілля, ніж дорослі, оскільки існують припущення щодо того, що перебування на сонці в дитячому та підлітковому віці створює основу для розвитку як меланомного, так і немеланомного раку шкіри в подальшому житті. Значна частина опромінення людини протягом життя відбувається до 18 років, і діти мають попереду ціле життя для розвитку хвороб із тривалим латентним періодом.

Оскільки більшості шкоди від сонячного випромінювання людина зазнає в дитинстві, дітей потрібно захищати від прямих сонячних променів.

- ▶ Консультуйте опікунів, дітей та підлітків щодо захисту від сонця та ризиків для здоров'я від ультрафіолетового (УФ) випромінювання (робоча пам'ятка 9).

**Робоча пам'ятка 9. Захист від сонця****Захист від сонця**

Перебування на сонці в дитинстві та підлітковому віці створює основу для розвитку раку шкіри в подальшому житті.

- **Обмежуйте час перебування на сонці під час найсильнішого випромінювання:** сонячні ультрафіолетові (УФ) промені зазвичай найсильніші протягом кількох годин опівдні та менш інтенсивні рано вранці й у другій половині дня/вечері. Обмежуйте перебування на сонці в ці години, наскільки це можливо.
- **Слідкуйте за УФ-індексом:** приділяйте особливу увагу застосуванню практик захисту від сонця, коли УФ-індекс передбачає помірний або високий рівень випромінювання.
- **Розумно використовуйте затінок:** ховайтеся в затінок, коли УФ-промені найбільш інтенсивні, але пам'ятайте, що конструкції, що дають затінок, такі як дерева, парасольки або навіси, не забезпечують повного захисту від сонця. Пам'ятайте про правило тіні: Подивіться на свою тінь — якщо вона коротка, шукайте затінок!
- **Одягайте дитину в захисний одяг:** капелюх із широкими полями для захисту очей, вух, обличчя та шиї, сонцезахисні окуляри, які забезпечують від 99 до 100 відсотків захисту від УФ-А і УФ-В променів, та вільний одяг зі щільної тканини, який закриває руки і ноги.
- **Використовуйте сонцезахисні засоби:** наносьте велику кількість сонцезахисного засобу широкого спектру дії з дуже високим фактором захисту від сонця (SPF) та оновлюйте його повторно кожні дві години або після плавання, ігор чи фізичних вправ на вулиці.
- **Підліткам слід уникати ламп сонячного світла і соляріїв:** солярії наносять шкоду шкірі та незахищеним очам, тому їх краще уникати.



## 4.11 Запобігання випадковим травмам

Основними причинами випадкових травм є травмування в дорожно-транспортних пригодах (ДТП), утоплення, отруєння, термічні травми та падіння. Травми є однією з основних причин смерті та довгострокової інвалідності дітей і підлітків. Смерті внаслідок випадкових травм можна запобігти.

### Травмування в ДТП

Травмування в ДТП є основною причиною смертельних травм у дітей; воно також є причиною ушкоджень головного мозку і кінцівок, які можуть призводити до довгострокової інвалідності. Діти потребують особливої уваги, оскільки вони є вразливими та недосвідченими учасниками дорожнього руху, особливо в ролі пішоходів та велосипедистів.

- Консультуйте батьків чи опікунів та дитину або підлітка стосовно того, як зменшити ризик травмування в ДТП (робоча пам'ятка 10).

### Робоча пам'ятка 10. Запобігання травмуванню в ДТП

#### Запобігання травмуванню в дорожно-транспортних пригодах (ДТП)



- Забезпечуйте, щоб ваша дитина вдягала шолом при їзді на велосипеді або в ролі пасажира на мотоциклі.
- Забезпечуйте, щоб ваша дитина була пристебнута паском безпеки та належною системою безпеки для дітей під час поїздки в автомобілі, навіть коротких.
- Для захисту дітей доступна низка систем безпеки, таких як автокрісла для немовлят, дитячі автокрісла, бустерні подушки для сидіння та паски безпеки. Їх використання залежить від віку, ваги та зросту дитини. Тільки їх правильне використання може забезпечити надійний захист.
- Забезпечте кращу видимість вашої дитини на дорозі. Забезпечте, щоб ваша дитина використовувала:
  - Одяг білого або світлого кольору або світловідбивні матеріали, напр., світловідбивні смужки, прикріплені до одягу та рюкзака.
  - Фари на велосипедах, передні й задні відбивачі, відбивачі на колесах.
- Наглядайте за дитиною під час гри.
- Допомогайте дитині оцінювати небезпечні ситуації на дорогах. Навчіть її безпечно вирішувати ризиковані дорожні ситуації, напр., безпечно ходити, їздити на велосипеді та переходити дорогу. Поясніть значення сигналів і знаків.



## Утоплення

Діти особливо вразливі до утоплення з високим рівнем смертності, тому профілактичні заходи є надзвичайно важливими. Утоплення може статися будь-де, де є вода: у великих водоймах, таких як басейни, ставки та море, а також у відрах і ваннах.

- Консультуйте батьків чи опікунів стосовно того, як запобігти утопленню (робоча пам'ятка 11).

### Робоча пам'ятка 11. Запобігання утопленню

#### Запобігання утопленню

- Якомога раніше навчіть дитину принаймні основам плавання (триматися на поверхні води, рухатися у воді) та навичкам безпеки на воді.
- Переконайтеся, що діти вдягають рятувальні жилети та індивідуальні вироби для утримання на поверхні води, коли вони граються у відкритих водоймах та перебувають біля них, навіть якщо вони вміють плавати. Не залишайте дітей без нагляду, навіть якщо вони вдягнені в рятувальні жилети та особисті індивідуальні вироби для утримання на поверхні води.
- Дозволяйте дитині купатися тільки у спеціально відведених місцях, де є рятувальник.
- Установіть чотиристоронню ізоляційну огорожу для басейну з воротами, які самостійно закриваються та замикаються, навколо басейнів. Огорожі для басейну повинні відокремлювати будинок та ігрову зону від басейну.
- Уважно стежте за дитиною весь час, коли вона перебуває у воді або біля неї (у тому числі у ванні). Не відволікайтеся на іншу діяльність: утоплення може статися швидко й тихо.
- Навчіться елементарним навичкам надання першої медичної допомоги для проведення негайної серцево-легеневої реанімації дітям у разі утоплення.
- Розкажіть дитині про небезпеку утоплення якомога раніше.

**НЕ** залишайте дітей без нагляду біля водойм.



## Отруєння

Отруєння — це ушкодження, отримане внаслідок впливу токсичної речовини в результаті її проковтування, вдихання, ін'єкції або абсорбції. Більшість випадків смертельних отруєнь спричиняють фармацевтичні препарати, побутова хімія (напр., відбілювачі, засоби для дезінфекції, мийні засоби, засоби для очищення, косметика, оцет), пестициди та отруйні рослини. Власний дім є найбільш поширеним місцем дитячого отруєння. Особливо високий ризик для дітей існує тоді, коли шкідливі речовини зберігаються в доступних для них місцях та в контейнерах, які вони можуть відкрити.

- ▶ Консультуйте батьків чи опікунів стосовно того, як запобігти отруєнню (робоча пам'ятка 12).

### Робоча пам'ятка 12. Запобігання отруєнню

#### Запобігання отруєнню



- Навчіть дітей уникати отруйних речовин.
- Внесіть зміни до їхнього середовища, щоб обмежити доступ до отруйних речовин.
- Приберіть ліки та інші токсичні речовини в недоступне для дитини місце та зачиніть їх.
- Приберіть токсичні речовини, які легко сплутати з їстівними.
- Чітко маркуйте токсичні продукти.
- Використовуйте пакування, захищене від дітей, для зберігання лікарських засобів та побутової хімії.

**НЕ** зберігайте лікарські засоби в таких небезпечних місцях, як сумочки, холодильники та полиці у ванній кімнаті.

**НЕ** зберігайте хімічні речовини в невідповідних контейнерах, таких як пляшки з-під напоїв, оскільки існує ризик, що діти можуть помилково випити їх вміст.

## Падіння

Падіння трапляються часто, і діти є особливо вразливими до них. Хоча більшість падінь є несерйозними, деякі можуть спричиняти серйозні травми, інвалідність і навіть летальні наслідки. У дітей молодшого віку падіння є частою причиною смертельних та серйозних травм голови.

- ▶ Консультуйте батьків чи опікунів стосовно того, як запобігти падінням (робоча пам'ятка 13).

**Робоча пам'ятка 13. Запобігання падінням****Запобігання падінням**

- У небезпечних умовах забезпечуйте належний нагляд дорослих.

**Немовлята і діти молодшого віку**

- Видозмініть або замініть небезпечні об'єкти (прогулянкові коляски, ходунки, високі дитячі стільці, сповивальні столики, тренажери для немовлят). Це передбачає заміну столиків для сповивання на килимки для сповивання, зменшення висоти двоярусних ліжок та використання поручнів.
- Зміна небезпечного середовища вдома. Встановіть безпекові пристрої, такі як віконні решітки, огорожі для сходів, балконні огорожі, на які не можна піднятися, та безпечне скло у вікнах.

**НЕ** використовуйте такі небезпечні вироби, як дитячі ходунки.

**Діти старшого віку**

- Забезпечуйте, щоб на дитині були вдягнуті шолом, щитки для зап'ясть та капи під час такої діяльності, як катання на велосипеді, роликівих ковзанах чи скейтборді.

**Опіки та ошпарювання (термічні травми)**

Термічні травми шкіри та тканин інших органів включають опіки (від контакту з гарячими твердими речовинами) та ошпарювання (від контакту з гарячими рідинами). Пожежі є основною причиною дитячої смертності, тоді як контактні опіки та ошпарювання можуть спричинити сильне спотворення та довгострокову інвалідність. Діти віком до 5 років мають найвищий ризик отримати опіки, більшість із яких виникає на кухні через контакт із гарячими рідинами чи оліями або небезпечними духовими шафами.

- Консультуйте батьків чи опікунів стосовно того, як запобігти опікам і ошпарюванням (робоча пам'ятка 14).

## **Робоча пам'ятка 14. Запобігання опікам і ошпарюванням**

### **Запобігання опікам і ошпарюванням**



- Використовуйте безпечні духові шафи і високі поверхні для приготування їжі та безпечний кухонний посуд.
- Використовуйте запальнички з механізмом захисту від дітей.
- Переконайтеся, що одяг вашої дитини не виготовлений із легкозаймистих матеріалів.
- Перевірте дім на наявність потенційних небезпек та внесіть відповідні зміни до середовища.
- Встановіть справні детектори диму.
- Не залишайте дитину без нагляду.
- Регулюйте температуру водонагрівача.

**НЕ** куріть у ліжку.

**НЕ** носіть довгий одяг вільного крою під час приготування їжі.

**НЕ** використовуйте задані високі температури у водонагрівачах.

## 4.12 Підтримка психічного здоров'я і добробуту

Підтримка психічного здоров'я і добробуту дітей та підлітків є основою їхньої безпеки, що допомагає їм розвиватися та забезпечує позитивні результати в дорослому житті. Коливання настрою та поведінки є нормою, особливо в підлітковому віці (с. 586).

- ▶ Консультуйте всіх дітей, підлітків та опікунів щодо способів підтримки або покращення психічного здоров'я і добробуту дитини чи підлітка. Тези для консультування дітей та підлітків див. у робочій пам'ятці 15, а тези для консультування батьків і опікунів див. у робочій пам'ятці 16.
- ▶ **Примітка:** Наведені нижче поради слід надавати кожному, навіть за відсутності підозри на емоційні чи поведінкові проблеми (напр., депресію чи тривожність).

### **Робоча пам'ятка 15. Що діти та підлітки можуть зробити для підтримки своїх психічного здоров'я і добробуту**

#### Що діти та підлітки можуть зробити для підтримки своїх психічного здоров'я і добробуту



- Продовжуйте (або відновлюйте) приємну та соціальну діяльність.
- Дотримуйтеся рутинних процедур уранці та перед сном.
- Висипайтесь: виробіть режим сну та приберіть телевизор або інші електронні пристрої з екранами з місця, відведеного для сну, чи спальні.
- Плануйте розпорядок дня, відводячи час для прийомів їжі, часу гри, навчання і сну.
- Дотримуйтеся режиму харчування: дітям і підліткам необхідні триразове харчування (сніданок, обід і вечеря) та кілька перекусів щодня.
- Будьте фізично активними: діти та підлітки віком 5–17 років повинні щодня бути фізично активними протягом щонайменше 60 хвилин за рахунок повсякденної діяльності, гри чи спорту.
- Беріть якомога активнішу участь у житті школи, місцевої громади та інших громадських справах.
- Проводьте час із друзями та членами сім'ї, яким ви довіряєте.
- Уникайте вживання наркотиків, алкоголю та нікотину.

**Робоча пам'ятка 16. Що опікуни можуть зробити для підтримки психічного здоров'я і добробуту своїх дітей****Що опікуни можуть зробити для підтримки психічного здоров'я і добробуту своїх дітей**

- Проводьте час із дитиною чи підлітком, займаючись приємною діяльністю.
- Приділяйте дитині увагу, граючись та розмовляючи з нею щодня.
- Заохочуйте гру, що відповідає віку дитини (напр., спорт, малювання) та пропонуйте практичну підтримку (напр., допомогу з домашнім завданням або іншими навичками).
- Слухайте свою дитину, проявляйте розуміння та повагу.
- Захищайте свою дитину від будь-яких форм неналежного поводження, у тому числі від знущань і насильства вдома, у школі та в громаді.
- Готуйтеся до великих змін у житті дитини (наприклад, народження брата або сестри, початку шкільного життя, статевого дозрівання) та надавайте їй підтримку.

**НЕ** використовуйте погрози або фізичні покарання, які можуть погіршити ваші стосунки з дитиною.

- Відкладайте серйозні розмови з дитиною на момент, коли ви й ваша дитина заспокоїться: уникайте різкої критики, криків і лайки.
- Будьте послідовними щодо того, що вашій дитині дозволено та заборонено робити.
- Хваліть або винагороджуйте свою дитину, якщо вона демонструє хорошу поведінку.

# Охорона здоров'я новонароджених

<b>5.1</b>	<b>Фізикальний огляд новонародженої дитини та догляд за нею</b>	<b>132</b>
<b>5.2</b>	<b>Моніторинг росту та набору ваги</b>	<b>138</b>
<b>5.3</b>	<b>Скринінгові тести</b>	<b>138</b>
<b>5.4</b>	<b>Додаткові міркування щодо домашніх пологів</b>	<b>140</b>
<b>5.5</b>	<b>Консультації в післяпологовому періоді</b>	<b>141</b>
<b>5.6</b>	<b>Варіанти норми та відхилення:</b>	<b>146</b>
5.6.1	Голова й череп	146
5.6.2	Обличчя	149
5.6.3	Рот	149
5.6.4	Шия	151
5.6.5	Вуха	152
5.6.6	Очі	152
5.6.7	Живіт	155
5.6.8	Геніталії, анус та пахова ділянка	157
5.6.9	Хребет та попереково-крижовий відділ	160
5.6.10	Руки та кисті рук	160
5.6.11	Ноги та стопи	162
5.6.12	Стегна	163
5.6.13	Шкіра	165
<b>5.7</b>	<b>Жовтяниця та гіпербілірубінемія новонароджених</b>	<b>171</b>
<b>5.8</b>	<b>Затримка у відходженні меконію</b>	<b>173</b>
<b>5.9</b>	<b>Тривалий плач</b>	<b>175</b>
<b>5.10</b>	<b>Блювання</b>	<b>177</b>
<b>5.11</b>	<b>Синдром Дауна (трисомія 21-ї хромосоми)</b>	<b>180</b>
<b>5.12</b>	<b>Фетальний алкогольний спектр порушень</b>	<b>181</b>
<b>5.13</b>	<b>Вроджені вади серця</b>	<b>182</b>
<b>5.14</b>	<b>Вроджений стридор (ларингомаляція)</b>	<b>184</b>
<b>5.15</b>	<b>Новонароджені з можливими метаболічними станами</b>	<b>184</b>
<b>5.16</b>	<b>Вроджений гіпотиреоз</b>	<b>185</b>
<b>5.17</b>	<b>Новонароджені діти матерів із інфекційними захворюваннями</b>	<b>186</b>
<b>5.18</b>	<b>Небезпечні ознаки у хворих новонароджених</b>	<b>195</b>

У цій главі описані **стани, які є характерними саме для новонароджених**. Усі інші стани, які можуть виникати як у новонароджених, так і в дітей старшого віку, описані у главах 6 та 7 цього довідника.

## 5.1 Фізикальний огляд новонародженої дитини та догляд за нею

Огляд новонародженої дитини та оцінювання її стану мають бути проведені протягом перших 24–72 годин після народження (с. 26), один раз через 7–14 днів після народження (с. 31) та ще один раз орієнтовно через 4–6 тижнів після народження (с. 34). У разі ранньої виписки з лікарні чи народження немовляти вдома перший огляд повинен відбутися якомога раніше протягом перших 24 годин після народження. Див. особливі міркування щодо домашніх пологів (с. 140). У перший тиждень після народження рекомендовані домашні візити для догляду за матір'ю та новонародженою дитиною.

Такі візити надають можливість підтримати й заспокоїти батьків чи опікунів у післяпологовому періоді, виявити будь-які медичні стани, що можуть вплинути на здоров'я новонародженої дитини, якщо своєчасно їх не лікувати та не відреагувати на них, наприклад, інфекції, гіпоглікемію чи жовтяницю або соціально-економічні обставини, за яких можуть бути корисними багатопрофільні підтримка чи втручання.

Не забудьте привітати батьків. Ви розділяєте з ними важливий момент у їхньому житті.

У рамках кожного прийому в післяпологовому періоді:

- ▶ Переглядайте анамнез дитини (сімейний анамнез, анамнез матері, зокрема в допологовому та перинатальному періоді) та запитуйте, чи є в батьків чи опікунів питання, які їх непокоять (с. 133).
- ▶ Оглядайте дитину (с. 134).
- ▶ Якщо не виявлено жодних проблем, запевніть опікунів, що їхня дитина здорова. За наявності незначних ознак, що не є важливими з медичної точки зору, заспокойте опікунів та поясніть, що причин для хвилювання немає.
- ▶ Якщо є певні відхилення, обговоріть їхні особливості з опікуном, задокументуйте їх та почніть вживати відповідних заходів.
- ▶ Проводьте щеплення відповідно до національних настанов згідно з рекомендаціями ВООЗ (с. 83). Перевіряйте та документуйте проведення щеплень у домашній медичній карті або довідці про щеплення.

- ▶ Консультуйте опікунів стосовно будь-яких питань, що їх непокоять.
- ▶ Забезпечте, щоб усі новонароджені отримували вітаміни К і D:

#### Вітамін К

- 1 мг вітаміну К в/м протягом першої години після народження (під час першого годування грудьми із забезпеченням шкірного контакту матері й немовляти); або
- 3 дози по 2 мг вітаміну К перорально: при народженні, на 4–6 день та на 4–6 тиждень
- Недоношеним новонародженим слід вводити в/м меншу дозу з розрахунком 0,4 мг/кг.

#### Вітамін D

- Вітамін D, 400 МО, починаючи з декількох днів після народження протягом принаймні перших 12 місяців життя.

### Анамнез

Збирайте детальний медичний анамнез, включаючи:

- **Розвиток немовляти після народження:** будь-які занепокоєння батьків, вигодовування, проблеми з виділенням сечі (зазвичай протягом перших 24 годин після народження) та меконію (зазвичай протягом перших 48 годин після народження) (с. 173).
- **Анамнез матері:** вік, соціальний статус, хронічні захворювання, медичне лікування та застосування лікарських засобів, рекреаційних наркотичних речовин і алкоголю та куріння.
- **Сімейний анамнез:** вік батька, генетичні захворювання, кровна спорідненість батьків, попередні вагітності та здоров'я братів чи сестер новонародженого.
- **Поточна вагітність:** медичні стани, що могли вплинути на перебіг вагітності (наприклад, гестаційний діабет), ускладнення, скринінгові тести та спеціальні діагностичні процедури, вплив інфекційних хвороб матері, таких як гепатит В (с. 193), ВІЛ (с. 192), цитомегаловірус (ЦМВ) (с. 187), сифіліс (с. 188) чи токсоплазмоз (с. 189), під час вагітності чи пологів.
- **Пологи і народження:** вид пологів, тривалість пологів, ознаки дистресу плода, використання лікарських засобів та/або застосування анестезії, оцінка за шкалою Апгар (с. 26).

- **Фактори ризику неонатальних інфекцій:**

- Передчасний розрив плодових оболонок (> 18 год до пологів)
- Підвищення температури в матері > 38°C перед пологами чи під час пологів
- Неприємний запах амніотичної рідини чи наявність у ній гною (хоріоамніоніт)
- Колонізація матері стрептококами групи В
- Передчасні пологи.

### Фізикальний огляд

- ▶ Перед проведенням огляду мийте руки (с. 864).
- ▶ Повністю роздягайте новонароджену дитину й оглядайте її в теплому й добре освітленому приміщенні (таблиця 24). Адаптуйте свій підхід відповідно до ситуації та залишайте більш тривожні для дитини процедури на кінець огляду. Користуйтеся моментом, коли дитина спокійна, щоб провести аускультацию серця.

**Таблиця 24. Компоненти фізикального огляду новонародженої дитини**

<b>Шкіра</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Огляд шкіри: блідість, жовтяниця (с. 171), текстура, родимі плями (с. 168–171), лущення шкіри (с. 166), висипання (с. 166) чи ознаки травм, напр., синці?</li> </ul>
<b>Голова, обличчя і шия</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Огляд та пальпація голови й черепних швів: ознаки травми, кровотеча, набряк, деформація (с. 148), випинання або западання тім'ячка (с. 148)?</li> <li>• Огляд обличчя, оцінювання симетрії: наявність асиметрії обличчя (с. 149)?</li> <li>• Огляд очей, їх розміру та розрізу: косоокість (с. 152), ознаки інфекції (с. 152), птоз (с. 155), колобома (с. 154), збільшення розміру ока (с. 154)?</li> <li>• Тест червоного рефлексу: відсутність червоного рефлексу, помутніння рогівки чи кришталіка (с. 138)?</li> <li>• Оцінювання розміру й форми вух: деформації вуха, ураження шкіри передвушної ділянки (с. 152)?</li> <li>• Пальпація шиї та ключиць: кісти, об'ємні утворення в шийній ділянці, переломи (с. 151)?</li> <li>• Огляд рота та пальпація піднебіння: розщеплення піднебіння, кісти піднебіння чи дна ротової порожнини, молочниця ротової порожнини, коротка вуздечка язика (с. 149)?</li> </ul>

<p><b>Дихання</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Підрахунок частоти дихання за 60 секунд (норма: 30–60 дихальних рухів/хв)</li> <li>• Перевірка на предмет ціанозу та ознак дихального розладу: використання допоміжних дихальних м'язів, западання грудної клітки, роздування крил носа?</li> <li>• Прослуховування дихання на предмет стридору, аскультація легень на предмет аномальних дихальних шумів чи їх відсутності</li> <li>• Вимірювання сатурації крові киснем для скринінгу на вроджені вади серця (с. 182) та якщо були помічені ознаки дихального розладу.</li> </ul>
<p><b>Серцево-судинна система</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Аскультація серця: тахікардія, аритмія, шуми (с. 362)?</li> <li>• Пальпація плечового та стегнового пульсу.</li> </ul>
<p><b>Живіт</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Огляд форми, симетрії, перевірка на предмет здуття та огляд пупкової куки: інфекція, пупкова грижа (с. 155), пупкова гранульома (с. 156)?</li> <li>• Пальпація на предмет органомегалії. Печінка зазвичай пальпується на 2 см, а край селезінки — на 1 см нижче від реберної дуги. Пальпація нирок із боків обома руками.</li> </ul>
<p><b>Зовнішні статеві органи й анус</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Огляд ануса: неперфорований анус (с. 159), зміщення ануса вперед (с. 159)?</li> <li>• Огляд статевих органів у хлопчиків: крайня плоть, розташування отвору сечовивідного каналу (гіпоспадія, с. 159), набряк зовнішніх статевих органів (с. 157), твердість (вроджений перекрут), неопущення яєчка (с. 158), гідроцеле (с. 158) чи асиметрія?</li> <li>• Огляд статевих органів у дівчат: гіпертрофія клітора, набряк зовнішніх статевих органів, виділення з піхви, неперфорований гімен (с. 158)?</li> </ul>
<p><b>Опорно-руховий апарат</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Огляд голови, обличчя, шиї, кінцівок і тулуба для перевірки наявності ознак пологових травм: переломів, паралічу, асиметрії, синців, набряків, зниження рухливості, болю під час пальпації чи рухів?</li> <li>• Огляд хребтової й куприкової ділянки, пальпація кісткових структур та перевірка цілісності шкіри: крижова ямка, дефекти нервової трубки (с. 160)?</li> </ul>

- Огляд верхніх та нижніх кінцівок: асиметричні рухи, долонні й підошовні складки, зайві пальці (с. 160) та клишоногість (с. 162)?
- Оцінювання симетрії кінцівок і складок шкіри та проведення тестів Барлоу й Ортолані (с. 164): вроджена дисплазія кульшового суглоба (с. 163)?

**Показники життєдіяльності**

- Вимірювання пахової температури, частоти серцевих скорочень (норма — < 180 ударів за хвилину), частоти дихання (норма — 30–60 дихальних рухів/хв) та часу заповнення капілярів (норма — до 2 с).

**Ріст**

- Вимірювання маси тіла, довжини тіла та окружності голови (моніторинг росту, с. 22). Цю частину можна відкласти на кінець огляду, щоб дитина менше плакала.

## Нервова система

- Спостереження за поведінкою, рухами, положенням тіла, рівнем активності, м'язовим тонусом та здатністю однаково рухати руками й ногами. Звертайте увагу на плач.
- Перевірка рефлексів новонародженої дитини (див. ілюстрації).



### Рефлекс автоматичної ходи:

здається, що дитина робить кроки чи танцює, коли її тримати у вертикальному положенні так, щоб її ноги торкалися твердої поверхні. Рефлекс зникає приблизно у віці 2 місяців.



### Шийний тонічний рефлекс

(«поза фехтувальника»): при повертанні голови дитини у бік, рука з такого боку випрямиться, а інша рука зігнеться в лікті. Рефлекс зникає у віці 5–7 місяців.



### Хапальний рефлекс:

при погладжуванні дитини по долоні, вона стискає пальці в кулак (верхній хапальний рефлекс). Рефлекс зникає приблизно у віці 5–6 місяців. Аналогічний рефлекс пальців ніг (нижній хапальний рефлекс) зникає приблизно у віці 9–12 місяців.



### Рефлекс повзання:

при розміщенні в положенні на животі та натисканні на підшви стопи, дитина відштовхується від руки й починає імітувати повзання. Рефлекс зникає у віці 4–6 місяців.



**Рефлекс Моро:** у відповідь на раптову втрату опори дитина закидає голову назад, розгинає руки й ноги, скрикує, а потім повертає руки й ноги у вихідне положення. Рефлекс зникає приблизно у віці 2 місяців.

## 5.2 Моніторинг росту та набору ваги

Втрата новонародженою дитиною 5–10% своєї маси тіла при народженні протягом перших днів життя — це нормальне явище. Втрата маси тіла не має перевищувати 10% маси тіла при народженні. Дитина повинна знову набрати масу тіла протягом 14 днів.

- ▶ Під час кожного візиту вимірюйте зріст, щоб переконатися в належному набиранні маси тіла (с. 22).
- ▶ Якщо втрата маси тіла перевищує 10% маси тіла при народженні, проведіть ретельний фізикальний огляд та оцінювання грудного вигодовування, прикладання до грудей, споживання молока, анамнезу матері, її переконань та поведінки. Якщо особливих причин для занепокоєння немає, порадьте продовжувати грудне вигодовування та проведіть повторний огляд через 2–3 дні. Якщо під час огляду ви виявляєте щось, що викликає занепокоєння, та/або у вас виникає підозра щодо основного захворювання або якщо стан дитини не покращується через 2–3 дні, направте її до лікарні.

## 5.3 Скринінгові тести

Кожна новонароджена дитина повинна пройти скринінг на вроджені, генетичні та метаболічні захворювання, проблеми зі слухом чи зором та дисплазію кульшового суглоба.

### Скринінг на втрату слуху

- Проводьте скринінг на втрату слуху з використанням методів ОАЕ або автоматичних слухових реакцій стовбура мозку для всіх новонароджених перед досягненням ними віку 1 місяця, якщо такий скринінг не був проведений у лікарні перед випискою або якщо дитина народилася вдома.
- ▶ Направляйте всіх новонароджених, у яких скринінг на втрату слуху продемонстрував відхилення, до аудіолога не пізніше 3-місячного віку.

### Скринінг зору

- Проводьте для всіх новонароджених тест червоного рефлексу: перевіряйте відбивання червоного світла від сітківки за допомогою медичного ліхтарика.

- ▶ Направляйте до спеціаліста всіх новонароджених, у яких не відбивається червоне світло, оскільки це може вказувати на вроджену катакту (с. 511) або лейкокорію на ранній стадії ретинобластоми (с. 511).

### Скринінг новонароджених на метаболічні та ендокринні захворювання

Багато метаболічних захворювань можна виявити за допомогою декількох крапель крові, взятої з п'яти або з вени. Взяття крові для скринінгу новонародженої дитини необхідно здійснювати в періоді між 48 та 72 годинами після народження. Настанови щодо скринінгу відрізняються залежно від країни, проте, як правило, необхідно проводити скринінг новонароджених на такі захворювання:

- Фенілкетонурія
- Вроджений гіпотиреоз (с. 185)
- Галактоземія
- Муковісцидоз (кістозний фіброз) (с. 668)
- Гемоглобінопатія: серповидноклітинна анемія (с. 686), таласемія (с. 684)
- Вроджена гіперплазія наднирників.

### Скринінг на гіпербілірубінемію

- Оцінювання жовтяниці та факторів ризику гіпербілірубінемії.
- ▶ Якщо ви виявили в дитини жовтяницю чи фактори ризику, виміряйте рівень білірубину за допомогою черезшкірного білірубінметра (с. 881) або проведіть тест на рівень білірубину в сироватці, особливо протягом перших 72 годин життя. Для оцінювання того, чи показники при жовтяниці в межах норми, та оцінювання факторів ризику, див. порогові рівні білірубину при патологічній жовтяниці та інформацію щодо подальшого ведення пацієнтів на с. 171.

### SpO<sub>2</sub>

- Проводьте пульсоксиметрію для вимірювання SpO<sub>2</sub> з метою діагностики ціанотичних вроджених вад серця (с. 183). Результат скринінгового тесту вказує на відхилення, якщо:
  - SpO<sub>2</sub> < 90% на будь-якій із кінцівок; **або**
  - SpO<sub>2</sub> < 95% на правій руці та нозі за результатами 3 вимірювань із інтервалом в 1 год; **або**

## ДОДАТКОВІ МІРКУВАННЯ ЩОДО ДОМАШНІХ ПОЛОГІВ

- наявна різниця у > 3% між правою рукою і ногою за результатами 3 вимірювань із інтервалом в 1 год.
- ▶ У разі виявлення відхилень, якщо  $SpO_2 \leq 90\%$ , забезпечте подачу кисню та проведіть лікування інших причин гіпоксемії (напр., сепсису). Терміново видайте направлення до лікарні.

### Оцінювання на предмет вродженої дисплазії кульшового суглоба

- Перевіряйте, чи симетричні ноги й сідниці новонародженої дитини, зокрема за допомогою тестів Барлоу й Ортолані (с. 164) у віці до 1 місяця.
- ▶ За наявності причин для занепокоєння направляйте дитину до спеціаліста для проведення ультразвукового дослідження (УЗД).

## 5.4 Додаткові міркування щодо домашніх пологів

Якщо дитина народилася вдома, крім збирання загального анамнезу та проведення огляду й скринінгових тестів, проводьте також рутинну імунізацію (с. 30) та забезпечте отримання дитиною вітаміну К (с. 133).

### Збирання додаткового анамнезу під час першого прийому новонародженого, народженого вдома

- Проведіть оцінювання на предмет наявності факторів ризику:
  - Неонатальної інфекції (с. 134)
  - Гіпоксично-ішемічної енцефалопатії (асфіксія при народженні): дуже ранній або пізній вік матері, багатоплідні пологи, низька маса тіла при народженні, проблеми, пов'язані з пуповиною, відшарування плаценти, меконіальне забарвлення амніотичної рідини, тривалі пологи, дисточія плечиків
  - Гіпоглікемії: діабет у матері, асфіксія, затримка внутрішньоматкового росту, завеликий чи замалий розмір плоду для певного гестаційного віку.
- ▶ Якщо присутній будь-який із факторів ризику неонатальної інфекції, а мати не отримувала антибіотиків під час пологів, терміново направте дитину до лікарні.
- ▶ Якщо присутній будь-який із факторів ризику, виміряйте рівень глюкози (див. нижче).

### Додатковий огляд під час першого прийому новонародженої дитини у випадку домашніх пологів

- Виміряйте і задокументуйте масу тіла при народженні (с. 22).
- Проведіть перевірку на наявність серйозних вроджених вад, зокрема розщеплення губи та піднебіння (с. 150), непрохідності кишечника, дефектів нервової трубки (с. 160) та дефектів черевної стінки, таких як, наприклад, омфалоцеле.
- Проведіть перевірку на наявність ознак асфіксії при народженні: слабкий м'язовий тонус, слабкий крик, слабе смоктання, летаргія, зниження рівня свідомості, зниження рухової активності та рефлексів, судоми.
- ▶ У разі виявлення будь-яких серйозних вроджених вад терміново направляйте дитину до лікарні.
- ▶ За наявності будь-яких ознак асфіксії при народженні терміново направляйте дитину до лікарні.
- ▶ У випадку судом застосовуйте фенобарбітал (с. 851) перед направленням.

### Скринінг на глюкозу

- Вимірюйте рівень глюкози в усіх новонароджених, які мають фактори ризику гіпоглікемії (див. вище). У разі виявлення та збереження гіпоглікемії (рівень глюкози < 2,5 ммоль/л або < 45 мг/дл) після годування, терміново направляйте дитину до лікарні для оцінювання й лікування.

## 5.5 Консультація в післяпологовому періоді

Післяпологовий період є надзвичайно важливим для здоров'я дитини. Це також дуже непростий період для сімей, особливо для матерів. Консультуйте, хваліть та підтримуйте батьків чи опікунів та сім'ю загалом.

### Планування сім'ї

- ▶ Проводьте для батьків консультації щодо важливості перерви між вагітностями у принаймні 2 роки.
- ▶ Говоріть із батьками про потребу в чутливому догляді, навчанні їхніх дітей та фінансових ресурсах, які є зовнішніми факторами, що їх необхідно враховувати під час планування кількості дітей.

## Емоційний добробут батьків чи опікунів

- ▶ Під час кожного візиту в післяпологовому періоді запитуйте опікунів про їхній емоційний стан, наявність сімейної й соціальної підтримки та стратегії подолання стресу, які вони застосовують, щоби впоратися зі щоденними труднощами.
- ▶ Визначте побоювання чи занепокоєння, пов'язані з доглядом за дитиною, нормальним розвитком чи реакціями дитини.
- ▶ Визначте потенційні проблеми з психічним здоров'ям у сім'ї.

## Розширення можливостей батьків чи опікунів

- ▶ Надавайте релевантну і своєчасну інформацію, завдяки якій опікуни зможуть покращувати рівень здоров'я й добробуту всієї сім'ї, а також розпізнавати проблеми й реагувати на них.
- ▶ Переконайтеся в тому, що опікуни знають, як оцінювати загальний стан своєї дитини, як розпізнавати небезпечні ознаки та коли звертатися до лікарів чи служб екстреної допомоги. Небезпечні ознаки включають:
  - Відмову від їжі
  - Судоми
  - Сонливість чи непритомність
  - Прискорене чи утруднене дихання.

## Грудне вигодовування

- ▶ Рекомендуйте матерям годувати новонароджену дитину грудьми. Просіть їх під час кожного візиту показувати вам, як вони годують дитину грудьми (с. 100).
- ▶ Оцінюйте техніку грудного вигодовування, звертайте увагу на положення дитини, прикладання її до грудей, а також на те, чи дитина споживає достатньо грудного молока (с. 101).

## Метод «кенгуру»

- ▶ Новонароджених із низькою масою тіла (< 2 кг), клінічний стан яких є стабільним, слід виходжувати із застосуванням методу «кенгуру» протягом якомога більшої кількості часу, починаючи одразу після народження. Такий метод може також бути корисним і для доношених новонароджених.
- ▶ Проводьте для опікунів консультації щодо виходжування дитини за допомогою методу «кенгуру» (робоча пам'ятка 17).

## Робоча пам'ятка 17. Метод «кенгуру»

### Метод «кенгуру» є корисним для розвитку дитини



**Метод «кенгуру»**

- Одягніть на дитину лише підгузок, шапочку та шкарпетки. Внутрішня температура тіла має триматися в межах 36–37°C, а стопи мають бути теплі й рожеві.
- Покладіть дитину собі на груди, забезпечивши шкірний контакт, при цьому голова дитини має бути повернута вбік.
- Зафіксуйте дитину в такому положенні щодо вашого тіла тканиною та загорніться з нею у свій одяг.
- Часто годуйте дитину грудьми.
- Хоч батько дитини, звісно, не може забезпечити їй грудне вигодовування, він чудово може виходжувати її за допомогою методу «кенгуру».

## Сон новонароджених

Протягом перших 3 місяців життя діти сплять 14–17 годин на добу, при цьому кожна дитина має індивідуальний ритм сну. У віці 6–12 місяців час сну зменшується до 12–16 годин на добу. Для вироблення в дітей режиму сну та неспання знадобиться декілька тижнів. Як правило, у віці до одного року вони принаймні один раз прокидаються вночі. З раннього віку в дітей по-різному виробляються звички засинати самостійно.

## Профілактика СРДС

СРДС — це раптова й неочікувана смерть немовляти у віці до 1 року уві сні, пояснення якій неможливо знайти після ретельного дослідження, зокрема після проведення розтину. У багатьох країнах СРДС — одна з найпоширеніших причин смерті немовлят після завершення післяпологового періоду.

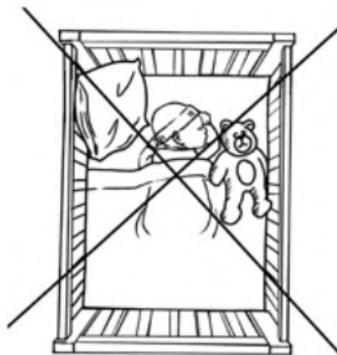
- ▶ Проводьте для батьків чи опікунів консультації стосовно профілактики СРДС (робоча пам'ятка 18).

**Робоча пам'ятка 18. Профілактика синдрому раптової дитячої смерті****Як забезпечити дитину під час сну****ЩО СЛІД РОБИТИ**

- Кладіть дитину спати на спині на твердій поверхні.
- Створіть безпечні умови для сну: ваша дитина має спати в окремому ліжку у вашій спальні.
- Не накривайте голову дитини, в ідеалі вона має спати у конверті.
- Годуйте дитину виключно грудьми упродовж шести місяців.
- Тримайте дитину подалі від диму.

**ЧОГО НЕ СЛІД РОБИТИ**

- Не давайте дитині спати на животі.
- Не давайте дитині спати на одному ліжку разом з іншими.
- Не перегрівайте повітря в кімнаті.
- Не накривайте голову дитини, коли вона спить у приміщенні.
- Не давайте дитині спати на м'якому матраці.
- Не кладіть у ліжку інші предмети (м'які іграшки, подушки, м'які предмети та незафіксовані елементи постелі).
- Не дозволяйте нікому курити біля дитини.
- Не куріть у процесі грудного вигодовування.

**Догляд за шкірою, нігтями та купання новонародженої дитини**

- ▶ Проводьте для батьків чи опікунів консультації щодо догляду за шкірою й нігтями новонародженої дитини та її купання (робоча пам'ятка 19).

**Робоча пам'ятка 19. Догляд за шкірою, нігтями та купання новонародженої дитини**



**Як доглядати за нігтями, шкірою та пупком дитини**

**Нігті**

Нігті новонародженої дитини м'які й еластичні:

- Використовуйте пилочку для нігтів, дитячі щипчики для нігтів або ножиці з тупими заокругленими кінцями, щоб обрізати нігті, якщо вони нерівні або занадто довгі.

**Догляд за шкірою під підгузком**

Шкіра під підгузком часто подразнюється й червоніє через вологу й контакт із фекаліями й сечею:

- Регулярно змінюйте підгузки й очищуйте шкіру під ними ватними кульками чи рушниками, змоченими теплою водою.
- Якщо ви помітили ознаки пелюшкового дерматиту, наносьте захисний крем під час кожної зміни підгузка, змінюйте підгузки частіше та не вдягайте їх якомога довше, щоб ця ділянка шкіри залишалася сухою.
- Якщо, незважаючи на належний догляд, пелюшковий дерматит у дитини не проходить через 3 дні, причиною цього може бути грибок (Candida); у такому випадку потрібне протигрибкове лікування. Консультуйтеся з лікарем стосовно доцільного лікування.

**Догляд за пупком**

- Утримуйте пуповинний залишок і ділянку шкіри навколо нього в чистоті й сухості. Промивайте водою. НЕ використовуйте спиртових серветок.
- Забезпечте доступ повітря до пупкової кукси: не закривайте її підгузком, щоб уникнути її контакту з сечею й вологою. Вона відпадає протягом 1–3 тижнів життя.
- Перевіряйте ділянку пупка на предмет ознак інфекцій.

**Купання**

- Не купайте дитину щонайменше протягом перших 24 годин після народження.
- Купайте дитину 1–2 рази на тиждень протягом не довше ніж 5 хвилин.
- Нагрівайте воду до 37°C та підтримуйте температуру в кімнаті на рівні 26–27 °C. Перевіряйте температуру води під час купання.

## Як доглядати за нігтями, шкірою та пупком дитини (продовження)



### Захист від сонця

- Протягом щонайменше 6 місяців уникайте потрапляння на дитину прямих сонячних променів, вдягайте її в легкий одяг, що закриває руки й ноги, та надягайте капелюхи з полями, які кидають тінь на шию.
- Використовуйте сонцезахисні засоби, що мають фактор захисту від сонця (SPF) щонайменше 15.

## 5.6 Варіанти норми та відхилення

У цій главі описані різні відхилення: від звичайних та нормальних варіацій до рідкісних станів, у тому числі вроджених хвороб і пологових травм. Такі відхилення можуть помітити батьки чи опікуни або лікар — під час планового післяпологового огляду новонародженої дитини.

### 5.6.1 Голова й череп

#### Родова пухлина

Родова пухлина — це досить поширене відхилення в новонароджених, спричинене тиском пологових шляхів на волосисту частину голови під час пологів. Його можна сплутати з кефалогематомою (с. 147).



**Родова пухлина:** набряк над окістям, що перетинає середню лінію черепних швів



**Кефалогематома:** набряк під окістям, що не перетинає черепних швів

- Набряк м'яких тканин (накопичення рідини) під шкірою волосистої частини голови та над окістям (див. рисунок на наступній сторінці) без чітких меж
- Перетинає середню лінію
- Супроводжується еритемою, синцями та петехіями.
- ▶ Заспокойте опікунів. Цей стан зазвичай зникає через декілька днів і не потребує жодних втручань. Нагадайте їм, що вони мають здійснити повторний візит, якщо набряк не мине через 3 дні.
- ▶ Розглядайте доцільність проведення візуалізаційного дослідження, якщо родова пухлина має значні розміри й не минає через 48–72 год або якщо спостерігаються збільшення набряку, неврологічні дефіцити чи гемодинамічна нестабільність.

### Кефалогематома

Кефалогематома — це накопичення крові під волосистою частиною голови через розрив кровоносних судин під час пологів.

- Зазвичай виникає через 2–3 дні після народження
- Рухлива гематома під окістям (див. рисунок вище)
- Обмежується ділянкою однієї кістки черепа, не перетинає черепних швів
- Іноді наявний перелом черепа (часто лінійний перелом).
- ▶ Спрогнозуйте розвиток жовтяниці (с. 171) та перевірте наявність кальцифікації. У випадку великих гематом переконайтеся, що в дитини немає анемії, та спрогнозуйте розвиток жовтяниці.
- ▶ Заспокойте опікунів. Може знадобитися декілька місяців, щоб кефалогематома зникла, але, як правило, вона не потребує жодних втручань.

### Крововилив під апоневроз

Крововилив під апоневроз — це найменш поширена, але найбільш серйозна позачерепна травма, спричинена крововиливом у частині голови між окістям черепа та надчерепним апоневрозом.

- Поширення набряку м'яких тканин
- Поступово розвивається через 12–72 години після пологів
- Поширюється на ділянку шиї та за вухами
- Можливий також набряк периорбітальної ділянки

- При пальпації волосистої частини голови відчувається рухома водяниста маса, переважно на задній частині голови, поверхня шкіри вкрита синцями. У разі накопичення значного об'єму крові можна побачити рух рідини.
- ▶ У разі виникнення підозри на крововилив під апоневроз терміново направляйте дитину до лікарні.

### Синці на голові

Здебільшого синці на голові з'являються внаслідок тривалих пологів чи незначних травм, спричинених інструментами, що використовувались під час інструментальних пологів (щипцями або вакуумною екстракцією). Синці можна сплутати з винними родимими плямами (с. 171).

- ▶ Більшість синців не є шкідливими, легко розсмоктуються й не потребують лікування. Якщо було визначено, що це не винна родима пляма, заспокойте опікунів.

### Краніотабес

Краніотабес — це розм'якшення чи витончення кісток черепа, що зазвичай уражає задню й бокові частини голови. Це може бути нормальним явищем, особливо в недоношених новонароджених. Кістки прогинаються під тиском, а коли тиск послаблюється — повертаються в початкове положення.

- ▶ Виключіть стани, що впливають на ріст кісток, зокрема рахіт (с. 473), сифіліс (с. 188) або таласемію (с. 684).

### Випукле тім'ячко

Випукле тім'ячко, як правило спричинене плачем. Коли дитина не плаче, воно м'яке.

- ▶ Виключіть підвищений внутрішньочерепний тиск, наприклад, через менінгіт (с. 264).

### Деформація

Деформація — це процес, під час якого тім'яні кістки знаходять одна на одну при проходженні голови дитини пологовими шляхами. При цьому по лініях черепних швів промацується виступ.

- ▶ Заспокойте опікунів. Деформація — це фізіологічний стан, який, як правило, минає через декілька днів і не вимагає жодних втручань.

## 5.6.2 Обличчя

### Синці на обличчі

Синці на обличчі переважно спричинені тиском під час вагінальних пологів, їх можна сплутати з винними родимими плямами (с. 170).

- ▶ Заспокойте опікунів. Більшість синців швидко розсмоктується й не потребує лікування.

### Асиметрія обличчя

Обличчя може спочатку виглядати асиметричним через тиск під час проходження пологовими шляхами. Дуже рідко асиметрія обличчя спричинена пошкодженням лицевого нерва під час пологів.

- ▶ Заспокойте опікунів. Проблема, як правило, поступово зникає протягом декількох тижнів після народження. Порадьте їм прийти на повторний візит у випадку збереження асиметрії, що трапляється вкрай рідко.

## 5.6.3 Рот

### Коротка вуздечка язика

Під'язикова складка (вуздечка язика), що з'єднує нижню поверхню язика з дном ротової порожнини, незвичайно коротка, товста чи щільна. Як правило, при цьому дитина все одно може смоктати грудне молоко.

- ▶ Поясніть батькам, що язик нормально розвинеться, коли дитина підросте.

**НЕ** направляйте дітей на хірургічне видалення складки на рутинних засадах.

- ▶ Давайте направлення, якщо дитині складно їсти через обмеження вуздечкою руху язика і вона не набирає маси тіла.

### Ранула

Ранула — це накопичення рідини або кіста, що утворюється на дні ротової порожнини під язиком.

- ▶ Заспокойте батьків. Якщо вона невелика й безсимптомна, лікування не потрібне.
- ▶ Якщо вона велика й супроводжується симптомами, направте дитину на здійснення незначного щелепно-лицьового хірургічного втручання.

## Перлини Епштейна

Перлини Епштейна — це невеликі білі набряки (кісти на яснах) на піднебінні.

- ▶ Заспокойте батьків. Лікування не потрібне.

## Молочниця (кандидоз) ротової порожнини

Молочниця ротової порожнини — це інфекція, яку спричиняє *Candida albicans*. Зазвичай вона виникає у перший рік життя, особливо в немовлят на грудному вигодовуванні.

- Білі плями з червоними краями на язиці, щоках, дні ротової порожнини чи піднебінні.
- ▶ Призначте лікування ністатиновою маззю (100 000 ОД/г) або гелем типу «Міконазол» (20 г/мл): 1 мл чотири рази на день, поки не мине декілька днів після зникнення білих плям.
- ▶ Заспокойте батьків.

## Розщеплення губи та піднебіння

- Розщеплення губи та піднебіння можливі одночасно або окремо (див. рисунок нижче).
- ▶ Поясніть батькам, що за допомогою хірургічного втручання можна відновити нормальне функціонування та створити нормальний зовнішній вигляд, при цьому залишаться лише мінімальні рубці.
- ▶ Направте дитину на операцію із закриття розщеплення. Розщеплення в губі можна закрити у віці 6 місяців, а в піднебінні — у віці 1 року. Розщеплення губи можна виправити раніше, якщо буде безпечно застосувати анестезію, і таке виправлення буде технічно можливо здійснити.
- ▶ Уважно стежте за годуванням та ростом. У той час як діти з розщепленою губою можуть нормально харчуватись, розщеплення піднебіння може викликати труднощі під час вигодовування.
- ▶ Надавайте опікунам поради щодо вигодовування: годувати дитину потрібно зцідженим грудним молоком за допомогою чашки й ложки або пляшечки; можна використовувати спеціальну соску. Техніка годування полягає в болюсному введенні молока шляхом вливання крапель молока на задню частину язика в глотку ложкою, піпеткою або іншим предметом для наливання рідини. Тоді дитина зможе нормально ковтати. Видайте направлення до спеціаліста, якщо результати вигодовування чи темпи набору маси тіла є незадовільними.



*Одностороннє  
розщеплення губи*

*Двостороннє  
розщеплення губи*

*З розщепленим  
піднебінням*

### **Розщеплення губи та піднебіння**

- ▶ Пам'ятайте, що обструкція верхніх дихальних шляхів під час сну може спричиняти гіпоксемію та затримку росту. За наявності таких підозр, направте дитину на лікування до спеціаліста.

## **5.6.4 Шия**

### **Вроджене об'ємне утворення в шийній ділянці**

Вроджене об'ємне утворення в шийній ділянці зазвичай не викликає болю, але може спричинити проблеми з ковтанням, дихальні розлади та біль у шиї через тиск на структури навколо нього.

- ▶ Направляйте дітей до спеціалістів для підтвердження діагнозу та планування операції. Додаткову інформацію див. на с. 485.

### **Кривошия**

Кривошию спричиняє вкорочення м'язів шиї з одного боку, внаслідок якого голова нахилена на один бік.

- Діти нахилиють голову в бік укорочених м'язів, а повертають — у протилежний.
- ▶ Заспокойте опікунів та проконсультуйте їх щодо того, в якому положенні розмішувати дитину так, щоб вона могла більше дивитися в уражений бік, наприклад, під час годування, та в якому положенні фіксувати голову дитини за допомогою рушників, коли вона лежить на спині, щоб обережно розтягнути ушкоджений м'яз.
- ▶ Проведіть повторний огляд через 4–6 тижнів та направте дитину для подальшого оцінювання й фізіотерапії, якщо не буде виявлено покращення.

### 5.6.5 Вуха

#### Вроджені варіації вуха

Існує багато анатомічних варіацій вуха, зокрема:

- Ураження шкіри передвушної ділянки та придатки, акрохордони або поверхневі ямки з одного чи з обох боків, розміщені прямо перед вухом
- Капловухість, стриктура (завиток загорнутий, зморщений або щільний) слухового каналу, недорозвинуті вуха чи їх відсутність
- Варіації мочки вуха (розщеплені чи подвійні мочки).
- ▶ Заспокойте опікунів та переконайтеся, щоб дитина пройшла обстеження слуху: можливий підвищений ризик втрати слуху.



**Ураження шкіри передвушної ділянки**

### 5.6.6 Очі

Новонароджені діти бачать, але їхній зір не сфокусований. Їхній зір розвивається поступово протягом перших кількох місяців життя. У віці 3 місяців дитина починає слідкувати очима за кольоровим предметом, піднесеним на близьку відстань до її обличчя.

- ▶ Якщо до 3 місяців новонароджена дитина не слідкує очима за рухами, направте її до офтальмолога.

#### Косоокість

Косоокість — це нормальне явище в новонароджених дітей протягом перших місяців життя.

- Очі можуть дивитися в різні напрямки або виглядати не вирівняно.
- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста, якщо косоокість не зникає до 3-місячного віку або якщо вона є постійною.



**Косоокість**

#### Кон'юнктивіт (офтальмія новонароджених)

Кон'юнктивіт у новонароджених може бути спричинений хімічним подразненням у зв'язку з місцевою профілактикою захворювань ока або вірусною чи бактеріальною інфекцією, що передалися від матері до дитини під час пологів.

- **Легкий кон'юнктивіт** (почервоніння очей, подразнення, набряк, злипання повік) — поширена проблема серед новонароджених та немовлят.
- **Герпетичний кон'юнктивіт** виникає рідко та гостро проявляється на 1–14-й день після народження у вигляді виділень з одного чи обох очей та пухирів на шкірі.
- **Тяжкий кон'юнктивіт** (почервоніння очей, злипання повік, рясні гнійні виділення та/або сильний набряк і запалення повік, целюліт шкіри навколо очей) часто спричинений гонококовою інфекцією (симптоми з'являються через 1–5 днів після народження) або *Chlamydia trachomatis* (симптоми з'являються через 5–14 днів після народження).



**Офтальмія новонароджених: набряклі червоні повіки з гнійними виділеннями**

- ▶ **Кон'юнктивіт, спричинений профілактикою захворювань ока**, який виникає після народження, як правило, минає через 2–4 дні. Лікування не потрібне.
- ▶ У випадку **легкого кон'юнктивіту**, спричиненого бактеріями, іншими ніж *Chlamydia trachomatis* та *Neisseria gonorrhoeae*: призначайте місцеві антибіотики; деталі щодо лікування див. на с. 907.
- ▶ У випадку **тяжкого кон'юнктивіту** підозрюйте гонококовий або хламідійний кон'юнктивіт та негайно направляйте дитину до лікарні, оскільки необхідне термінове лікування. Якщо госпіталізація затримується, введіть в/м цефтріаксон у дозуванні 50 мг/кг (макс. — 150 мг) однією дозою перед госпіталізацією.
- ▶ За наявності підозр на **герпетичний кон'юнктивіт**, негайно направляйте дитину до лікарні для внутрішньовенного (в/в) введення ацикловіру.

### Звуження слізних проток (стеноз слізних проток)

Іноді діти народжуються з заблокованими слізними протоками. Це спричиняє блокування, що унеможливлює сльозовідведення.

- Набряк та почервоніння шкіри носа збоку
- Сльозливість очей
- Зранку очі часто вкриті липкими виділеннями, що утворюють кірку.
- ▶ Пояснить опікунам, що протока відкриється через декілька місяців.

- ▶ Поясніть, як промивати око чистою водою та як обережно робити масаж боків перенісся.
- ▶ За відсутності покращення до досягнення дитиною однорічного віку, видайте направлення до спеціаліста.

### Крововилив у склеру, почервоніння очей (крововилив у кон'юнктиву)

Причиною крововиливу у склеру (білу частину ока) є посилений тиск на голову під час проходження пологовими шляхами. Зазвичай такі крововиливи минають безсимптомно та зникають через тиждень без будь-якого лікування.

- ▶ Заспокойте опікунів.

### Помутніння кришталика або відсутність червоного рефлексу

Помутніння кришталика (сіро-біле помутніння кришталика) або відсутність червоного рефлексу під час проведення тесту червоного рефлексу (с. 138) може вказувати на вроджену катаракту (с. 511) або на ранню стадію ретинобластоми (с. 511).

- ▶ негайно направляйте до офтальмолога новонароджених, у яких відсутній червоний рефлекс. Дуже важливо виявити й почати лікування захворювання на ранній стадії.

### Збільшення розміру ока та помутніння рогівки

Збільшення розміру ока та помутніння (побіління) рогівки може бути ознакою первинної вродженої глаукоми. Через глаукому підвищується внутрішньоочний тиск, що спричиняє пошкодження структур ока, у тому числі зорового нерва, що зрештою може призвести до сліпоти.

- Як правило, проявляється одразу після народження або протягом першого року життя.
- У більшості випадків захворювання є двостороннім.
- ▶ негайно направляйте дитину до офтальмолога.

### Колобома

- Колобома — це розщеплення однієї з таких структур ока: райдужної оболонки (у більшості випадків), сітківки, власне судинної оболонки ока чи диска зорового нерва. Колобома зазвичай вражає нижню частину ока та є відносно рідкісним вродженим станом. Рівень порушення може

варіюватися від відсутності проблем із зором до можливості розрізняти лише світло й темряву та залежить від ступеня ураження.

- ▶ Направте дитину до офтальмолога для проведення оцінювання.

### Вроджений птоз

Вроджений птоз — це низьке положення чи опущення верхньої повіки. Це відносно рідкісний та нешкідливий стан, який не зникає без лікування. Він може бути пов'язаний із іншими станами ока чи системними станами, наприклад, із синдромом Горнера.

- ▶ Ретельно відстежуйте стан новонародженої дитини на предмет посилення астигматизму чи амбліопії. Направляйте дітей з ураженням зору або дітей, для яких існує ризик виникнення амбліопії (с. 495), для проведення термінового хірургічного втручання.
- ▶ Розглядайте доцільність хірургічного втручання з функціональних чи косметичних причин для дітей із легким птозом.

### Ретинопатія недоношених

Ретинопатія недоношених — це захворювання сітківки, яке супроводжується аномальною проліферацією судин, що може призвести до відшарування сітківки, порушення зору та сліпоти. Переважно вражає сильно недоношених немовлят і вимагає раннього лікування.

- ▶ Направляйте всіх новонароджених із зазначеними нижче факторами ризику до офтальмолога для проведення скринінгового обстеження та лікування:
  - Передчасне народження (гестаційний вік  $\leq 32$  тижні)
  - Маса тіла при народженні  $\leq 1500$  г
  - Вентиляція або надмірна подача кисню.

## 5.6.7 Живіт

### Пупкова грижа

Частина кишечника випинається через черевну стінку навколо пупка.

- М'який безболісний набряк навколо пупка, що зникає в лежачому положенні
  - Як правило, набряк збільшується, коли немовля стривожене або плаче.
- Грижі нешкідливі, якщо вони безболісні та якщо легким натиском їх можна повернути назад у черевну порожнину.
- ▶ Поясніть батькам, що більшість безсимптомних гриж закриваються спонтанно.

- ▶ Дітей віком від 3 років із пупковими грижами слід направляти до дитячого хірурга, оскільки зі збільшенням віку дитини ймовірність спонтанного закриття стає нижчою.
- ▶ Якщо при торканні набряк стає болісним, змінює колір та не змінює форми, виникає блювання чи закреп, негайно направляйте немовля на обстеження для виключення защемлення пупкової грижі.

### Пупкова гранульома

Пупкова гранульома — це невеликий нарост тканини, який утворюється на пупку протягом перших кількох тижнів після відпадання залишку пуповини.

- Малий червоний та вологий нарост на місці пупкової кукуси.
- ▶ Нанесіть нітрат срібла безпосередньо на грануляційну тканину. Гранульома потемнішає і швидко відпаде. Наносьте нітрат срібла обережно, захистивши шкіру навколо за допомогою вазеліну, оскільки нітрат срібла може викликати опіки й біль. Проведіть повторний огляд через 2 дні, щоб оцінити, чи потрібне повторне нанесення нітрату срібла.
- ▶ Або ж покладіть на пупкову гранульому кухонну сіль та проконсультуйте батьків щодо того, як продовжувати лікування вдома (робоча пам'ятка 20).

#### **Робоча пам'ятка 20. Як лікувати пупкову гранульому**

##### **Як доглядати за пупком дитини у разі розвитку гранульоми**



- Очистіть ділянку шкіри навколо пупка вологими ватними дисками.
- Покладіть на гранульому маленьку дрібку кухонної солі.
- Накрийте цю ділянку шкіри невеликим шматочком марлі й залиште його на 10–30 хвилин.
- Далі очистіть ділянку чистою марлею, змоченою в теплій воді.
- Повторюйте процедуру тричі на день протягом принаймні 3 днів, поки гранульома не зменшиться в розмірі й не відпаде. Уражена ділянка шкіри поступово загоїться.
- Після протирання дайте гранульомі висохнути та тримайте її в чистоті впродовж усього періоду лікування.
- Якщо через 3 дні ситуація не покращиться, прийдіть на повторний прийом.

- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста, якщо з пупка виділяється сеча або фекалії, що вказує на інший діагноз.

### 5.6.8 Геніталії, анус та пахова ділянка

#### Набряк зовнішніх статевих органів

Спершу у хлопчиків та дівчат спостерігається набряк зовнішніх статевих органів, але через декілька тижнів вони набувають нормального вигляду. У рідкісних випадках це може бути симптомом адреногенітального синдрому.

- ▶ Поясніть опікунам, що стан мине сам собою і лікування не потрібне.
- ▶ Давайте направлення лише за наявності інших ознак, які можуть свідчити про адреногенітальний синдром.

#### Набряк грудей

Хлопчики й дівчата можуть народитися з набряклими грудьми. Причиною цього є вплив гормону пролактину матері; у деяких новонароджених можливе навіть виділення з грудей кількох крапель молока.

- ▶ Поясніть опікунам, що набряк мине через декілька тижнів без лікування. Поясніть їм, що потрібно уникати стискання грудей.
- ▶ Якщо в грудях з'явиться почервоніння та біль, розглядайте інфекцію чи абсцес молочної залози. За наявності підозри на інфекцію чи абсцес, направляйте дитину для в/в введення антибіотиків, що зокрема діють на *Staphylococcus aureus*, або на розтин і дренивання абсцесу.

#### Пахова грижа

Органи черевної порожнини (ОЧП) випинають через м'язи нижньої частини живота в паховій ділянці. Такий стан частіше зустрічається в недоношених дітей та у хлопчиків.

- Набряк збільшується, коли дитина кашляє чи плаче.
- Набряк може повністю зникати, коли дитина перебуває в стані спокою.
- ▶ Направляйте всіх новонароджених із паховою грижею для проведення оцінювання та хірургічного лікування. Додаткову інформацію див. на с. 417.



**Пахова грижа**

## ГЕНІТАЛІЇ, АНУС ТА ПАХОВА ДІЛЯНКА

- ▶ У разі защемлення чи появи болю в набряку, негайно видайте направлення.

**Виділення з піхви**

Виділення з піхви — це нормальне явище в новонароджених дівчат; воно спричинене гормонами матері.

- ▶ Заспокойте опікунів і поясніть, що лікування не потрібне. Кров'яністі чи непрозорі виділення з піхви минають самі собою.

**Неперфорований гімен**

Іноді дівчата народжуються з суцільним гіменом без отворів, і мембрана закриває вхід у піхву.

- Через блокування нормального виведення слизу з піхви може виникати опуклість гіменальної мембрани.
- ▶ Направляйте дівчат із неперфорованим гіменом для проведення хірургічного втручання.

**Гідроцеле**

Іноді хлопчики народжуються зі збільшеною мошонкою через накопичення прозорої рідини навколо яєчок.

- Мошонка м'яка.
- Набряк не збільшується, коли дитина плаче чи кашляє.
- Набряк пропускає світло (мошонка просвічується, якщо за нею розмістити джерело світла).
- ▶ Якщо набряк збільшується, коли дитина плаче чи кашляє, виключіть пахову грижу (с. 417).
- ▶ У хлопчиків віком до 1 року гідроцеле, як правило, спонтанно зникає протягом першого року життя. Додаткову інформацію див. на с. 415.

**Неопущення яєчка**

Опущення яєчок може відбуватися із затримкою в декілька місяців, що не спричиняє жодних проблем.

- Відсутність у мошонці одного або обох яєчок. При пальпації їх можна виявити над мошонкою.
- ▶ Здійснюйте подальше спостереження та направляйте дитину до спеціаліста, якщо яєчка не опустяться в мошонку до досягнення дитиною 6-місячного віку. Додаткову інформацію див. на с. 416.

## Анатомічні варіації крайньої плоті

Анатомічні варіації крайньої плоті варіюються від недорозвинення крайньої плоті (нешкідливе відхилення, що не потребує лікування) до відхилень, що пов'язані з іншими анатомічними варіаціями статевого члена, такими як гіпоспадія (отвір сечовивідного каналу розташований не на верхівці голівки статевого члена).

- ▶ У разі виявлення такого відхилення, направте дитину на хірургічну корекцію.

## Зміщення ануса вперед

Зміщення ануса вперед — це поширена вроджена варіація в аноректальній зоні, що частіше зустрічається в дівчат.

- Анус має нормальний вигляд, але він розміщений ближче до піхви або до мошонки.
- Іноді це спричиняє закрепи в немовлят та дітей.
- ▶ За потреби призначте розм'якшувачі фекалій або періодичне застосування гліцеринових супозиторіїв для зменшення напруження.
- ▶ Переконайте батьків у тому, що за відсутності інших відхилень потреба в хірургічному втручанні відсутня.

## Неперфорований анус

Неперфорований анус — це рідкісний вроджений стан.

- Відсутність нормального анального отвору
- Неможливість виведення фекалій.

У деяких випадках пряма чи товста кишка може бути з'єднана фістулою з сечовим міхуром або нижчою частиною піхви у дівчат та з мошонкою в хлопчиків.

- ▶ Направте дитину на проведення термінового хірургічного втручання.

## 5.6.9 Хребет та попереково-крижовий відділ

### Крижова ямка

Крижова ямка — це западина в шкірі в нижньому відділі спини біля сідничної складки, присутня при народженні. Її вважають простою, якщо вона є меншою за 0,5 см в діаметрі, розташована на відстані 2,5 см від ануса та не супроводжується шкірними проявами (такими як оволосіння ділянок шкіри, гемангіоми).

- ▶ Заспокойте опікунів, якщо крижова ямка є простою. Якщо ямка НЕ відповідає зазначеним критеріям, направте новонароджену дитину для проведення подальшого обстеження.

### Дефекти нервової трубки

Дефекти нервової трубки — це вроджені дефекти головного мозку, хребта чи спинного мозку. Дефекти нервової трубки часто діагностують іще до народження дитини. Після народження дефект нервової трубки виявляють у поперековому відділі спини, рідше — в грудному чи шийному відділі. Існує три основні типи дефектів:

- **Приховане розщеплення хребта.** Відсутні або лише м'яко виражені ознаки, наприклад, набряк спини, волосяний покрив, ямка чи темна цятка.
- **Менінгоцеле.** Випинання містить мозкові оболони та спинномозкову рідину (СМР).
- **Місломенінгоцеле (розщеплення хребта).** Кістозне випинання містить спинний мозок та/або нерви. Це найтяжча форма, що супроводжується проблемами з ходінням і контролем сечовипускання та дефекації, гідроцефалією та синдромом фіксованого спинного мозку (тобто аномальним прикріпленням спинного мозку до тканин, що його оточують).
- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста для проведення подальшого оцінювання та лікування. Додаткову інформацію див. на с. 640.

## 5.6.10 Руки та кисті рук

### Зайві пальці на руках (полідактилія)

Іноді діти народжуються з зайвими пальцями рук (чи ніг). За розміром зайвий палець може варіюватися від малої опуклої г'улі до повноцінного пальця.

- Часто він менший за інші пальці, недорозвинений та не має кісток.

- ▶ Якщо зайвий палець малий і не має кісток: декілька разів обмотайте ниткою палець у його основі. З часом він відсохне й відпаде.
- ▶ Якщо зайвий палець великий та містить кістку, направте дитину на планове хірургічне видалення після досягнення нею віку в декілька місяців чи років.
- ▶ За наявності інших вроджених станів направляйте дитину до спеціаліста, оскільки наявність зайвих пальців може бути пов'язана з декількома синдромами.

### Параліч Ерба

Параліч Ерба — це параліч руки, спричинений пошкодженням під час пологів основних нервів руки. Серед факторів ризику — тазове передлежання, велика маса тіла новонародженого, дисточія плечиків або випинання руки під час пологів.

- Уражена рука м'яка й повернута всередину з зігнутими зап'ястями.
- Функція руки не порушена.
- Асиметричний рефлекс Моро.
- ▶ Поясніть опікунам, що параліч, як правило, минає спонтанно. Порадьте їм протягом перших 2-х тижнів обережно поводитися з дитиною та уникати рухів, які можуть викликати дискомфорт.
- ▶ Здійснюйте подальше спостереження і, якщо проблема не вирішиться, направте на фізіотерапію.

### Перелом ключиці

- Видиме чи відчутне при пальпації ущільнення над ключицею
- Біль та крепітації при пальпації та пасивному русі
- Може спостерігатися асиметричний рефлекс Моро.
- ▶ Заспокойте опікунів та поясніть, що в новонароджених кістки зростаються швидко. Може утворитися кістковий мозоль, який згодом зникне.
- ▶ Забезпечте знеболення шляхом знерухомлення руки та порадьте опікунам обережно поводитися з дитиною. Жодні інші втручання не потрібні.

### Перелом руки

- Уражена рука нерухома й набрякла.
- Біль при пальпації та пасивному русі.

- З ураженого боку відсутній рефлекс Моро.
- ▶ Направте до хірурга для проведення оцінювання та лікування. Переламану плечову кістку необхідно зафіксувати до тіла, щоби знерухомити її. У разі перелому ліктьової чи променевої кістки необхідно накласти гіпсову пов'язку або шину.

### 5.6.11 Ноги та стопи

#### Клишоногість

Клишоногість — це поширений вроджений стан, що вражає стопу та нижню частину ноги.

- Стопа вивернута вниз і всередину.
- Стопу не можна повернути в нормальне положення.
- Може вражати одну або обидві ноги.
- ▶ Починайте надавати допомогу й лікування при клишоногості вже через 1 тиждень після народження дитини. Це тривалий процес, що може займати 4–5 років або більше в деяких випадках.
- ▶ Легкі форми (положення стоп можна скоригувати пасивно): забезпечте просте розтягування стопи, починаючи одразу після народження.
- ▶ Новонароджених дітей із помірною чи складною деформацією направляйте до спеціаліста. Лікування передбачає накладання гіпсової пов'язки (метод Понсеті, що полягає в поетапному накладанні гіпсових пов'язок) та ортезування, а в деяких випадках — додаткове хірургічне втручання.



**Клишоногість**

#### Кальканеовальгусна деформація стоп

При кальканеовальгусній деформації стопа направлена вгору і назовні. У складних випадках кінчики стоп можуть торкатися великогомілкових кісток.

- ▶ Заспокойте опікунів та поясніть, що такий стан не викликає болю й минає сам собою протягом перших днів життя.

### Приведена стопа (Metatarsus adductus)

Приведена стопа — це стан, при якому передня частина стопи новонародженої дитини повернута всередину.

- ▶ Заспокойте опікунів та поясніть, що в більшості випадків такий стан минає без лікування. У випадку більш складних форм здійсніть подальше спостереження, щоб забезпечити нормальний розвиток стопи.

### Перелом ноги або стопи

Переломи ніг або стоп трапляються рідко, зазвичай під час пологів при тазовому передлежанні.

- Видима деформація та набряклість
- Уражена нога нерухома
- Біль при пасивному русі та пальпації.
- ▶ Негайно направляйте дитину до спеціаліста для ортопедичного оцінювання. У випадку перелому стегнової кістки необхідна тракція та накладання гіпсової пов'язки. У разі перелому великогомілкової чи малоомілкової кістки необхідно накласти гіпсову пов'язку або пов'язку зі скловолокна.

### Зайві пальці на ногах

Інформацію про зайві пальці див. на с. 160.

## 5.6.12 Стегна

### Дисплазія кульшового суглоба

Дисплазія кульшового суглоба — це стан, при якому гніздо тазової кістки недостатньо глибоке й не повністю покриває головку стегнової кістки. Часто це спричиняє нестабільність та зміщення (відбувається зміщення головки стегнової кістки) кульшового суглоба.

Дисплазію кульшового суглоба необхідно виявляти та лікувати якомога раніше. Якщо її не лікувати, вона може спричинити довгострокові проблеми, зокрема проблеми з ходьбою, хронічний біль та дегенеративний артрит.

### Діагностика

У більшості країн застосовують цільовий підхід у рамках планових оглядів дітей, у тому числі проводять системний клінічний огляд, зокрема тести Барлоу й Ортолані та оцінювання факторів ризику. Залежно від результатів огляду можливе направлення новонароджених у віці 6 тижнів на УЗД.

## Анамнез

Оцінійте фактори ризику:

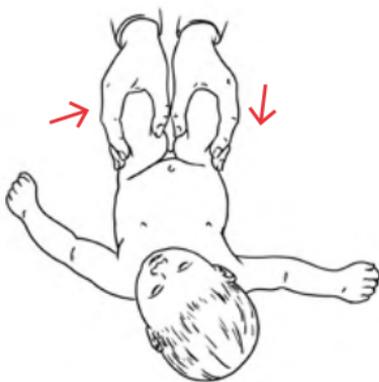
- Пологи при тазовому передлежанні (особливо серед дівчат)
- Багатоплідна вагітність
- Сімейний анамнез
- Кривошия
- Деформації стоп.

## Огляд

Усім немовлятам після народження до досягнення ними 1-місячного віку необхідно провести клінічний огляд стегна (див. главу 3).

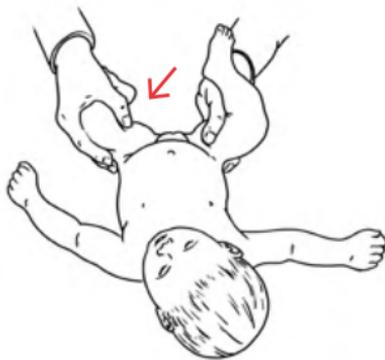
Під час огляду проведіть тести Барлоу та Ортолані. Перевірте симетричність сідниць та ніг: при односторонній дисплазії одна кінцівка виглядає коротшою за іншу: відведення кінцівки обмежене, коли вона зігнута в кульшовому суглобі, а складки шкіри на задній частині стегна несиметричні.

**Тест Барлоу:** візьміться за стегно дитини біля кульшового суглоба та спробуйте обережним натисканням на ногу в напрямку до спини та вбік вивести головку стегнової кістки з гнізда кульшового суглоба (кульшової западини). За відсутності порушень рух у цьому напрямку відсутній. Якщо кульшовий суглоб схильний до вивиху, можна почути чітко «кляцання» при виході головки стегнової кістки із гнізда кульшового суглоба. У такому випадку вважають, що у дитини «позитивний результат тесту Барлоу»: кульшовий суглоб ослаблений (нестабільний) або схильний до вивиху.



**Тест Барлоу**

**Тест Ортолані:** візьміться за верхню частину стегна й обережно натисніть на відведене стегно, намагаючись повернути вивихнуту головку стегнової кістки назад у кульшову западину. Якщо кульшовий суглоб вивихнутий, можна відчутися «кляцання» при поверненні головки стегнової кістки на своє місце (позитивний результат тесту Ортолані).



**Тест Ортолані**

Після досягнення дитиною віку 6 тижнів такий симптом уже складно виявити, важливо не сплутати його з хрускотом, що часто виникає і в стабільних кульшових суглобах, коли «поклацують» зв'язки всередині та навколо кульшового суглоба.

### Надання допомоги

- ▶ Негайно направляйте немовлят із факторами ризику чи виявленими під час огляду порушеннями (напр., позитивними результатами тестів Барлоу та Ортолані, нестабільністю кульшових суглобів) до спеціаліста для подальшого оцінювання та діагностики за допомогою УЗД кульшового суглоба.
- ▶ Дисплазію кульшового суглоба можна лікувати за допомогою ортезів або стремен Павлика, завдяки яким через 2–3 місяці дитина зможе згинати ніжки в кульшових та колінних суглобах та розводити стегна, а кульшові суглоби зможуть нормально рости.
- ▶ Якщо діагноз поставили у віці старшому за 6 місяців або якщо лікування за допомогою стремен Павлика виявилось неефективним, може знадобитися операція.

## 5.6.13 Шкіра

### Синці

У багатьох новонароджених під час пологів з'являються синці чи гематоми. Вони частіше зустрічаються в недоношених дітей, дітей із великою масою тіла або у випадку інструментальних пологів, наприклад, із застосуванням щипців або вакуумної екстракції. У більшості випадків синці чи гематоми нешкідливі та не потребують жодного лікування.

- ▶ У випадку великих гематом переконайтеся, що в дитини немає анемії, та спрогнозуйте розвиток жовтяниці. В усіх інших випадках заспокойте опікунів.

### Лущення шкіри

Лущення шкіри — це нешкідливий поширений стан, що виникає одразу після народження, особливо в переносених новонароджених.

- Верхній шар шкіри злущується, а під ним залишається здорова шкіра.

**НЕ** призначайте жодних кремів чи лосьйонів.

- ▶ Виключіть такі рідкісні причини лущення шкіри: вроджений сифіліс (с. 188) та стафілококовий синдром «ошпареної шкіри» (с. 443).
- ▶ Виключивши їх, заспокойте опікунів та поясніть їм, що лущення шкіри — нешкідливе явище, яке мине спонтанно.

### Токсична еритема новонароджених

Дуже поширений стан шкіри протягом перших днів життя. Висипання зазвичай починається з обличчя й поширюється далі на тулуб та кінцівки. Окремі елементи висипу з'являються і зникають протягом кількох хвилин чи годин.

- Різні комбінації плоских червоних плям (еритемних макул), на яких з'являються невеликі білі або жовті вузлики (папули) або гнійні пухирці (пустули).
- Елементів висипу може бути мало або багато, вони можуть бути різного розміру.
- Як правило, цей стан не вражає долоні та підшви стоп.

Зазвичай минає протягом перших 2 тижнів життя.

- ▶ Заспокойте опікунів і поясніть, що лікування не потрібне.

### Себорейний дерматит немовлят

Себорейний дерматит — це, як правило, нешкідливий стан, що виникає у віці до 2 місяців та зазвичай проходить до досягнення дитиною 6–12-місячного віку.

- Білі або жовті, жирні або вкриті кіркою плями, які не сверблять, на волосистій частині голови («молочна кірка»), обличчі, тулубі, кінцівках та складках шкіри.
- ▶ Заспокойте опікунів та поясніть, що висип не є небезпечним або контагіозним.
- ▶ Порадьте уникати зайвого лікування, адже зазвичай висип зникає сам собою.
- ▶ Для лікування волосистої частини голови порекомендуйте:
  - Мити волосисту частину голови дитячим шампунем.

- Обережно прибирати кірку м'якою щіткою.
- За потреби змащувати кірку вазеліном на ніч, після чого зранку мити голову шампунем.
- ▶ У більш тяжких випадках та в разі неефективності перерахованих вище заходів призначайте змащування кремом гідрокортизону 1%–2,5% або протигрибковими кремами, як, наприклад, кетоконазол 2% або еконазол 1%, двічі на день. Якщо через 4 тижні покращення не настає, направляйте дитину до спеціаліста.
- ▶ Якщо вражені інші ділянки шкіри, порекомендуйте купати дитину принаймні один раз на добу, а на уражених ділянках шкіри замість мила використовувати пом'якшувальний засіб. Зазначені вище протигрибкові креми можна за потреби наносити один або два рази на день. Місцеві стероїди зазвичай не рекомендовані.

### Акне новонароджених

Акне новонароджених — це поширений стан шкіри, який трапляється у близько 20% новонароджених. Зазвичай він з'являється приблизно через 2 тижні після народження, але також може розвинутися в будь-який момент у віці до 6 тижнів.

- Невеликі вузлики й пустули з'являються на носі та щоках дитини, але можуть також вражати лоб, підборіддя, волосисту частину голови, шию, спину чи груди.
- ▶ Акне новонароджених, як правило, минає через декілька тижнів або місяців. Воно рідко залишає рубці та, як правило, минає саме собою через декілька тижнів чи місяців. **НЕ** призначайте лікарських засобів від акне.
- ▶ Рекомендуйте опікунам вмивати обличчя дитини лише водою та прийти на повторний прийом, якщо акне не зникне протягом перших місяців життя.
- ▶ За відсутності покращення або в разі появи акне вперше через 6 тижнів після народження (акне немовлят), направляйте дитину до спеціаліста.

### Міліуми

Міліуми — це крихітні білі вузлики на носі, підборідді чи щоках новонародженої дитини, присутні з народження, які є поширеними серед усіх новонароджених (40–50%).

- Декілька або багато крихітних білих папульозних утворень на обличчі, зазвичай навколо носа й очей або на більш широкій ділянці на обличчі, волосистій частині голови та верхній частині тулуба й інколи на зовнішніх статевих органах.
- ▶ Потреби в лікуванні немає, заспокойте опікунів.

## Пітниця (тепловий, або потовий, висип)

Пітниця виникає через блокування потових проток.

- Везикулярні або папульозні висипання діаметром 1–3 мм на шиї, у паховій ділянці, під пахвами та на обличчі.
- ▶ Рекомендуйте опікунам, наскільки це можливо, уникати спекотного та вологого середовища та тримати уражені ділянки в прохолоді.
- ▶ Призначайте місцеві стероїди (гідрокортизон 0,5–1%) із обережністю та лише в разі необхідності.

## Пелюшковий дерматит

Пелюшковий дерматит — це запалення шкіри в місцях контакту шкіри з підгузком. Підвищена вологість та тривалий контакт із фекаліями та сечею подразнює шкіру та призводить до дерматиту. Фактори ризику включають діарею, застосування антибіотиків, мальабсорбцію та неонатальний абстинентний синдром.

- Суцільна еритема на ділянці шкіри навколо геніталій та ануса.
- ▶ Виключіть інші стани, які вражають ділянку шкіри, що контактує з підгузком, зокрема atopічний дерматит (с. 436), себорейний дерматит (с. 433), алергічний контактний дерматит (с. 440), імпетиго (с. 438), перианальний стрептококовий дерматит (с. 436) та коросту (с. 441).
- ▶ Проведіть для батьків чи опікунів консультацію щодо лікування пелюшкового дерматиту (робоча пам'ятка 21).

### **Робоча пам'ятка 21. Як лікувати пелюшковий дерматит**

#### **Як лікувати пелюшковий дерматит**

- Частіше змінюйте підгузки, щоб шкіра залишалася сухою.
- При кожній зміні підгузка очищуйте ділянку шкіри під підгузком змоченими водою рушниками чи ватними кульками та наносьте захисний крем (напр., цинкову пасту або рицинову олію).
- Якомога довше не надягайте підгузок та утримуйте відповідну ділянку шкіри в сухості.
- Якщо пелюшковий дерматит не зникає через декілька днів, прийдіть на повторний прийом.



Якщо пелюшковий дерматит не проходить або супроводжується молочницею ротової порожнини, можлива наявність інфекції *Candida*. До інших ознак інфекції *Candida* належать:

- Окремі плями за межами основного висипу
- Наявність на почервонілій шкірі цятки або прищів.
- ▶ У разі виникнення підозри на інфекцію *Candida*, призначте ністатин або імідазол (напр., міконазол) місцево (с. 934).

### Вроджений мелиноцитарний невус (родимка)

- Світле або темне утворення, що може мати різний розмір: від < 1,5 до > 20 см (велике)
- Як правило, таке утворення з часом збільшується в розмірі пропорційно до росту тіла.
- ▶ Родимки зазвичай нешкідливі та не потребують лікування.
- ▶ Великі невуси пов'язують із підвищеним ризиком меланоми. Регулярно проводьте повторні огляди.
- ▶ Невус можна видалити хірургічним шляхом або шляхом лазерної абляції (залежно від типу й розміру утворення) з косметичних міркувань або у випадку, якщо вони мають великий розмір.

### Вроджений дермальний меланоцитоз («монгольська пляма»)

- Малі або великі пігментні плями синього чи чорного забарвлення овальної чи неправильної форми переважно в попереково-крижовій ділянці. Такі плями іноді плутають із синцями.
- Часто трапляється в дітей африканського чи азійського походження.
- ▶ Заспокойте батьків чи опікунів, адже в більшості випадків плями поступово зникають у ранньому дитинстві.

### Коричневі плями

- Темно- або світло-коричневі плями з чіткими межами.
- ▶ Якщо таких плям менше ніж шість: заспокойте батьків та поясніть, що плями не є ознакою патології та не потребують лікування.
- ▶ Якщо їх 6 або більше — видайте направлення: це може бути ознакою нейрофіброматозу.

## Інфантильна гемангіома (полунична гемангіома)

Інфантильна гемангіома, також відома під назвою «полуничний невус» — це найпоширеніша доброякісна судинна пухлина на шкірі, що вражає 4% усіх немовлят та частіше трапляється серед недоношених новонароджених. Вона може бути присутня при народженні, але в більшості випадків з'являється протягом перших тижнів життя, збільшується в розмірі до досягнення віку 6–9 місяців, а потім зменшується: у 95% випадків вона зникає до початку статевого дозрівання.

- Темно-червоні плями, які можуть розташовуватися будь-де на тілі
- Поверхневі гемангіоми: випуклі світло-червоні ділянки шкіри, часто на повіках, передній та задній частинах голови
- Глибокі гемангіоми: мають синюватий відтінок.
- ▶ Може бути виявлена мала гемангіома на тулубі, руках чи ногах. Лікування не потрібне.
- ▶ У випадку великих чи множинних гемангіом або гемангіом, що вражають очі, вуха, ротову порожнину, ніс та анус, потрібне направлення для подальшого оцінювання й лікування.

## Лососеві плями («укуси лелеки»)

Лососеві плями — це дуже поширений вид родимих плям, спричинених судинною мальформацією.

- Малі плями рожевого забарвлення, які присутні при народженні та найчастіше трапляються на лобі, верхніх повіках, шиї або інших ділянках шкіри.
- ▶ Вони поступово зникають протягом декількох місяців, але можуть і залишатися до дорослого віку. Лікування не потрібне.

## Винні родимі плями (naevus flammeus)

- Великі плями на шкірі фіолетового чи темно-червоного кольору без випуклостей із чіткими межами, спричинені розширенням кровоносних капілярів.
- Часто трапляються на обличчі, голові, руках чи ногах та можуть бути різного розміру
- Менш поширені, ніж лососеві плями
- Одностороння пляма на обличчі може бути ознакою синдрому Стерджа-Вебера та епілепсії

- Такі родимі плями залишаються назавжди. Іноді вони з часом зникають, але в більшості випадків вони залишаються незмінними або їхній колір може навіть стати більш насиченим.
- ▶ Лікування залежить від місця розташування та розміру родимої плями. Їх можна успішно видалити за допомогою лазерного лікування. Направляйте дітей із винними плямами до спеціаліста для консультування та лікування до вступу дитини до школи.

## 5.7 Жовтяниця та гіпербілірубінемія новонароджених

Жовтяниця — це жовта пігментація шкіри та білкової оболонки ока, спричинена високим рівнем білірубину в крові (гіпербілірубінемією). Жовтяниця виникає в більш ніж 50% доношених та у 80% недоношених новонароджених. Жовтяниця може бути фізіологічною й патологічною, залежно від рівня білірубину в крові та наявності супутніх станів.

### Фізіологічна жовтяниця

- Шкіра й очі мають жовте забарвлення, але відсутні всі перелічені нижче ознаки чи симптоми патологічної жовтяниці.

### Патологічна жовтяниця

- З'являється в перший день життя
- Триває > 14 днів у доношених та > 21 дня у недоношених немовлят
- Підвищена температура
- Сильна жовтяниця: долоні й підшви стоп немовляти мають насичене жовте забарвлення
- Гостра білірубінова енцефалопатія: надмірна сонливість (летаргія), відмова їсти, гіпотонія
- Хронічна білірубінова енцефалопатія (ядерна жовтяниця): високий крик, підвищена температура, судоми.

Фактори ризику:

- Серйозна бактеріальна інфекція або сепсис
- Гемолітична хвороба, спричинена несумісністю за системою ABO чи резусом або дефіцитом глюкозо-6-фосфат-дегідрогенази
- Захворювання печінки, такі як гепатит або атрезія жовчовивідних шляхів
- Надмірна втрата маси тіла після народження
- Гіпотиреоз або інші метаболічні стани

## ЖОВТЯНИЦЯ НОВОНАРОДЖЕНИХ

- Кефалогематома або великі синці
- Передчасні пологи або низька маса тіла при народженні
- Сильна жовтяниця у братів чи сестер у сімейному анамнезі.

## Дослідження

За можливості необхідно монітувати розвиток жовтяниці, яку можна підтвердити шляхом вимірювання рівня білірубіну (на основі показника білірубіну в сироватці або за допомогою черезшкірного білірубінометра), у всіх:

- Новонароджених, якщо жовтяниця з'являється на 1-й день життя
- Недоношених новонароджених (< 35 тижнів), якщо жовтяниця з'являється на 2-й день
- Новонароджених, якщо долоні та підшви стоп мають жовте забарвлення в будь-якому віці.

## Надання допомоги

Особливості надання допомоги залежать від рівня білірубіну, віку новонародженої дитини та основної причини. Лікування може включати часте годування, фототерапію або обмінне переливання крові.

- ▶ Якщо рівень білірубіну перевищує пороговий рівень (таблиця 25), терміново направляйте дитину до лікарні для проведення фототерапії або обмінного переливання крові. За наявності підозр на інфекцію чи сепсис і затримки госпіталізації вводьте антибіотик перед госпіталізацією (цефотаксим 50 мг/кг в/в, див. с. 925).
- ▶ Якщо рівень білірубіну є нижчим від порогового рівня, але не більше ніж на 2,9 мг/дл (50 мкмоль/л), забезпечуйте ретельний моніторинг (повторюйте вимірювання наступного дня і продовжуйте моніторинг, доки не буде видно чіткого зниження рівня білірубіну).
- ▶ Рекомендуйте продовжувати грудне вигодовування для забезпечення належної гідратації та за потреби допомагайте вирішувати проблеми з грудним вигодовуванням (с. 102).

**Таблиця 25. Порогові рівні білірубіну для ведення дітей, гестаційний вік яких  $\geq 35$  тижнів**

Вік	35–< 38 тижнів за наявності факторів ризику	35–< 38 тижнів за відсутності факторів ризику ≥ 38 тижнів за наявності факторів ризику	≥ 38 тижнів за відсутності факторів ризику
24 год	140 мкмоль/л (8 мг/дл)	170 мкмоль/л (10 мг/дл)	200 мкмоль/л (12 мг/дл)
48 год	190 мкмоль/л (11 мг/дл)	220 мкмоль/л (13 мг/дл)	260 мкмоль/л (15 мг/дл)
72 год	230 мкмоль/л (13,5 мг/дл)	260 мкмоль/л (15 мг/дл)	310 мкмоль/л (18 мг/дл)
96 год	250 мкмоль/л (14,5 мг/дл)	290 мкмоль/л (17 мг/дл)	340 мкмоль/л (20 мг/дл)
≥ 120 год	260 мкмоль/л (15 мг/дл)	310 мкмоль/л (18 мг/дл)	360 мкмоль/л (21 мг/дл)

## 5.8 Затримка у відходженні меконію

Своєчасне відходження перших фекалій новонародженої дитини є важливою ознакою її здоров'я. Затримка у відходженні меконію на > 48 годин може вказувати на кишкову непрохідність, гестаційну незрілість або наявність тяжкого захворювання. Інформацію щодо новонароджених дітей, які мають проблеми з випороженням, але не мали їх раніше, див. у главі 6 (с. 351).

### Анамнез

Оцінюйте фактори ризику:

- Призначення породіллі лікарських засобів під час пологів (магнію сульфату, наркотичних засобів для контролю болю)
- Вживання матір'ю опіоїдів
- Недоношені діти та діти з дуже низькою масою тіла
- Інші вроджені стани й синдроми (напр., синдром Дауна, с. 180).

### Огляд

Перевірте:

## ЗАТРИМКА У ВІДХОДЖЕННІ МЕКОНІЮ

- Вигляд ануса, перианальної й попереково-крижової ділянки
- Чи немає здуття живота
- М'язовий тонус, силу та рефлексии обох ніг.

## Диференціальна діагностика

Таблиця 26. Диференціальна діагностика при затримці у відходженні меконію

Діагноз	Фактори на користь
<b>Хвороба Гіршпрунга</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здуття живота та блювота темно-зеленого кольору (з жовчю)</li> <li>• Пальцеве ректальне обстеження: вузький анальний сфінктер, порожня пряма кишка, раптове виділення фекалій та повітря при виведенні пальця. Таке обстеження повинні проводити лише ті надавачі медичних послуг, які мають досвід у його проведенні та тлумаченні його результатів.</li> </ul>
<b>Муковісцидоз (с. 668)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здуття живота, біль, ущільнення, що пальпується.</li> </ul>
<b>Вроджена мальформація</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Виявлення відхилень під час огляду ніг, ануса чи попереково-крижової ділянки.</li> </ul>
<b>Неперфорований анус (с. 159)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутність ануса.</li> </ul>
<b>Зміщення ануса вперед (с. 159)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анус має нормальний вигляд, але зміщений ближче до піхви чи мошонки.</li> </ul>
<b>Вроджений гіпотиреоз (с. 185)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надмірна сонливість, недостатнє годування, знижений тонус м'язів, хрипкий крик, гіпотермія, брадикардія, тривала жовтяниця, низька температура тіла.</li> </ul>

## Надання допомоги

- ▶ Якщо ви виявили будь-який із зазначених вище основних факторів ризику, затримка у відходженні меконію, як правило, має минути сама собою. Проведіть повторний огляд через 24–48 годин.
- ▶ Розгляньте стани, зазначені в таблиці 26.
- ▶ Терміново направляйте до спеціалістів усіх новонароджених із підозрою на:
  - Хворобу Гіршпрунга
  - Муковісцидоз

- Вроджену мальформацію
- Неперфорований анус.

## 5.9 Тривалий плач

Плач — це нормальна фізіологічна поведінка немовлят у ранньому віці. Тривалий плач («коліки в немовлят») визначають як періоди плачу впродовж > 3 год/день > 3 днів/тиждень протягом > 3 тижнів. Коліки часто з'являються в дітей на третьому тижні життя і проявляються як раптові періоди різкого тривалого плачу. Такі епізоди збудження частіше трапляються в кінці дня та в перших дітей. Опікуни часто стомлені й збентежені після отримання суперечливих порад, а також не певні, чи таке явище нормальне, та не знають, як зменшити дискомфорт дитини. Як правило, у немовлят із коліками немає проблем із розвитком, медичну причину визначити неможливо, а результати огляду не дають приводу для хвилювання.

### Анамнез

- Час появи тривалого плачу після двох тижнів життя
- Тривалість плачу
- Супутні симптоми, зокрема підгинання ніг до грудей, втрата маси тіла, частота випорожнення кишечника та харчування
- Голод: більш імовірний, якщо дитина часто їсть, погано набирає вагу або отримує недостатньо молока
- Годування та поведінка дитини
- Втома батьків.

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- Дитина раптово починає плакати: це нетипово для колік. Перевірте наявність конкретної причини, у тому числі інфекції чи защемленої пахової грижі.
- Тривалий плач є фактором ризику синдрому струшеної дитини (с. 714): вивчіть психосоціальні умови дитини, зокрема добробут батьків та наявність післяпологової депресії в матері.

### Огляд

- Проводьте рутинний огляд новонародженої дитини, включаючи вимірювання маси тіла та зросту. Зазвичай результати огляду не дають приводу для занепокоєння.

- Оцінювання грудного вигодовування. Перевірте положення дитини під час прикладання до грудей та тривалість годування.
- Включіть такі причини, як голод, неналежне годування, чи інші медичні причини, такі як інфекція (напр., гострий середній отит), вроджені порушення метаболізму (с. 184), закреп (с. 351), защемлення пахової грижі (с. 417), інвагінація кишечника, синдром волосяного джгута (волосина чи пасмо волосся затягнуте навколо пальця чи статевого члена). Інформацію про диференціальну діагностику див. у таблиці 27.

**Таблиця 27. Диференціальна діагностика при коліках/плачу**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Алергія на коров'яче молоко (с. 327)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кров чи слиз у фекаліях при діареї, блювання, поганий набір ваги, сімейний анамнез чи ознаки атопії (екзема/хрипіння), значні проблеми з годуванням.</li> </ul>
<b>Гастроезофагальна рефлюксна хвороба (с. 341)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часте блювання (напр., 4 чи більше разів на день) та труднощі з годуванням</li> <li>• Мимовільні регургітація/блювання після годування</li> <li>• Можливі дратівливість і вигинання спини (шийна дистонія або синдром Сандіфера)</li> <li>• У деяких випадках затримка розвитку або респіраторні симптоми (хронічний кашель, стридор, хрипіння).</li> </ul>

### Надання допомоги

► Поясніть опікунам, що коліки нешкідливі та не є ознакою хвороби чи неврологічного стану. З часом вони зникають.

**НЕ** призначайте жодних лікарських засобів: антирефлюксні препарати, протисудомні чи антигістамінні препарати не потрібні та можуть нашкодити. Жодне лікування не було визнане ефективним при коліках, а деякі лікарські засоби можуть мати значні побічні ефекти.

► Якщо батьки все ж стурбовані, порекомендуйте їм занотовувати режим та особливості сну і плачу та призначте повторний візит для визначення наявності причин для занепокоєння.

► Попросіть батьків та інших членів сім'ї не курити поруч із дитиною. Якщо мати курить, допоможіть їй кинути. Якщо не їй не вдається кинути, радьте їй не курити до або під час годування грудьми.

► За наявності проблем із годуванням, надайте рекомендації (с. 96).

- ▶ Консультуйте, як можна заспокоїти дитину, коли вона плаче: радьте опікунам тримати дитину близько до свого тіла й ніжно погойдувати, м'яко притискаючи животик (див ілюстрації нижче).
- ▶ Проводьте консультації щодо сприяння ранньому розвитку дитини (с. 72) та за потреби допоможіть опікунам отримати додаткову підтримку.



### **Як тримати дитину з коліками**

#### **Направлення**

- ▶ Розглядайте доцільність направлення дитини, якщо:
  - Причина плачу залишається незрозумілою.
  - Дитина має хворобливий вигляд.
  - Дитина не розвивається належним чином.
  - Ви занепокоєні безпекою дитини.
- ▶ Направляйте до спеціалістів матерів, для яких існує ризик розвитку післяпологової депресії.

### **5.10 Блювання**

Блювання або частіше зригування (регургітація молока) — це відносно частий симптом у післяпологовому періоді. Якщо інших симптомів немає і дитина добре харчується й росте, це нормальне фізіологічне явище. Лікування не потрібне, і проблема мине орієнтовно на другому році життя. Проте блювання в новонароджених може бути ознакою сепсису, гастроезофагеального рефлюксу, непрохідності кишечника або вродженої хвороби (таблиця 28).

## Анамнез

- Початок, час і тривалість блювання
- Частота блювання, кількість та вміст блювоти (жовч, кров, молоко)
- Співвідношення блювоти до кількості, типу й часу годування
- Наявність супутнього кашлю (минає сам собою)
- Наявність інших супутніх ознак чи симптомів.

## Огляд

- За можливості поспостерігайте за годуванням та блюванням.
- Перевірте наявність ознак зневоднення: суха шкіра або слизові оболонки, запалі очі й тім'ячко, менш ніж 6 сечовипускань на добу.
- Перевірте ознаки наявності непрохідності кишечника.

**НЕ** призначайте новонародженим протиблювотних препаратів.

**Таблиця 28. Диференціальна діагностика при блюванні в немовлят**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гастроезофагеальний рефлюкс (с. 341)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зригування в різних об'ємах частково перетравленого молока після годування</li> <li>• Мимовільні регургітація/блювання після годування</li> <li>• Дратівливість новонародженої дитини з вигинанням спини (шийна дистонія, с. 341)</li> <li>• У деяких випадках затримка розвитку або респіраторні симптоми (хронічний кашель, стридор, хрипіння).</li> </ul>
<b>Проблеми з годуванням (с. 102)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переїдання, неправильне приготування їжі (сумішей).</li> </ul>
<b>Гострий гастроентерит (с. 309)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діарея, підвищена температура тіла.</li> </ul>
<b>Інші інфекції</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищена температура або місцеві ознаки</li> <li>• Гострий середній отит (с. 236), інфекція сечовивідних шляхів (с. 397), менінгіт (с. 264), пневмонія (с. 208), кашлюк (с. 232)</li> <li>• Блювота з домішками жовчі (зеленого кольору).</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гіпертрофічний пілоростеноз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блювання фонтаном без домішок жовчі через декілька хвилин після годування</li> <li>• З'являється на 2–12 тижні життя</li> <li>• Видима перистальтика кишечника або ущільнення в епігастральній ділянці.</li> </ul>
<b>Алергія на молоко (с. 327)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• З'являється протягом перших декількох місяців життя</li> <li>• Блювання, гастроезофагеальний рефлюкс, коліки, закрел, atopічний дерматит (екзема).</li> </ul>
<b>Непрохідність тонкої кишки</b> (заворот кишок, атрезія дванадцятипалої кишки, мальротация, інвагінація кишечника)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спазмоподібний біль у животі</li> <li>• Здуття живота</li> <li>• Відсутність газоутворення</li> <li>• Захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та їх болючість</li> <li>• Іноді хвилі перистальтики видно крізь червну стінку.</li> </ul>
<b>Трахеостравохідна фістула</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блювання молоком одразу після годування та дихальний розлад</li> <li>• Кашель</li> <li>• Надмірне слиноутворення</li> <li>• Неможливість встановлення назогастрального зонду.</li> </ul>
<b>Вроджене порушення метаболізму</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неспецифічні: поганий апетит, летаргія, гіпотонія, судоми, проблеми з диханням</li> <li>• Гіпоглікемія, ацидоз.</li> </ul>
<b>Субдуральний крововилив</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Жорстоке поводження з дитиною в анамнезі та/або інші ознаки жорстокого поводження</li> <li>• Травма чи нейрохірургічне втручання в анамнезі.</li> </ul>

## Лікування

Якщо дитина належним чином харчується й росте, лікування не потрібне, проблема вирішиться сама по собі.

- ▶ Заспокойте опікунів та порекомендуйте продовжувати грудне вигодування в менших кількостях та з більшою частотою (тобто кожного разу зменшувати тривалість годування, але годувати частіше).

## Направлення

- ▶ Терміново направляйте новонароджених із блюванням, за наявності будь-яких із зазначених нижче симптомів:
  - Сильне або тривале блювання з народження
  - Затримка розвитку
  - Наявність крові в блювотних масах
  - Ознаки гіпертрофічного пілоростенозу
  - Ознаки наявності трахеостравохідної фістули
  - Ознаки непрохідності кишечника
  - Ознаки зневоднення (с. 315)
  - Ознаки сепсису: підвищена температура тіла, летаргія, відмова від їжі, дихальний розлад, дратівливість, погана перфузія або сіре забарвлення/плямистість шкіри.

### 5.11 Синдром Дауна (трисомія 21-ї хромосоми)

Кожна 700-а дитина народжується з додатковою хромосомою в 21-й парі. Це спричиняє труднощі у фізичному та психічному розвитку. У дитини із синдромом Дауна можуть також бути вади серця та проблеми з зором і слухом. Ступінь тяжкості цих проблем є різним у кожної дитини. Важливо пояснити батькам, що діти із синдромом Дауна можуть мати довге й повноцінне життя.

#### Діагностика

Синдром Дауна зазвичай діагностують у пренатальному періоді.

У післяпологовому періоді в новонароджених можуть спостерігатися такі ознаки:

- Мала і кругла голова з пласкою потилицею
- Косий, вузький розріз очей, розташування внутрішніх кутів очей нижче, ніж зовнішніх
- Велика відстань між очима (гіпертелоризм)
- Прикривання складкою шкіри верхньої повіки внутрішнього кута ока
- Єдина поперечна долонна складка
- Велика відстань між великим та другим пальцем на нозі
- Малі вуха

- Маленький рот та великий язик (макроглюсія)
- М'язова гіпотонія та слабкі зв'язки.

У більшості дітей із синдромом Дауна будуть деякі з таких ознак, але не всі. Наявність однієї з таких ознак у новонародженої дитини, яка за всіма іншими показниками є здоровою, не вказує на синдром Дауна.

### Надання допомоги

- ▶ Надайте батькам чи опікунам контакти груп підтримки та інших сімей, у яких дитина має синдром Дауна.
- ▶ Направте дитину до спеціаліста для подальшого оцінювання, оскільки синдром Дауна може супроводжуватися непрохідністю дванадцятипалої кишки, порушеннями будови серця, гіпотиреозом та іншими станами. Проводьте лікування відповідно до плану, складеного спеціалістом.
- ▶ Стежте за годуванням і ростом та надавайте консультації щодо годування (с. 96).
- ▶ Здійснюйте моніторинг розвитку та починайте ранні втручання для підтримки новонародженої дитини та її сім'ї, аби вони могли жити повноцінним та здоровим життям. Інформацію щодо лікування та довгострокової підтримки див. на с. 639.

## 5.12 Фетальний алкогольний спектр порушень

Фетальний алкогольний спектр порушень включає проблеми, пов'язані з пренатальним ростом, труднощі розвитку та характерні риси обличчя й голови, спричинені впливом алкоголю на ненароджену дитину внаслідок споживання матір'ю алкоголю під час вагітності. Надмірне вживання алкоголю на ранніх строках вагітності (> 5 одиниць за один раз) може призводити до серйозних порушень будови органів і навіть до летальних наслідків; вживання алкоголю на пізніх строках вагітності може впливати на ріст та розвиток центральної нервової системи.

### Діагностика

Щоб оцінити пренатальний вплив алкоголю, можна запитати матір про вживання алкоголю до та під час вагітності (для отримання чесних відповідей потрібна конфіденційність та довіра). Встановити діагноз може бути складно, якщо факт споживання алкоголю приховується.

### Ознаки і симптоми

- Дратівливість, тремтіння та яскраво виражений стартл-рефлекс (неонатальний абстинентний синдром)
- Затримка росту
- Вузькі очні щілини, гладкий фільтрум та тонка верхня губа
- Мікроцефалія при народженні
- Уповільнення росту голови в післяпологовому періоді
- Недостатнє годування та повільний набір маси тіла
- Порушення будови нирок та серця.

### Надання допомоги

- ▶ Оцініть ситуацію в сім'ї новонародженого та почніть раннє втручання. Надайте батькам чи опікунам контакти груп підтримки.
- ▶ Інформацію щодо ведення випадків та довгострокової підтримки див. на с. 649.
- ▶ Видайте направлення до спеціаліста для подальшого оцінювання.

## 5.13 Вроджені вади серця

Кожна 100-а дитина народжується з вродженими вадами серця. Вони частіше виникають у недоношених новонароджених та у близько 30% випадків пов'язані з іншими вродженими вадами. Деякі з них можна діагностувати за допомогою УЗД в допологовому періоді. Серйозні вроджені вади серця зазвичай проявляються невдовзі після народження, коли змінюється кровообіг плода. Менш серйозні вроджені вади серця можуть залишатися не діагностованими до досягнення дитиною пізнішого віку.

### Ознаки і симптоми

Ознаки й симптоми можуть різнитися залежно від основної вади серця та можуть включати:

- Ціаноз або диференційний ціаноз: нижча  $SpO_2$  у ступнях, ніж у правій руці
- Тривалий час наповнення капілярів
- Слабкий феморальний пульс
- Диспное й тахіпное

- Шуми в серці (можуть бути відсутні в дітей із тяжкими критичними хворобами серця), гучний другий тон серця або ритм галопу, тахікардія чи брадикардія, зміщення верхівкового поштовху ліворуч
- Збільшення печінки, відчутне при пальпації
- Зменшення діурезу
- Труднощі з годуванням чи грудним вигодовуванням, потовиділення під час годування
- Затримка розвитку
- набряк ніг, живота чи навколоочних ділянок.

### Дослідження

Пульсоксиметрія на руках та стопах.

### Лікування і направлення

Інші вади серця є складнішими та можуть потребувати проведення декількох операцій упродовж декількох років.

- ▶ Направляйте дітей із вродженими вадами серця, стан яких є стабільним, до спеціаліста для проведення оцінювання. Дотримуйтеся плану лікування, складеного спеціалістом (с. 650).
- ▶ Деякі вроджені вади серця в дітей є легкими й не потребують лікування.
- ▶ **Терміново** організуйте транспортування до лікарні новонароджених у критичному стані. До та під час направлення:
  - Якщо показник  $SpO_2 < 90\%$ , забезпечте подачу кисню.
  - Надайте першу допомогу новонародженим із небезпечними ознаками (с. 195) та здійсніть моніторинг показників життєдіяльності.
  - Якщо ви підозрюєте вроджену ваду серця, пов'язану з артеріальною протокою (диференційний ціаноз), попросіть службу транспортування привезти простагландин E1, коли вони забиратимуть дитину. Простагландин E1 потрібен для запобігання закриттю артеріальної протоки. Затримка в початку інфузійної терапії простагландином може мати шкідливий вплив та призвести до смерті.
  - Забезпечте надійний судинний доступ.

## 5.14 Вроджений стридор (ларингомалаяція)

Ларингомалаяція — це вроджене розм'якшення тканин гортані над голосовими зв'язками. Це найпоширеніша вроджена причина обструкції верхніх дихальних шляхів та стридору в немовлят. Симптоми з'являються невдовзі після народження та можуть посилюватися у віці 6–8 місяців перед поступовим покращенням стану й спонтанним зникненням симптомів у віці 12–24 місяців:

- Гучне дихання під час плачу чи прийому їжі або при інфекціях верхніх дихальних шляхів
- Ретракція на вдиху чи видиху.

### Лікування і направлення

- ▶ Лікування залежить від тяжкості захворювання; у більшості випадків доцільне саме лише спостереження.
- ▶ Видавайте направлення за наявності будь-яких небезпечних ознак або в разі недостатнього набору маси тіла.

## 5.15 Новонароджені з можливими метаболічними станами

Багато метаболічних захворювань (вроджені порушення метаболізму) можна виявити за допомогою метаболічного скринінгу новонароджених (с. 139) із використанням методу сухої краплі крові у віці 48–72 годин. Кількість станів, щодо яких здійснюють тестування, може відрізнятися в різних країнах.

### Анамнез

Фактори ризику:

- Кровна спорідненість батьків
- Попередні викидні/мертвонародження
- Незрозумілі смерті братів чи сестер новонародженої дитини
- Затримка внутрішньоутробного росту.

### Ознаки і симптоми

У новонароджених із метаболічними станами через декілька годин чи днів після народження проявляються неспецифічні симптоми, що нагадують інфекцію центральної нервової системи, сепсис чи серцеву декомпенсацію.

- Макроцефалія або мікроцефалія
- Катаракта
- Ністагм
- Жовтяниця
- М'язова гіпотонія чи гіпертонія
- Незвичний запах сечі або тіла
- Відмова від їжі, блювання або діарея
- Сповільнення росту
- Апноє
- Гіпотермія або гіпертермія
- Збільшення печінки та/або селезінки, відчутне при пальпації
- Неврологічні ознаки.

### Лікування

- ▶ За наявності підозр на метаболічне захворювання, зверніться по рекомендації до спеціалізованого центру та організуйте термінове направлення.
- ▶ Надайте допомогу у зв'язку з небезпечними ознаками (с. 195) та забезпечте частий моніторинг показників життєдіяльності.
- ▶ Виміряйте рівень цукру в крові та забезпечте лікування гіпоглікемії (с. 198).
- ▶ Надайте допомогу при судомомах у разі їх наявності (с. 198).
- ▶ Забезпечте в/в доступ для усунення зневоднення та компенсації поточних втрат у випадку діареї та блювання.
- ▶ Уникайте годування грудним молоком чи сумішшю до виключення галактоземії.

## 5.16 Вроджений гіпотиреоз

Гіпотиреоз — це найпоширеніша вроджена ендокринопатія. Найчастіше причиною є нестача в раціоні матері йоду, який відіграє ключову роль у виробленні гормонів щитоподібної залози. Близько 15–20 відсотків випадків викликані генетичними причинами. Гормони щитоподібної залози відіграють важливу роль у розвитку центральної нервової системи. Важливо виявити цей стан на ранніх стадіях, адже він може спричинити серйозні затримки розвитку, нейрокогнітивні дефіцити та затримку росту.

## Діагностика

Вроджений гіпотиреоз виявляють за допомогою неонатальних скринінгових програм.

## Симптоми

Слід підозрювати гіпотиреоз у всіх новонароджених із такими симптомами:

- Надмірна сонливість, поганий апетит, знижений тонус м'язів, хрипкий крик, закреп, гіпотермія, брадикардія, тривала жовтяниця, низька температура тіла
- Рідко — початок тяжких симптомів у пренатальному періоді, серед яких збільшене переднє тім'ячко, пупкова грижа та макроглюсія.

## Дослідження

- Підвищений рівень тиреотропного гормону (ТТГ) при народженні підтверджує діагноз.

## Лікування і направлення

- ▶ Направляйте новонароджених із клінічною підозрою на гіпотиреоз або з підвищеним рівнем ТТГ, виявленим під час метаболічного скринінгу, до спеціаліста для подальшого оцінювання й початку замісної терапії тироксином.

## 5.17 Новонароджені діти матерів із інфекційними захворюваннями

Вроджені інфекції в ненародженій чи новонародженій дитині спричинені патогенами, що передалися від матері до дитини під час вагітності (трансплацентарне передавання) або під час пологів. Незважаючи на те, що в більшості випадків вроджені інфекції діагностують у лікарні або за допомогою скринінгових тестів матері в період вагітності, необхідно пам'ятати про можливість їх виявлення й під час оцінювання стану новонародженої дитини, напр., ЦМВ, токсоплазмозу, сифілісу, парвовірусу В19, вітряної віспи, гепатиту В, ВІЛ, лістерії, краснухи, вірусу простого герпесу (ВПГ). Вроджені інфекції підвищують ризики виникнення довгострокових проблем та у найбільш тяжких випадках можуть призвести до смерті ненародженої дитини або до ранньої смерті новонародженої дитини.

Протягом перших днів життя новонароджені можуть контактувати з матерями з інфекційними захворюваннями; у такому разі необхідно вживати заходів для запобігання інфікуванню новонароджених.

### 5.17.1 Вроджена цитомегаловірусна інфекція

Це найпоширеніша вроджена вірусна інфекція. Симптоматичне захворювання може виникнути внаслідок інфікування матері під час вагітності; найвищий ризик існує в першому триместрі.

#### Симптоми

У приблизно 10% випадків симптоми проявляються при народженні або клінічні ознаки з'являються пізніше в післяпологовому періоді чи на пізніших етапах розвитку дитини.

Симптоми при народженні включають:

- Недоношеність
- Низьку масу тіла при народженні
- Мікроцефалію
- Збільшення розмірів печінки та селезінки
- Висипання
- Жовтяницю
- Петехії
- Судоми
- Ретиніт.

#### Діагностика

- Вроджену інфекцію можна підтвердити за допомогою тесту полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) на дезоксирибонуклеїнову кислоту (ДНК) ЦМВ у слині, сечі чи крові новонародженої дитини протягом перших 3 тижнів життя.

#### Лікування

- ▶ Направляйте новонароджених із ознаками вродженої ЦМВ-інфекції для інфузійної терапії протівірусними препаратами, такими як ганцикловір або валганцикловір. Тривале лікування потребує наявності сучасного лабораторного обладнання для ретельного моніторингу потенційної токсичності.
- ▶ Забезпечте обстеження слуху й зору.

### 5.17.2 Вроджена краснуха

Жінки, інфіковані вірусом краснухи на ранніх строках вагітності (особливо в першому триместрі), мають 90%-й ризик передавання вірусу ненародженій дитині.

#### Симптоми

У новонароджених можуть бути відсутні симптоми, або вони можуть мати вроджені дефекти, що називають синдромом вродженої краснухи:

- Порушення або втрату слуху
- Вади зору (помутніння рогівки, катаракту)
- Вроджені вади серця.

#### Лікування

- ▶ Направляйте новонароджених із проблемами з зором чи серцем до спеціаліста для оцінювання та лікування.
- ▶ Специфічне лікування відсутнє. Координуйте багатопрофільну допомогу для надання підтримки дитині та її сім'ї (с. 2).

### 5.17.3 Вроджений сифіліс

Вроджений сифіліс — це хронічне інфекційне захворювання, спричинене спірохетою *Treponema pallidum*, яка передається ненародженій дитині в матці.

#### Симптоми

Симптоми можуть не проявлятися протягом перших декількох тижнів чи місяців після народження, а в деяких випадках можуть з'явитися лише через декілька років.

- Часто низька маса тіла при народженні
- Долоні й підшви стоп: червоне висипання, сірі плями, пухирі або лущення шкіри
- Сифілітичний риніт — високоінфекційний риніт із закладеністю носа
- Здуття живота через збільшені розміри печінки й селезінки
- Жовтяниця
- Анемія.

## Діагностика

- За наявності підозр на сифіліс перевірте домашню медичну карту матері на наявність результатів лабораторних досліджень на предмет венеричних захворювань.
- Новонароджені, матері яких є серопозитивними, потребують ретельного огляду та проведення тестування на венеричні захворювання.

## Лікування

- ▶ Новонароджені з нормальними результатами фізикального огляду, у яких кількість титрів, виявлених за результатами тестування на венеричні захворювання, є в чотири рази меншою за кількість титрів у матері та яких народили матері, що отримували належне лікування і не мають жодних ознак повторного інфікування: лікування не потрібне, здійснюйте моніторинг немовляти (щомісячне тестування на венеричні захворювання).
- ▶ Направляйте новонароджених із відповідними симптомами або з підтвердженим вродженим сифілісом та новонароджених, матері яких не лікували або неналежним чином лікували сифіліс (включаючи лікування протягом 30 днів після пологів) або лікували його з використанням непеніцилінових препаратів, для лікування:
  - Бензилпеніциліном (пеніциліном G): 50 000 ОД/кг/доза кожні 12 годин (перші 7 днів життя), потім кожні 8 годин (немовлята віком > 7 днів) в/в протягом 10–15 днів **або**
  - Бензилпеніциліну прокаїном (G): 50 000 ОД/кг/добу разовою дозою, в/м (глибока в/м ін'єкція), щоденно протягом 10–15 днів

Лікування слід починати в лікарні. Новонароджених у стабільному стані можна виписувати й далі продовжувати їх лікування амбулаторно.

- ▶ Забезпечте лікування сифілісу в матері та її партнера та проведіть обстеження на інші ІПСШ.

### 5.17.4 Вроджений токсоплазмоз

Токсоплазмоз — це захворювання, спричинене інфікуванням паразитом *Toxoplasma gondii*, який переходить до ненародженої дитини через плаценту.

#### Симптоми

У більшості інфікованих дітей при народженні симптоми відсутні. До типових клінічних ознак належить класична тріада симптомів вродженого токсоплазмозу:

## ВІРУС ПРОСТОГО ГЕРПЕСУ

- Хоріоретиніт (часто двосторонній)
- Внутрішньочерепні кальцифікати
- Гідроцефалія (або мікроцефалія).

Іноді виявляють такі інші симптоми:

- Дихальні розлади та пневмоніт
- Висипання (макулопапульозне та/або петехіальне)
- Міокардит
- Недоношеність
- Затримка внутрішньоутробного росту
- Збільшення розмірів печінки та селезінки
- Жовтяниця
- Судоми
- Проблеми зі слухом
- Нефротичний синдром.

### Лікування

Дітей із вродженою інфекцією можна лікувати піріметаміном та сульфадіазиним, починаючи з внутрішньоутробного періоду розвитку (лікування вагітної жінки) та продовжуючи таке лікування протягом першого року життя, для зменшення тяжкості захворювання та подальших неврологічних проблем. Забезпечте початок лікування або направте до спеціаліста для підтвердження діагнозу та призначення лікування.

### 5.17.5 ВПГ

Зазвичай спричинений ВПГ-2 внаслідок прямого контакту з інфікованими виділеннями з піхви під час пологів (іноді інфекція передається в періоді внутрішньоутробного розвитку або після пологів). Рівень передавання від матері до дитини є високим серед жінок, які інфікувалися вірусом незадовго до пологів. Якщо неонатальний ВПГ не лікувати, він може призводити до серйозних довгострокових наслідків та смерті.

Високий ризик герпетичної інфекції:

- Новонароджені з симптомами неонатального герпесу **або**
- Активний первинний чи недіагностований генітальний герпес у матері на момент пологів **або**

- Рецидив активного генітального герпесу в матері на момент пологів, що супроводжується будь-якими з таких факторів ризику: розрив плодкових оболонок  $\geq 6$  годин до пологів (вагінальних або за допомогою кесаревого розтину), маса тіла при народженні  $< 2\ 000$  г, передчасні пологи до 37 тижня вагітності, рани на шкірі, ВІЛ-інфекція в матері.

Низький ризик герпетичної інфекції:

- Рецидив активного генітального герпесу в матері за відсутності всіх перерахованих вище факторів ризику.

## Симптоми

У більшості дітей при народженні симптоми відсутні. Клінічні ознаки, як правило, проявляються на 7–14 день життя:

- Везикулярне ураження шкіри, очей та ротової порожнини. Спочатку може здаватися нешкідливим, проте, якщо захворювання не лікувати, існує високий ризик його прогресування з ураженням центральної нервової системи або прогресування до дисемінованого захворювання.
- Захворювання центральної нервової системи: енцефалопатія та судоми.
- Дисеміноване захворювання: неспецифічні ознаки сепсису (дратівливість, летаргія, підвищена температура, відсутність апетиту).

## Надання допомоги

- ▶ Використовуйте засоби індивідуального захисту (ЗІЗ) (рукавички та захисний халат) під час кожного контакту з новонародженим.
- ▶ Направляйте новонароджених із високим ризиком герпетичної інфекції, навіть якщо вони наразі безсимптомні, для проведення інфузійної терапії ацикловіром.
- ▶ Новонароджені з низьким ризиком герпетичної інфекції: рекомендуйте батькам знову прийти на прийом у разі появи симптомів та призначте повторний візит через 3–5 днів. Якщо в новонароджених з'являються симптоми, направляйте їх до лікарні для інфузійної терапії ацикловіром (як зазначено вище).
- ▶ Заохочуйте грудне вигодовування, якщо в матері немає уражень шкіри грудей.
- ▶ Пояснюйте батькам чи опікунам, наскільки важливо дотримуватися гігієни рук при контакті з дитиною.

### 5.17.6 Новонароджені діти матерів із ВІЛ

Новонароджені мають ризик інфікування ВІЛ шляхом вертикального передавання від матері до дитини, якщо вони контактують із ВІЛ у періоді внутрішньоутробного розвитку, під час пологів та грудного вигодовування. Головним фактором ризику є високе вірусне навантаження в матері. Без втручання ризик вертикального передавання ВІЛ-інфекції може становити до 30%, а в дітей, яким вертикально передалася ВІЛ-інфекція, СНІД розвивається набагато швидше, ніж у дорослих. Інформацію щодо ведення пацієнтів із ВІЛ-інфекцією див. на с. 696.

#### Профілактика передавання ВІЛ від матері до дитини

- ▶ Лікування, як правило, починають у лікарні. Здійснюйте моніторинг лікування та коригуйте дози пропорційно до збільшення маси тіла дитини.

Якщо **ризик передавання є низьким** (ефективна антиретровірусна терапія (АРТ) матері та успішне досягнення супресії вірусного навантаження):

- ▶ Забезпечте післяпологову профілактику невірапіном (NVP) або зидовудином (AZT) протягом 4–6 тижнів.

Якщо **ризик передавання є високим** (у матері вперше виявили ВІЛ-інфекцію під час або після пологів, мати була інфікована під час вагітності або в період грудного вигодовування, почала АРТ на пізніх строках вагітності або не досягла вірусологічної супресії до настання пологів):

- ▶ Забезпечте профілактику двома препаратами (зидовудин (AZT) плюс невірапін (NVP)) протягом перших 6 тижнів. У випадку немовлят на грудному вигодовуванні: після цього потрібно призначити профілактику зидовудином та невірапіном або самим лише невірапіном протягом ще 6 тижнів (таблиця 29).

#### Міркування щодо грудного вигодовування

У більшій частині світу грудне вигодовування є рекомендованим для ВІЛ-інфікованих матерів, проте у Європі надають перевагу штучному вигодовуванню дитини, якщо такий варіант є доступним і безпечним (с. 99).

**Таблиця 29. Профілактика двома препаратами для немовлят із високим ризиком передавання ВІЛ від матері до дитини**

Варіанти	Доза у віці 0–6 тижнів	Доза у віці 6–12 тижнів (варіанти)	
	Зидовудин (AZT) + невірапін (NVP)	Зидовудин (AZT) + невірапін (NVP)	Лише невірапін
1. Сироп <sup>а</sup>	AZT, 1,5 мл (15 мг) двічі на добу	AZT, 6 мл (60 мг) двічі на добу	NVP, 2 мл (20 мг) один раз на добу
	NVP, 1,5 мл (15 мг) двічі на добу	NVP, 2 мл (20 мг) один раз на добу	
2. Сироп та моно-препарат у формі таблеток <sup>б</sup>	AZT, 1,5 мл (15 мг) двічі на добу	AZT, 1 табл. (60 мг) двічі на добу	NVP, ½ табл. (25 мг) один раз на добу
	NVP, 1,5 мл (15 мг) двічі на добу	NVP, ½ табл. (25 мг) один раз на добу	

<sup>а</sup> Проблема: точність дозування всіх препаратів та один тип лікарської форми протягом усіх 12 тижнів.

<sup>б</sup> Перевага: поєднання точності дозування сиропу протягом перших 6 тижнів та легкості застосування таблеток в періоді з 6 до 12 тижнів. Проблема: ½ таблетки NVP — це незначне перевищення дози (25 мг замість 20 мг).

### 5.17.7 Новонароджені діти матерів із гепатитом В

Вірус гепатиту В (ВГВ) передається від матері до дитини перш за все через контакт із кров'ю під час пологів. Найчастіше причиною хронічного гепатиту В є інфікування в перинатальному періоді. До довгострокових наслідків гепатиту В належать хронічна печінкова недостатність, цироз та гепатоцелюлярна карцинома.

#### Симптоми

В інфікованих дітей при народженні симптоми відсутні.

#### Профілактика передавання гепатиту В від матері до дитини

► Вакцинують дитину якомога швидше після народження (в ідеалі, не пізніше ніж через 12 годин після народження) моновалентною вакциною проти гепатиту В.

— Якщо введення вакцини протягом 12 годин неможливе, пізню дозу вакцини при народженні можна ввести в будь-який момент до настання дня введення наступної дози в рамках первинного вакцинального комплексу (як правило, у віці 6 тижнів); при цьому ефек-

тивність вакцинації знижується з кожним наступним днем після народження.

- ▶ За наявності введіть в/м імуноглобулін (Ig) проти гепатиту В: 100 МО/кг (у ногу, в яку не вводили вакцину проти гепатиту В). Ефективність буде найвищою, якщо його ввести протягом перших 12 годин після народження, але його також можна вводити до 7-го дня життя.
- ▶ Проводьте наступні щеплення моновалентними або комбінованими вакцинами згідно з національним календарем імунізації.
- ▶ Заохочуйте не припиняти грудне вигодовування.

### 5.17.8 Новонароджені діти матерів із коронавірусною хворобою-2019 (COVID-19)

Матері з COVID-19 та їхні діти повинні постійно перебувати разом, практикувати шкірний контакт, зокрема метод «кенгуру», особливо відразу після народження й на початку грудного вигодовування. Користь грудного вигодовування істотно переважає потенційні ризики передавання інфекції.

- ▶ Заохочуйте матерів із COVID-19 починати або продовжувати грудне вигодовування.
- ▶ Проводьте консультації щодо загальних правил гігієни (с. 864).

### 5.17.9 Новонароджені діти матерів із ТБ

Якщо матір має активний ТБ легень і отримувала лікування за < 2 місяці до народження дитини або якщо ТБ діагностували після народження дитини:

- ▶ Поясніть матері, що грудне вигодовування є безпечним для її немовляти.

**НЕ** вводьте новонародженій дитині вакцину БЦЖ при народженні.

- ▶ Для цілей профілактики призначте ізоніазид у дозуванні 10 мг/кг перорально один раз на добу (с. 907).
- ▶ Після досягнення немовлятами віку 6 тижнів проводьте повторне оцінювання набору маси тіла й рентген органів грудної клітки (ОГК).
- ▶ Якщо результати обстеження вказують на активне захворювання, починайте лікування ТБ відповідно до національних настанов (с. 708).
- ▶ Якщо немовля добре почувається, а результати обстеження є негативними, продовжуйте профілактичне лікування ізоніазидом до завершення 6-місячного курсу.

- ▶ Відкладіть вакцинацію БЦЖ до моменту, коли після завершення курсу лікування мине 2 тижні. Якщо БЦЖ вже ввели, повторно введіть вакцину через 2 тижні після завершення курсу лікування ізоназидом.

## 5.18 Небезпечні ознаки у хворих новонароджених

У новонароджених та немовлят у ранньому віці часто проявляються неспецифічні симптоми, які вказують на тяжке захворювання, особливо на серйозну бактеріальну інфекцію. Усі надавачі первинної медичної допомоги, які проводять прийом новонароджених та немовлят, повинні розпізнавати такі ознаки та надавати принаймні першу допомогу у зв'язку з ними.

**Серйозна бактеріальна інфекція** різного характеру — септицемія, мєнінгіт та вроджена пневмонія. Для новонароджених із зазначеними нижче факторами ризику існує вища ймовірність розвитку серйозної бактеріальної інфекції:

- Передчасний розрив плодових оболонок (> 18 год до пологів)
- Підвищення температури тіла в матері > 38°C перед пологами чи під час них
- Неприємний запах амніотичної рідини чи наявність у ній гною (хоріоамніоніт)
- Колонізація матері стрептококами групи В
- Передчасні пологи.

**Утруднене дихання** може бути спричинене сепсисом, респіраторними інфекціями, вродженими вадами серця чи іншими вродженими мальформаціями (трахеостравохідною фістулою, вадами розвитку легень, атрезією стравоходу, атрезією хоан, діафрагмальною грижею). Вроджені вади, як правило, виявляють у лікарні. Діти, народжені вдома, можуть мати респіраторний дистрес-синдром (недоношені новонароджені) або синдром аспірації меконію.

### Огляд

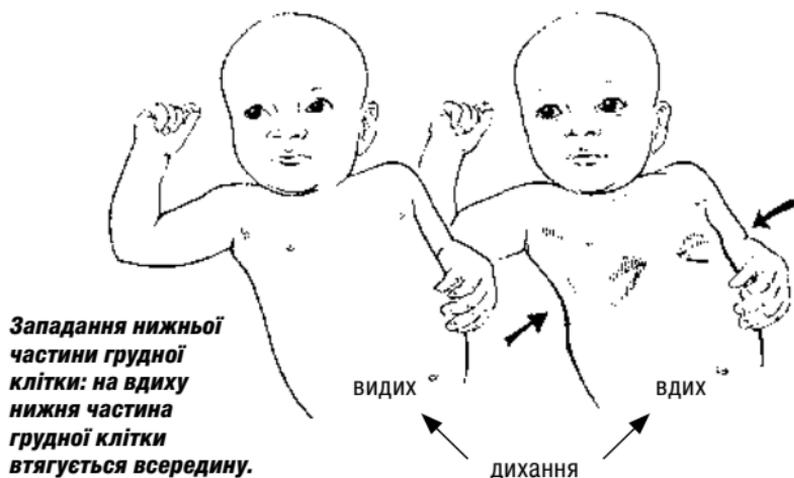
#### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

Новонароджені та немовлята з будь-якими із зазначених нижче небезпечних ознак потребують проведення невідкладних втручань та негайного направлення:

- Недостатнє харчування, неспроможність смоктати
- Судоми

## НЕБЕЗПЕЧНІ ОЗНАКИ

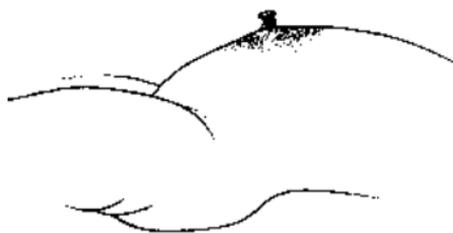
- Млявість чи непритомність
- Рухи лише при стимуляції або повна відсутність рухів
- Центральний ціаноз
- Температура тіла  $< 35,5$  або  $> 38^{\circ}\text{C}$
- Утруднене дихання:
  - агональне дихання
  - хрипле дихання
  - роздування крил носа
  - сильне втягування грудної клітки
  - прискорене дихання ( $\geq 60$  вдихів/хв)
  - уповільнене дихання ( $< 30$  вдихів/хв).
- Сильна жовтяниця (з'являється на обличчі в перший день життя або поширюється в будь-який момент на руки та підшви стоп).

**Ознаки серйозної бактеріальної інфекції**

Усі перелічені вище **небезпечні ознаки** є ознаками серйозної бактеріальної інфекції, проте є й інші **місцеві ознаки інфекції**:

- Ознаки пневмонії (див. ознаки утрудненого дихання, зазначені вище)
- Серйозне пустульозне ураження шкіри або пустульозне ураження великої ділянки шкіри

- Почервоніння пупка, що поширюється на шкіру біля нього (омфаліт)
- Виділення гною з пупка
- Сильне здуття живота та болючість у ділянці живота
- Біль у суглобах, набряк суглобів, зниження рухливості та дратівливість у разі торкання до цих частин.



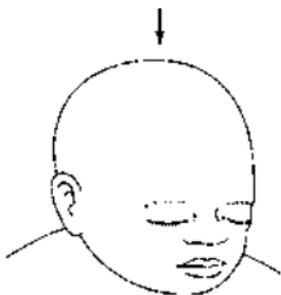
**Почервоніння ділянки шкіри навколо пупка при пупковому сепсисі. Запалення поширюється від пупка на червну стінку.**

### Ознаки менінгіту

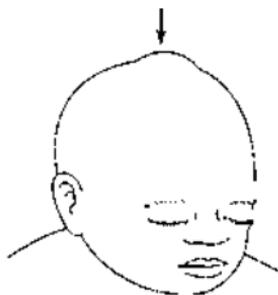
Слід підозрювати менінгіт за наявності ознак серйозної бактеріальної інфекції (див. вище), особливо за наявності будь-якої з таких ознак:

- Млявість, летаргія чи непритомність
- Судоми
- Дратівливість
- Випукле тім'ячко
- Високий крик.

Нормальне тім'ячко



Випукле тім'ячко



**Випукле тім'ячко — ознака менінгіту в немовлят молодшого віку з відкритим тім'ячком**

### Дослідження

- Рівень глюкози в крові.
- Пульсоксиметрія.

## Невідкладна допомога новонародженим із небезпечними ознаками

Метою надання первинної допомоги новонародженому із зазначеними ознаками є стабілізація та запобігання погіршенню стану.

- ▶ Забезпечте оцінювання за алгоритмом ABCDE **A** [airway] — дихальні шляхи, **B** [breathing] — дихання, **C** [circulation] — кровообіг, **D** [disability] — неврологічний статус, **E** [exposure] — зовнішній вигляд усього тіла (с. 800) та надання відповідної допомоги.
- ▶ Пам'ятайте такі специфічні міркування стосовно лікування гіпоглікемії та судом у новонароджених:
  - У випадку гіпоглікемії (рівень глюкози  $< 2,2$  ммоль/л або  $< 40$  мг/дл), введіть 10% розчин глюкози в/в у дозуванні 2 мл/кг. Якщо рівень глюкози в крові неможливо виміряти, припускайте гіпоглікемію та вводьте глюкозу в/в. Якщо ви не можете забезпечити в/в доступ, вводьте зціджене грудне молоко або глюкозу за допомогою назо-гастрального зонду.
  - У випадку судом забезпечте лікування фенобарбіталом (с. 851). Слідкуйте за ознаками апное. Забезпечте наявність маски-мішка.
- ▶ За наявності підозри на серйозну бактеріальну інфекцію, менінгіт чи утруднене дихання: якщо дитина має гострий стан або якщо існує ризик затримки в транспортуванні, введіть антибіотики перед транспортуванням (цефотаксим в/в у дозуванні 50 мг/кг, див. с. 851). Зверніться по консультацію до центру, до якого ви направляєте дитину.
- ▶ Організуйте термінове направлення до лікарні для подальшого оцінювання та лікування (інформацію щодо транспортування хворих новонароджених дітей та немовлят у ранньому віці див. на с. 871) та повідомте служби швидкої медичної допомоги, чи потрібен буде кисень для безпечного транспортування новонародженої дитини.

# Дитина або підліток має конкретну скаргу або конкретний симптом

6.1	Кашель або утруднене дихання	201
6.2	Отоларингологічні проблеми	234
6.3	Гарячка	252
6.4	Діарея	305
6.5	Блювання	335
6.6	Біль у животі	343
6.7	Біль у грудях	356
6.8	Шуми в серці	362
6.9	Пальпітації	370
6.10	Синкопе	376
6.11	Підвищений артеріальний тиск (гіпертонія)	381
6.12	Проблеми з нирками	385
6.13	Симптоми з боку органів сечостатевої системи	393
6.14	Висипи, свербіж та інші шкірні проблеми	430
6.15	Блідість	449
6.16	Жовтяниця	458
6.17	Набряк або біль у суглобах чи кістках	465
6.18	Ущільнення та припухлості	480
6.19	Проблеми з очима	488
6.20	Головний біль	513
6.21	Судоми	522
6.22	Знижений тонус м'язів	535
6.23	Тілесні ушкодження	540
6.24	Сторонні предмети	559
6.25	Біль	564
6.26	Проблеми з ростом і набором ваги	570
6.27	Варіації розміру голови	583
6.28	Поганий настрій і депресія	586
6.29	Суїцидальні думки та самоушкодження	591
6.30	Страх, тривожність, уникання певних ситуацій чи предметів	594

<b>6.31</b>	<b>Неуважність чи гіперактивність</b>	<b>599</b>
<b>6.32</b>	<b>Злість, вибухи гніву, неслухняність</b>	<b>601</b>
<b>6.33</b>	<b>Труднощі з соціальною взаємодією та комунікацією</b>	<b>605</b>
<b>6.34</b>	<b>Проблеми зі сном</b>	<b>608</b>
<b>6.35</b>	<b>Проблеми з харчуванням, страх перед набором ваги</b>	<b>615</b>
<b>6.36</b>	<b>Повторювані фізичні симптоми незрозумілої етіології</b>	<b>621</b>

Ця глава містить настанови щодо диференціальної діагностики найпоширеніших скарг та клінічного ведення найважливіших станів у дітей віком від 2 місяців і підлітків. Інформацію щодо лікування таких станів у новонароджених і немовлят віком < 2 місяці див. у главі 5. Інформацію про стани, специфічні для підлітків, див. у главі 8.

## 6.1 Кашель або утруднене дихання

<b>6.1.1 Кашель або звичайна застуда</b>	<b>206</b>
<b>6.1.2 Гострий бронхіт</b>	<b>207</b>
<b>6.1.3 Пневмонія</b>	<b>208</b>
<b>6.1.4 COVID-19</b>	<b>213</b>
<b>6.1.5 Свистячі хрипи</b>	<b>217</b>
Бронхіоліт	219
(Періодичні) свистячі хрипи, пов'язані зі звичайною застудою	221
<b>6.1.6 Стридор</b>	<b>223</b>
Вірусний круп	224
Ретрофарингеальний абсцес	226
Дифтерія	227
Епіглотит	227
<b>6.1.7 Хронічний кашель</b>	<b>228</b>
Кашлюк	232

Найчастіше причиною кашлю є вірусна інфекція.

**НЕ СЛІД** призначати на рутинних засадах: антибіотики (не є дієвими проти вірусів та не запобігають пневмонії), засоби, що містять атропін, кодеїн, похідні кодеїну або спирт (можуть бути шкідливими), муколітики або антигістамінні краплі для носа.

Кашель і утруднене дихання часто зустрічаються в дітей молодшого віку. Їхні причини варіюються від легких самообмежувальних захворювань до тяжких захворювань, що загрожують життю.

У більшості випадків епізоди кашлю викликані звичайною застудою, і кожна дитина має декілька таких епізодів на рік. Найпоширенішим тяжким захворюванням і причиною смерті, що супроводжується кашлем або утрудненим диханням, є пневмонія, яку слід розглядати в першу чергу при будь-якій диференціальній діагностиці (таблиця 30, с. 204).

Стежте за поточною епідеміологічною ситуацією в країні та громаді.

## Анамнез

Звертайте увагу на:

- Кашель:
  - Тривалість у днях, оскільки причини кашлю відрізняються у випадках, коли він триває більше ніж 14 днів (с. 228)
  - Пароксизми зі свистячими хрипами або блюванням чи центральним ціанозом.
- Астму в особистому медичному чи сімейному анамнезі
- Підвищення температури тіла в анамнезі
- Супутні хронічні захворювання (напр., муковісцидоз)
- Удавлення в анамнезі або раптову появу симптомів
- Вакцинацію в анамнезі
- Якщо кашель триває довше ніж 14 днів, контакт із людиною, яка має ТБ (або хронічний кашель) у сім'ї.

## Обстеження

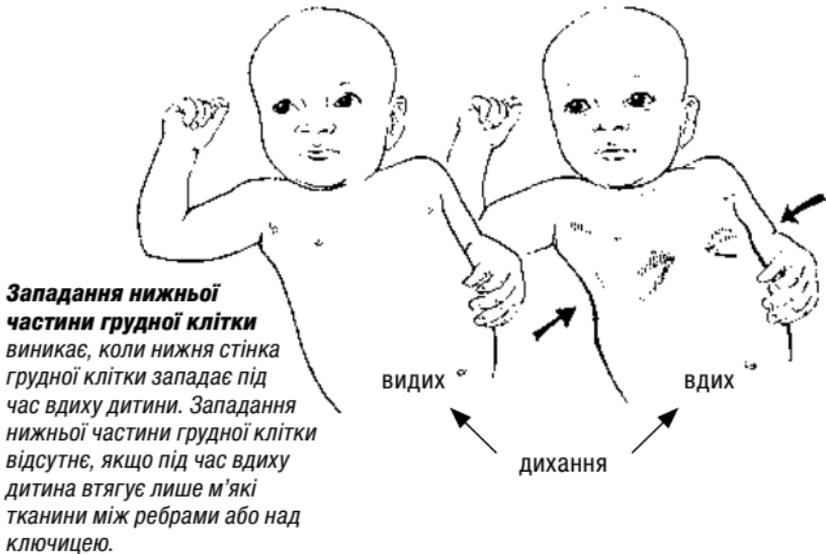
Симптоми та ознаки, наведені нижче, є орієнтиром для встановлення діагнозу. Не всі діти матимуть усі ці симптоми чи ознаки.

## Загальні

- Підвищення температури тіла
- Центральний ціаноз
- Апноє, агональне дихання, хрипле дихання, роздування крил носа, чутні свистячі хрипи, стридор
- Кивання головою (рух голови у фазі вдиху, що вказує на тяжкий дихальний розлад)
- Тахікардія
- Сильна блідість шкіри на долонях.

## Грудна клітка

- Частота дихання (за 1 хв у стані спокою)
- Прискорене дихання:
  - $\geq 60$ /хв у новонароджених віком  $< 2$  місяці
  - $\geq 50$ /хв у дітей віком 2–11 місяців



- $\geq 40$ /хв у дітей віком 1–5 років
- Для дітей старшого віку див. у таблиці 128 (с. 797).

- Западання нижньої частини грудної клітки
- Гіперінфляція грудної клітки
- Підвищений яремний венозний тиск
- При аускультатії чутно великобульбашкові вологі хрипи, відсутність входження повітря або звуки бронхіального дихання чи свистячі хрипи
- Аномальний серцевий ритм при аускультатії
- Ознаки плеврального випоту (тулий звук) або пневмотораксу (коробковий звук) при перкусії.

### Черевна порожнина

- Утворення в черевній порожнині, напр., лімфаденопатія
- Збільшена печінка або селезінка.

### Дослідження

- Пульсоксиметрія для виявлення гіпоксії та як орієнтир для потенційної кисневої терапії.

- Рентген ОГК, за можливості, тільки для дітей із ознаками тяжкої пневмонії або пневмонії, яка не відповідає на лікування, ускладненнями або підозрою на ТБ чи невідомим діагнозом.
- Інші дослідження залежно від підозрюваного діагнозу.

**Таблиця 30. Диференціальна діагностика кашлю або утрудненого дихання**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Звичайна застуда (с. 206)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель, виділення з носа</li> <li>• Хороший загальний зовнішній вигляд</li> <li>• Відсутність утрудненого дихання і стридору.</li> </ul>
<b>Пневмонія (с. 208)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель із прискореним диханням</li> <li>• Западання нижньої частини грудної клітки</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Великобульбашкові вологі хрипи, звуки бронхіального дихання або притуплений звук при перкусії</li> <li>• Хрипле дихання.</li> </ul>
<b>Астма (с. 654)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди задишки або свистячих хрипів</li> <li>• Нічний кашель або кашель і свистячі хрипи під час фізичних навантажень</li> <li>• Гіперінфляція грудної клітки</li> <li>• Подовжений видих</li> <li>• Зменшення надходження повітря</li> <li>• Хороша відповідь на бронходилататори, за винятком дуже тяжкої форми захворювання.</li> </ul>
<b>Бронхіоліт (с. 219)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Епізод свистячих хрипів під час сезонного бронхіоліту</li> <li>• Зазвичай вік &lt; 1 рік.</li> </ul>
<b>Періодичні свистячі хрипи (с. 221)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай вік &lt; 5 років</li> <li>• Повторювані епізоди задишки або свистячих хрипів завжди пов'язані з кашлем і звичайною застудою.</li> </ul>
<b>Гострий бронхіт (с. 207)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Звичайна застуда</li> <li>• Виникає після постійного кашлю, іноді продуктивного (з виділенням мокротиння).</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Круп</b> (с. 224)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Стридор на вдиху</li> <li>• Переривчастий кашель</li> <li>• Хрипкий голос.</li> </ul>
<b>Кашлюк</b> (с. 232)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пароксизми кашлю, що супроводжуються свистом, блюванням, ціанозом або апное</li> <li>• Відсутність симптомів між нападами кашлю</li> <li>• Субкон'юнктивальні крововиливи</li> <li>• Відсутність вакцинації або неповна вакцинація проти кашлюку, дифтерії та краснухи в анамнезі</li> <li>• Відсутність підвищення температури тіла.</li> </ul>
<b>Коронавірусна хвороба-2019 (COVID-19)</b> (с. 213)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контакт із людиною, хворою на COVID-19, в анамнезі або позитивний результат тесту полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією або тесту на антиген SARS-CoV-2</li> <li>• Різноманітні респіраторні симптоми від інфекції верхніх дихальних шляхів до пневмонії</li> <li>• Іноді втрата нюху та/або смаку.</li> </ul>
<b>Туберкульоз (ТБ)</b> (с. 705)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хронічний кашель (&gt; 14 днів)</li> <li>• Контакт із людиною, хворою на ТБ, в анамнезі</li> <li>• Поганий ріст, виснаження або втрата ваги.</li> </ul>
<b>Серцева недостатність</b> (с. 365)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хвороби серця або шуми в серці в анамнезі</li> <li>• Аномальний серцевий ритм (дуже швидкий або повільний)</li> <li>• Збільшені вени шиї в дітей старшого віку</li> <li>• Збільшена печінка</li> <li>• Дрібнобульбашкові вологі хрипи в основі легень.</li> </ul>
<b>Аспірація стороннього предмета</b> (с. 560)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптове удавлення в анамнезі</li> <li>• Раптова поява стридору та дихального розладу</li> <li>• Вогнищеві зони свистячих хрипів або ослаблені дихальні шуми.</li> </ul>
<b>Пневмоторакс</b> (с. 817)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптове виникнення, іноді після серйозної травми грудної клітки</li> <li>• Коробковий звук при перкусії з одного боку грудної клітки</li> <li>• Зміщення середостіння в протилежний бік свідчить про напружений пневмоторакс.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Панічна атака (с. 597)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частіше зустрічається в підлітків</li> <li>• Страх, тривожність в анамнезі, часто викликані стресором</li> <li>• Прискорене та глибоке дихання (гіпервентиляція)</li> <li>• Відчуття стискання у грудній клітці</li> <li>• Відчуття поколювання або спазми в губах, кистях або стопах, запаморочення.</li> </ul>

Додаткові причини утрудненого дихання у дітей або підлітків, які приїхали з-за кордону, див. у таблиці 46 (с. 302).

### 6.1.1 Кашель або звичайна застуда

Це поширені самообмежувальні вірусні інфекції, які потребують лише підтримувальної терапії. Антибіотики призначати не слід. У деяких дітей, особливо у немовлят, можуть спостерігатися свистячі хрипи або стридор. Більшість епізодів закінчуються протягом 14 днів. Кашель, який триває 14 чи більше днів, може бути викликаний астмою, кашлюком, ТБ або іншими захворюваннями (с. 228).

#### Діагностика

Загальні особливості:

- Кашель
- Виділення з носа
- Дихання ротом при закладеності носа
- Підвищена температура тіла.

Відсутність таких ознак:

- Небезпечні ознаки: нездатність пити/смоктати грудне молоко, блювання, летаргія, судоми або змінений стан свідомості
- Ознаки пневмонії (с. 208)
- Стридор у стані спокою.

У дітей молодшого віку можлива поява свистячих хрипів (с. 217).

#### Лікування

- Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 22) та лікування гарячки і болю за допомогою парацетамолу та ібупрофену (робоча пам'ятка 25, с. 258).

**Робоча пам'ятка 22. Лікування кашлю в домашніх умовах****Як доглядати за дитиною з кашлем у домашніх умовах**

- Пом'якшуйте горло і полегшуйте кашель у безпечний спосіб, наприклад, за допомогою теплих напоїв.
- Очищуйте виділення з носа дитини фізіологічним розчином перед годуванням, якщо закладеність носа викликає дихальний розлад.
- Давайте дитині парацетамол або ібупрофен, якщо у неї підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес.
- Стежте за тим, щоб дитина достатньо пила, та давайте їй більше рідини або грудного молока, якщо в неї підвищена температура тіла. Часте пиття в невеликих кількостях легше переноситься і рідше призводить до блювання.
- Прийдіть на повторний прийом, якщо в дитини прискорене чи утруднене дихання, якщо її стан погіршується або вона не може пити чи смоктати грудне молоко.

**6.1.2 Гострий бронхіт**

Гострий бронхіт — це запалення бронхів, яке зазвичай викликають віруси в холодну пору року. Він часто розвивається після звичайної застуди з нежиттю. При значному ураженні трахеї використовують термін «гострий трахеобронхіт».

**Анамнез**

- Кашель, нежить, відсутність підвищення температури тіла або незначне її підвищення, іноді біль у тілі протягом перших 1–3 днів.
- Після цього з'являється постійний кашель, який може ставати продуктивним.
- Біль у грудях, що посилюється при кашлі (у дітей старшого віку).

**Обстеження**

- До ранніх ознак належать риніт і кон'юнктивіт.
- При аускультатії грудної клітки чутно великобульбашкові вологі хрипи та низькотональні хрипи, в окремих випадках свистячі хрипи.

- Відсутність ознак інших тяжких захворювань, таких як прискорене дихання, дихальні розлади (див. нижче).

### Дослідження

- Зазвичай не потрібні. За наявності сумнівів, пульсоксиметрія для виявлення гіпоксії.

### Лікування

Гострий бронхіт є самообмежувальним захворюванням.

**НЕ СЛІД** призначати препарати від кашлю (які пригнічують кашель)

**НЕ СЛІД** призначати антибіотики на рутинних засадах.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 22). На додаток до тез, наведених у пам'ятці, не забудьте:

- Порадити очищувати виділення з носа дитини молодшого віку фізіологічним розчином, якщо закладеність носа викликає дихальний розлад
- Повідомити, що кашель може тривати кілька тижнів.

### Подальше спостереження

Проведіть повторне оцінювання через 2–3 дні або попросіть опікунів прийти раніше, якщо стан дитини погіршиться, або якщо вона не зможе пити.

#### 6.1.3 Пневмонія

Пневмонія — це інфекція нижніх дихальних шляхів, яку зазвичай викликають віруси або бактерії. Основними бактеріальними патогенами є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* типу b, *Staphylococcus aureus* та *Streptococcus pyogenes*. До інших бактеріальних збудників належать *Mycoplasma pneumoniae* та *Chlamydia pneumoniae*, які викликають «атипову пневмонію».

### Діагностика

Діагноз переважно ґрунтується на симптомах та анамнезі. Симптоми можуть відрізнятися залежно від віку, тяжкості захворювання та збудника.

Клінічних проявів і результатів рентгену недостатньо для достовірного визначення причини захворювання (бактерія чи вірус).

## Анамнез

- Епізоди подібних захворювань в анамнезі
- Статус вакцинації (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, тип b).

Немовлята і діти молодшого віку:

- Підвищення температури тіла
- Кашель
- Дратівливість
- Блювання, діарея
- Нездатність пити або смоктати грудне молоко.

Діти старшого віку і підлітки:

- Підвищення температури тіла
- Кашель
- Раптова поява болю в животі
- Біль у грудях (плевритичний).

## Обстеження

- Підвищення температури тіла
- Прискорене дихання:
  - $\geq 60$ /хв у новонароджених віком  $< 2$  місяці
  - $\geq 50$ /хв у дітей віком 2–11 місяців
  - $\geq 40$ /хв у дітей віком 1–5 років
  - Для дітей старшого віку див. у таблиці 128 (с. 797).
- Западання грудної клітки
- Роздування крил носа
- Хрипле дихання
- При аускультатії: великобубашкові вологі хрипи або шум тертя плеври. Зниження шумів може бути ознакою плеврального випоту.

**Примітка:** для атипової пневмонії характерні:

- Вік дитини  $\geq 5$  років
- Кашель, підвищення температури тіла та характерні ознаки при аускультатії
- Відсутність високої температури тіла або ознак тяжкої пневмонії (таблиця 31).

## Ускладнення

Розгляньте можливість потенційних ускладнень, таких як плевральний випіт або емпієма, у разі:

- Зниження рухливості з ураженого боку грудної клітки
- Тупого звуку при перкусії (над випотом)
- Відсутності входження повітря (над випотом).

## Дослідження

- Пульсоксиметрія для виявлення гіпоксії
- Рентген ОГК НЕ показаний дітям без ознак тяжкої пневмонії.

## Диференціальна діагностика

Розглядайте ймовірність бронхіоліту, свистячих хрипів, астми або інших захворювань (таблиця 30, с. 204).

## Лікування

- ▶ Призначте амоксицилін 30 мг/кг/дозу перорально 3 рази на день протягом 5–7 днів (див. дозування в додатку 4).

**Таблиця 31. Класифікація пневмонії в дітей віком < 5 років за тяжкістю**

Ознаки чи симптоми	Класифікація	Надання допомоги
Кашель або утруднене дихання та: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Сатурація крові киснем &lt; 90% при пульсоксиметрії або центральний ціаноз</li> <li>■ Тяжкий дихальний розлад: напр., хрипле дихання, дуже сильне западання грудної клітки</li> <li>■ Нездатність пити, смоктати грудне молоко або блювання</li> <li>■ Летаргія, судоми або змінений стан свідомості.</li> </ul>	<b>Тяжка пневмонія</b>	▶ Забезпечте ранню кисневу терапію та направте до лікарні.

Ознаки чи симптоми	Класифікація	Надання допомоги
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Прискорене дихання:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— <math>\geq 50</math>/хв у дітей віком 2–11 місяців</li> <li>— <math>\geq 40</math>/хв у дітей віком 1–5 років</li> <li>— Западання нижньої частини грудної клітки.</li> </ul> </li> </ul>	<b>Пневмонія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Інформацію про лікування див. нижче.</li> </ul>
Відсутність ознак пневмонії або тяжкої пневмонії.	<b>Відсутність пневмонії</b> Розгляньте ймовірність звичайної застуди.	<b>НЕ СЛІД</b> призначати антибіотики.

**НЕ** призначайте антибіотики за відсутності прискореного дихання чи інших ознак пневмонії.

- ▶ Дітям віком < 5 років, не вакцинованим проти гемофільної інфекції типу b, або з коінфекцією грипу: амоксицилін-клавуланат перорально (у комбінованій лікарській формі з фіксованим дозуванням 8:1) із розрахунку 30 мг/кг/дозу амоксициліну перорально 3 рази на день протягом 5–7 днів.
- ▶ У разі алергії на бета-лактами (див. додаток 9):
  - з гіперчутливістю I типу (анафілаксія): азитроміцин або кларитроміцин перорально
  - без гіперчутливості I типу: цефуросиму аксетил перорально.
- ▶ При підозрі на атипову пневмонію: 10 мг/кг/дозу азитроміцину перорально один раз на день протягом 3 днів.
- ▶ Для дітей з імуносупресією та хронічними захворюваннями, такими як муковісцидоз, слід розглядати інші збудники та антибіотики.
- ▶ Призначайте кисень, якщо  $SpO_2$  становить:
  - < 90% у дитини з дихальним розладом
  - < 94% у дитини з тяжким дихальним розладом, летаргією, судомою або зміненим станом свідомості.
- ▶ За наявності, усувайте фактори ризику, такі як куріння батьків, забруднення повітря в приміщенні та недоїдання.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 23) та лікування гарячки і болю за допомогою парацетамолу та ібупрофену (робоча пам'ятка 25, с. 258).

### Робоча пам'ятка 23. Лікування пневмонії в домашніх умовах

#### Як доглядати за дитиною з пневмонією в домашніх умовах



- Давайте дитині парацетамол або ібупрофен, якщо у неї підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес.
  - Стежте за тим, щоб дитина достатньо пила, та давайте їй більше рідини або грудного молока, якщо в неї підвищена температура тіла. Часте пиття в невеликих кількостях легше переноситься і рідше призводить до блювання.
  - Тримайте дитину в напівсидячому положенні, якщо в неї утруднене дихання.
- НЕ** куріть біля дитини.
- Прийдіть на повторний прийом через 2–3 дні для повторного оцінювання або раніше, якщо в дитини прискорене чи утруднене дихання, якщо її стан погіршується або вона не може пити чи смоктати грудне молоко.

#### Направлення

Направляйте дітей із тяжкою пневмонією або підозрою на ускладнення (плевральний випіт, емпієму або пневмоторакс) до лікарні. До та під час транспортування до лікарні:

- ▶ Забезпечте ранню кисневу підтримку за наявності будь-яких ознак тяжкої пневмонії (таблиця 31).
- ▶ Розгляньте доцільність введення першої дози ампіциліну 50 мг/кг/дозу в/в або в/м (інформацію про дозування див. у додатку 4), якщо очікується, що дитина буде доправлена до лікарні зі значною затримкою.

#### Подальше спостереження

Проводьте повторне оцінювання через 2–3 дні та просіть опікунів прийти раніше, якщо стан дитини погіршиться (робоча пам'ятка 23):

- У разі покращення стану: просіть опікунів завершити курс антибіотиків, якщо його було розпочато.
- За відсутності покращення стану: направляйте дитину до лікарні.

Оцініть статус усунення виявлених факторів ризику.

### 6.1.4 COVID-19

COVID-19 викликає новий коронавірус SARS-CoV-2. Інфекція передається переважно від хворих із симптомами та безсимптомних носіїв вірусу при близькому контакті через дихальні краплі, при безпосередньому фізичному контакті з інфікованими особами, при контакті із забрудненими предметами й поверхнями або через аерозолі.

Повідомляється, що більшість випадків захворювання в немовлят і дітей протікають безсимптомно або в легкій формі.

При підозрі на COVID-19 застосовуйте заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю (див. додаток А1.3).

#### Анамнез

- Контакт із людиною, хворою на COVID-19, в анамнезі
- Фактори ризику тяжкого перебігу COVID-19: хронічні захворювання легень (астма), ожиріння, серцево-судинні захворювання або імуносупресія.

COVID-19 може мати різні клінічні прояви і симптоми:

- Підвищення температури тіла
- Кашель
- Закладеність носа
- Втомлюваність
- Анорексія
- Задишка
- Міалгія
- Біль у горлі
- Головний біль
- Діарея, нудота і блювання

- Втрата нюху та/або смаку (зазвичай передуює появі респіраторних симптомів)
- Неврологічні симптоми: запаморочення, збудження, слабкість, судоми, розлади мовлення або зору, втрата чутливості, порушення рівноваги.

Ознаки тяжкого перебігу чи критичного стану внаслідок COVID-19:

- Ознаки пневмонії або тяжкої пневмонії (таблиця 31, с. 210)
- Сепсис або септичний шок: тривалий час наповнення капілярів (> 2 с), гіпотензія, зміна психічного стану, бради-/тахікардія, тахіпноє, плями на шкірі або холодні шкірні покриви, петехіальний або пурпуровий висип, олігурія.

## Дослідження

- Пульсоксиметрія для виявлення гіпоксії
- Дослідження зразків із носоглотки та ротоглотки за методом полімеразної ланцюгової реакції зі зворотною транскрипцією (ЗТ-ПЛР) (бажано) або тестування на антиген
- Розгляньте доцільність тестування на інші респіраторні збудники, такі як вірус грипу, залежно від місцевої епідеміології та симптомів
- Візуалізація ОГК не показана на рутинних засадах.

## Надання допомоги

- ▶ Усіх дітей із підозрюваним чи підтвердженим COVID-19 необхідно ізолювати вдома для стримування передавання вірусу.

**НЕ СЛІД** призначати антибіотики за відсутності клінічної підозри на бактеріальну інфекцію.

- ▶ Розглядайте доцільність емпіричного лікування антибіотиками можливої пневмонії у дітей віком < 5 років (с. 210).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 23, с. 212) та щодо заходів із профілактики інфекцій та інфекційного контролю в домашніх умовах (робоча пам'ятка 24, с. 215).
- ▶ Радьте терміново прийти на прийом для повторного оцінювання в разі появи у дитини будь-якої з таких ознак: утруднене дихання, прискорене дихання, посиніння губ чи обличчя, біль чи здавленість у грудях, сплутаність свідомості, аномальна сонливість/нереактивність у стані неспання, нездатність пити чи смоктати грудне молоко, зневоднення, запаморочення.

## Подальше спостереження

Забезпечуйте надання допомоги в домашніх умовах та використання телемедицини (консультування по телефону або електронною поштою), якщо це можливо, щоб регулярно моніторувати стан дітей із перебігом COVID-19 середньої тяжкості на наявність ознак або симптомів прогресування захворювання, особливо дітей, які мають потенційні фактори ризику тяжкого перебігу захворювання (напр., супутнє хронічне захворювання, таке як астма чи імуносупресія, приналежність до немовлят молодшого віку), поки симптоми повністю не зникнуть. Якщо стан дитини погіршується або з'являються ознаки тяжкого перебігу чи критичного стану внаслідок COVID-19, направляйте її до лікарні.

### **Робоча пам'ятка 24. Профілактика інфекцій та інфекційний контроль під час лікування дітей із респіраторними захворюваннями вдома**

#### **Профілактика інфікування під час догляду за дітьми з респіраторними захворюваннями, напр., грипом, коронавірусною хворобою-2019 (COVID-19), у домашніх умовах**



Дотримуйтесь таких заходів залежно від віку дитини (не завдавайте більше шкоди, ніж користі):

- Регулярно провітрюйте спільні приміщення.
- Вразливі члени домогосподарства (люди похилого віку, немовлята та хворі) повинні триматися на відстані.
- В ідеалі слід доручити догляд за хворою дитиною одній людині.
- Якщо між вами немає дистанції в 2 метри, за можливості (залежно від віку дитини) ви й дитина повинні носити маски. Не торкайтеся маски під час її використання. Міняйте маску щодня та якщо вона намокне або забрудниться виділеннями.
- Регулярно мийте руки та належним чином витирайте їх, у тому числі перед надяганням і після знімання маски, до та після приготування і прийому їжі, а також після відвідування туалету.
- Кашляйте і чайте в зігнутий лікоть або серветку. Одразу утилізуйте серветку та проводьте гігієнічне оброблення рук.
- Уникайте контакту із забрудненими предметами, напр., використаними серветками, зубними щітками, столовими приборами, склянками.
- Використовуйте окрему білизну та столовий посуд для дитини.
- Очищуйте поверхні, до яких часто торкаються.

Оцінюйте можливість припинення ізоляції дитини. Дотримуйтеся чинних національних рекомендацій щодо домашньої ізоляції.

## Направлення

Негайно направляйте до лікарні всіх дітей із ознаками тяжкого перебігу чи критичного стану внаслідок COVID-19. За необхідності стабілізуйте стан дитини та забезпечуйте кисневу терапію.

## Ускладнення

### **Мультисистемний запальний синдром, тимчасово асоційований із COVID-19, у дітей і підлітків (MIS-C)**

Були зафіксовані випадки гострої картини захворювання з гіперзапальним синдромом, який призводив до поліорганної недостатності й шоку, в дітей із COVID-19.

Попереднє визначення випадку B003:

Діти та підлітки з підвищеною температурою тіла протягом  $\geq 3$  днів **та**  $\geq 2$  такими ознаками:

- Висип, або двосторонній негнійний кон'юнктивіт або ознаки запалення шкірно-слизових оболонок (у ротовій порожнині, на руках або ногах)
- Гіпотензія або шок
- Прояви дисфункції міокарда, перикардиту, вальвуліту або коронарних аномалій
- Ознаки коагулопатії (протромбіновий час, частковий тромбoplastинний час, підвищення рівня D-димеру)
- Гострі проблеми зі шлунково-кишковим трактом (ШКТ) (діарея, блювання або біль у животі).

**та** підвищені рівні маркерів запалення (швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ), С-реактивного білка або прокальцитоніну)

**та** відсутність інших очевидних інфекційних причин запалення (бактеріального сепсису, стафілококового або стрептококового шоківих синдромів)

**та** підтверджений COVID-19 (позитивний результат ЗТ-ПЛР-тесту, тесту на антиген або серологічного тесту) або ймовірний контакт із пацієнтами з COVID-19.

► **Негайно направляйте** до лікарні всіх дітей із підозрою на MIS-C.

## 6.1.5 Свистячі хрипи

Свистячі хрипи — високі свистячі звуки при видиху. Їх викликає спазматичне звуження дистальних дихальних шляхів. Свистячі хрипи можуть бути самообмежувальним процесом або симптомом серйозного респіраторного захворювання. У перші 2 роки життя причиною свистячих хрипів зазвичай є гострі вірусні респіраторні інфекції, такі як бронхіоліт, або кашель і застуда (періодичні свистячі хрипи). Після 2 років вони здебільшого зумовлені астмою (таблиця 32, с. 218).

### Анамнез

- Епізоди свистячих хрипів в анамнезі
- Задишка, кашель або свистячі хрипи вночі чи рано вранці
- Відповідь на бронходилататори
- Діагноз «астма» або тривале лікування астми
- Наявність алергії або астми в сімейному анамнезі.

### Обстеження

- Свистячі хрипи при видиху
- Подовжений видих
- Ясний звук при перкусії
- Гіперінфляція грудної клітки
- Низькотональні хрипи при аускультатії
- Задишка у стані спокою або при фізичному навантаженні
- Западання нижньої частини грудної клітки.

### Дослідження

- Пульсоксиметрія для виявлення гіпоксії
- Відповідь на бронходилататор швидкої дії.

Якщо причина свистячих хрипів незрозуміла, або якщо у дитини спостерігається прискорене дихання чи западання грудної клітки: дайте салбутамол через небулайзер або дозувальний аерозольний інгалятор (ДАІ) зі спейсером (с. 664) та оцініть відповідь (наявність ознак покращення стану) через 15 хвилин:

- менш виявлений дихальний розлад (полегшення дихання)
- менше западання нижньої частини грудної клітки
- покращення входження повітря.

- Дайте другу дозу та направте до лікарні, якщо в дитини все ще є ознаки гіпоксії (центральный ціаноз,  $SpO_2 \leq 90\%$ , нездатність пити через дихальний розлад, сильне западання нижньої частини грудної клітки) або прискорене дихання.

**Таблиця 32. Диференціальна діагностика свистячих хрипів**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Астма (с. 654)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди задишки або свистячих хрипів в анамнезі</li> <li>• Нічний кашель або кашель і свистячі хрипи під час фізичних навантажень</li> <li>• Гіперінфляція грудної клітки</li> <li>• Подовжений видих</li> <li>• Зменшення надходження повітря (якщо дуже сильне, обструкція дихальних шляхів)</li> <li>• Хороша відповідь на бронходилататори.</li> </ul>
<b>Бронхіоліт (с. 219)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перший епізод свистячих хрипів у дитини віком &lt; 2 роки</li> <li>• Епізод свистячих хрипів під час сезонного бронхіоліту</li> <li>• Гіперінфляція грудної клітки</li> <li>• Подовжений видих</li> <li>• Зменшення надходження повітря (якщо дуже сильне, обструкція дихальних шляхів)</li> <li>• Погана відповідь або відсутність відповіді на бронходилататори</li> <li>• Апноє у немовлят молодшого віку (особливо у недоношених).</li> </ul>
<b>Періодичні свистячі хрипи (с. 221)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Свистячі хрипи завжди пов'язані з кашлем і застудою</li> <li>• Відсутність атопії в сімейному або особистому анамнезі</li> <li>• Подовжений видих</li> <li>• Зменшення надходження повітря (якщо дуже сильне, обструкція дихальних шляхів)</li> <li>• Хороша відповідь на бронходилататори</li> <li>• Зазвичай менш тяжкі, ніж свистячі хрипи, пов'язані з астмою.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Аспірація стороннього предмета (с. 560)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптове удушення в анамнезі</li> <li>• Свистячі хрипи можуть бути односторонніми</li> <li>• Відсутність відповіді на бронходилататори</li> <li>• Раптова поява стридору або дихального розладу</li> <li>• Вогнищеві зони свистячих хрипів або ослаблені дихальні шуми.</li> </ul>
<b>Пневмонія (с. 208)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Великобульбашкові вологі хрипи</li> <li>• Хрипле дихання.</li> </ul>

## Бронхіоліт

Бронхіоліт — це вірусна інфекція нижніх дихальних шляхів, яка зазвичай визначається як перший епізод свистячих хрипів у дитини віком до 24 місяців. Бронхіоліт характеризується обструкцією дихальних шляхів та найтяжчим перебігом у немовлят молодшого віку. Він найчастіше спричиняється респіраторно-синцитіальним вірусом (РСВ) та виникає під час щорічних епідемій. У деяких випадках (рідко) виникає вторинна бактеріальна інфекція.

- Холодна пора року.
- Зазвичай починається із симптомів звичайної застуди: кашель та/або нежить із підвищенням температури тіла або без нього протягом перших 1–3 днів. У немовлят молодшого віку інфекція РСВ може спочатку проявлятися у вигляді апное.
- Пізніше проявляється постійний кашель і утруднене дихання.

## Обстеження

До типових ознак належать:

- Труднощі з годуванням, смоктанням грудного молока або питтям, пов'язані з дихальним розладом
- Гіперінфляція грудної клітки, коробковий звук при перкусії
- Прискорене дихання
- Западання нижньої частини грудної клітки
- Виділення з носа, які можуть спричинити сильну закладеність носа
- При аускультатії грудної клітки чутно дрібнобульбашкові вологі хрипи та свистячі хрипи. Свистячі хрипи не полегшуються бронходилататорами.

ми швидкої дії (**примітка:** бронходилататори НЕ рекомендовані дітям віком до 6 місяців).

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- $\text{SpO}_2 < 90\%$  при пульсоксиметрії або центральний ціаноз
- Тяжкий дихальний розлад: агональне дихання, хрипле дихання, дуже сильне втягування грудної клітки
- Наявність апное або апное в анамнезі
- Нездатність пити, смоктати грудне молоко або блювання
- Летаргія, судоми або змінений стан свідомості.

### Дослідження

- Пульсоксиметрія для виявлення гіпоксії.

### Лікування

Більшість дітей можна лікувати в домашніх умовах за допомогою підтримувальної терапії.

**НЕ СЛІД** призначати бронходилататори, глюкокортикоїди, інгібітори лейкотрієнів або препарати від кашлю (які пригнічують кашель).

**НЕ СЛІД** призначати антибіотики на рутинних засадах: тільки якщо в дитини є ознаки пневмонії.

- ▶ Розглядайте доцільність застосування небулізованого гіпертонічного фізіологічного розчину для полегшення респіраторних симптомів.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 22, с. 207). Описуйте очікуваний перебіг хвороби (до кількох тижнів) та пояснюйте, що ніяке медикаментозне лікування не принесе користі. На додаток до тез, наведених у пам'ятці, не забудьте рекомендувати:
  - Очищувати виділення з носа дитини фізіологічним розчином перед годуванням, якщо закладеність носа викликає дихальний розлад.
  - Давати парацетамол (не ібупрофен), якщо в дитини сильно підвищується температура тіла ( $\geq 39^\circ\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258).

### Направлення

Направляйте дітей із тривожними сигналами до лікарні. До та під час транспортування до лікарні:

- ▶ Забезпечуйте ранню кисневу терапію всім дітям із тяжким дихальним розладом, тобто з  $SpO_2 < 90\%$  або  $< 94\%$  у дітей із іншою ознакою тяжкості перебігу.

Розглядайте доцільність направлення у таких випадках:

- Немовля є дуже маленьким (вік  $< 3$  місяці)
- Наявні пов'язані супутні захворювання (напр., вроджені вади серця, нервово-м'язові захворювання)
- Наявні соціальні фактори ризику та можливість відсутності ретельного моніторингу під час лікування.

### Подальше спостереження

- Проводьте повторне оцінювання через 2–3 дні або просіть опікунів прийти раніше, якщо стан дитини погіршиться (з'являться ознаки тяжкої пневмонії) або якщо вона не зможе пити. За відсутності покращення стану направляйте дитину до лікарні.
- Немовлята можуть мати кашель і свистячі хрипи протягом декількох тижнів або місяців. Якщо у них немає дихального розладу, підвищення температури тіла чи апное, та вони добре їдять, їм не потрібні антибіотики.

### (Періодичні) свистячі хрипи, пов'язані зі звичайною застудою

Основною причиною свистячих хрипів у дітей є вірусна інфекція, що викликає запалення бронхів. Свистячі хрипи, спричинені вірусами, часто зустрічаються в перші кілька років життя. Першим епізодом у дитини віком  $< 24$  місяці може бути бронхіоліт (с. 219). Більшість періодичних епізодів у перші роки життя є наслідком вірусних інфекцій та полегшуються в шкільному віці, хоча в деяких випадках пізніше діагностується астма (с. 654).

### Анамнез

- Холодна пора року
- Відсутність астми, екземи, полінозу в сімейному або особистому анамнезі
- Кашель та/або нежить із підвищенням температури тіла або без нього протягом перших 1–3 днів
- Пізніше проявляється постійний і частий кашель та утруднене дихання
- Хороше самопочуття та відсутність симптомів між епізодами.

## Обстеження

- Подовжений видих
- Прискорене дихання
- Западання грудної клітки
- Аускультация грудної клітки: свистячі хрипи в легенях, які зменшуються при прийомі бронходилататорів
- Риніт, кон'юнктивіт.

За наявності будь-яких із наведених нижче ознак тяжкого перебігу захворювання розгляньте альтернативний діагноз (див. розділ «Диференціальна діагностика»).

- $SpO_2 < 94\%$  при пульсоксиметрії або центральний ціаноз
- Тяжкий дихальний розлад: агональне дихання, хрипле дихання, дуже сильне втягування грудної клітки
- Нездатність пити, смоктати грудне молоко або блювання
- Летаргія, судоми або змінений стан свідомості.

## Дослідження

- Пульсоксиметрія для виявлення гіпоксії.

## Диференціальна діагностика

За наявності будь-яких ознак тяжкого перебігу захворювання розглядайте ймовірність альтернативного діагнозу. Див. таблиці 30 (с. 204, кашель), 32 (с. 218, свистячі хрипи) та 34 (с. 230, хронічний кашель).

## Лікування

Більшість дітей можна лікувати в домашніх умовах.

**НЕ СЛІД** призначати препарати від кашлю (які пригнічують кашель).

**НЕ СЛІД** призначати антибіотики на рутинних засадах: тільки якщо в дитини є ознаки пневмонії.

- ▶ Лікування гострого епізоду свистячих хрипів проводиться за тими ж принципами, що й лікування загострення астми (с. 657). Оцініть ступінь тяжкості епізоду та проводьте відповідне лікування.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 22, с. 207). На додаток до тез, наведених у пам'ятці, не забувайте рекомендувати очищувати виділення з

носа дитини фізіологічним розчином перед годуванням, якщо закладеність носа викликає дихальний розлад.

- ▶ У разі повторюваних епізодів (не під час гострої фази) призначайте інгалаційні глюкокортикоїди (інформацію про дозування див. у додатку 4).

## Направлення

Розглядайте доцільність направлення до спеціаліста за наявності підозр щодо іншого діагнозу, напр., гастроєзофагеального рефлюксу, муковісцидозу, імунодефіциту.

## Подальше спостереження

Проведіть повторне оцінювання через 2–3 дні або попросіть опікунів прийти раніше, якщо стан дитини погіршиться, або якщо вона не зможе пити. У разі покращення стану зменшуйте частоту застосування бронходилаторів. Оцінюйте потребу в інгалаційних глюкокортикоїдах як у препаратах для контролю.

### 6.1.6 Стридор

Стридор — це грубий звук під час вдиху, який виникає внаслідок проходження повітря через звужені ділянки дихальних шляхів у ротоглотці, підгортосовій порожнині або трахеї. Якщо обструкція виникає нижче за гортань, стридор також може виникати при видиху.

Основними причинами сильного стридору є вірусний круп (парагрип або інші віруси), вдихання стороннього предмета або (рідко) епіглотит чи ретрофарингеальний абсцес (таблиця 33). Він також може виникати в ранньому дитинстві через вроджені аномалії.

**Таблиця 33. Диференціальна діагностика стридору**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Вірусний круп (с. 225)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переривчастий кашель</li> <li>• Дихальний розлад</li> <li>• Хрипкий голос.</li> </ul>
<b>Аспірація стороннього тіла (с. 560)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптові симптоми удушення в анамнезі</li> <li>• Дихальний розлад.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Алергічний круп; анафілаксія (с. 816)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вплив алергенів в анамнезі</li> <li>• Свистячі хрипи</li> <li>• Шок</li> <li>• Кропив'янка та набряк губ і обличчя.</li> </ul>
<b>Ларингомаляція (с. 184)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптоми, що спостерігаються з народження</li> <li>• Гучне дихання під час плачу чи прийому їжі або при інфекціях верхніх дихальних шляхів</li> <li>• Западання грудної клітки на вдиху чи видиху.</li> </ul>
<b>Опіки (с. 547)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Набряклість губ</li> <li>• Вдихання диму.</li> </ul>
<b>Ретрофарингеальний абсцес (с. 226)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Набряк м'яких тканин на задній стінці горла</li> <li>• Утруднення ковтання</li> <li>• Підвищена температура тіла.</li> </ul>
<b>Дифтерія (с. 227)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Бичача шия» через збільшення шийних вузлів і набряк</li> <li>• Червоне горло</li> <li>• Сіра глоткова перетинка</li> <li>• Кров'яністі виділення з носа</li> <li>• Відсутність даних про вакцинацію проти кашлюка, дифтерії та правця.</li> </ul>
<b>Епіглотит (с. 227)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкий стридор</li> <li>• Ознаки сепсису в дитини</li> <li>• Незначний кашель або його відсутність</li> <li>• Слиноточка</li> <li>• Нездатність пити</li> <li>• Відсутність вакцинації проти Hib-інфекції.</li> </ul>

### Анамнез

- Перший епізод або повторюваний епізод стридору
- Удавлення в анамнезі
- Стридор, що виник відразу після народження.

### Вірусний круп

Круп — це запалення верхніх дихальних шляхів, гортані і трахеї, яке зазвичай викликає вірус (найчастіше вірус парагрипу). Вірусний круп найчастіше

зустрічається в дітей у віці від 6 місяців до 6 років. При тяжкому перебігу круп може загрожувати життю. Найтяжчі епізоди виникають у дітей віком до 2 років.

### Діагностика

Уникайте непотрібних обстежень, які можуть викликати дистрес або завдати шкоди дитині, оскільки це може погіршити її стан.

Для **легкого крупу** характерні:

- Підвищення температури тіла
- Хрипкий голос
- Переривчастий або частий сухий кашель
- Стридор, який чути, тільки коли дитина у збудженому стані.

**Окрім зазначених ознак, для тяжкого крупу** характерні також:

- Стридор навіть у стані спокою
- Прискорене дихання та западання нижньої частини грудної клітки
- Ціаноз або  $SpO_2 < 90\%$ .

### Лікування

**Легкий круп** можна лікувати в домашніх умовах.

**НЕ СЛІД** призначати антибіотики.

**НЕ СЛІД** призначати седативні препарати та препарати від кашлю (які пригнічують кашель).

- ▶ Призначайте дексаметазон 0,15 мг/кг перорально разовою дозою або преднізолон 1 мг/кг двічі на день протягом 3 днів. Якомога раніше починайте застосування стероїдів. Повторюйте дозу, якщо дитина вибілювала.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 22, с. 207). На додаток до тез, наведених у пам'ятці, не забудьте рекомендувати:
  - Забезпечувати спокій дитини. Уникати хвилювань, наскільки це можливо.
  - Прийти для повторного оцінювання через 24 години або раніше, якщо стан дитини погіршиться, або якщо в неї з'являться будь-які ознаки тяжкого крупу: стридор у стані спокою, прискорене дихання або западання нижньої частини грудної клітки.

## Подальше спостереження

Проведіть повторне оцінювання дітей із легким крупом протягом 24 годин або попросіть опікунів прийти раніше, якщо стан дитини погіршиться (з'являться ознаки тяжкого крупу).

## Направлення

Направляйте дітей із **тяжким крупом** до лікарні. До та під час транспортування до лікарні застосуйте:

- ▶ 0,6 мг/кг дексаметазону перорально разовою дозою. Повторюйте дозу, якщо дитина виблювала.
- ▶ Епінефрин (адреналін) через небулайзер (0,5 мл/кг розчину 1:1 000, макс. 5 мл/дозу). Якщо це ефективно, а транспортування відбувається із затримкою: повторюйте дозу щогодини та уважно моніторуйте стан дитини, особливо її респіраторний статус, кожні 2–3 години до стабілізації. Хоча таке лікування може забезпечити покращення через приблизно 30 хвилин, воно часто є тимчасовим, та його ефект може тривати лише близько 2 годин.
- ▶ Кисень для підтримання  $SpO_2 > 94\%$ .

## Ретрофарингеальний абсцес

Ретрофарингеальний абсцес — це глибока інфекція шиї з набряком м'яких тканин на задній стінці горла. Він рідко зустрічається в дітей, але може бути дуже серйозним.

## Ознаки і симптоми

На ранній стадії ретрофарингеальний абсцес може бути складно відрізнити від неускладненого тонзиліту. Діагностика ґрунтується на рентгені шиї в бічній проекції, який зазвичай не роблять у закладах первинної ланки, тому необхідне направлення дитини. Мірою прогресування захворювання з'являються ознаки запалення та обструкції верхніх дихальних шляхів:

- Утруднення ковтання, біль при ковтанні
- Хрипкий голос
- Слинотеча
- Ригідність потиличних м'язів
- набряк шиї
- Дихальний розлад зі стридором і прискореним диханням.

## Лікування і направлення

Негайно направте дитину до лікарні (с. 871). До та під час транспортування до лікарні:

- ▶ Розгляньте доцільність введення першої дози антибіотиків (амоксцилін-клавуланат в/в з розрахунку 50 мг/кг/дозу ампіциліну; інформацію про дозування див. у додатку 4), якщо очікується, що направлення відбудеться зі значною затримкою.

## Дифтерія

Дифтерія — це серйозна бактеріальна інфекція, яка стала рідкісною завдяки ефективній імунізації. Інфекція верхніх дихальних шляхів або носоглотки призводить до утворення сірої перетинки, присутність якої в гортані або трахеї може викликати стридор або обструкцію. При ураженні носа виникають кров'янисті виділення. Дифтерійний токсин викликає параліч м'язів і міокардит, який пов'язують зі смертністю.

## Діагностика

- Сірі зрощені глоткові перетинки
- «Бичача шия» через збільшення шийних вузлів і набряк
- Відсутність даних про вакцинацію КДП.

**Примітка:** проводьте огляд горла обережно, оскільки сам огляд може призвести до повної обструкції дихальних шляхів.

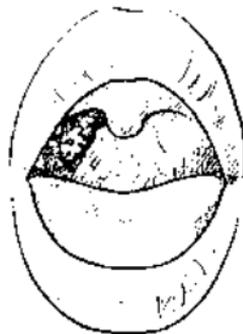
## Лікування і направлення

Негайно направляйте дитину до лікарні (с. 871). До та під час транспортування до лікарні:

- ▶ Забезпечуйте дитині спокій. Не застосовуйте кисневу підтримку за відсутності розвитку обструкції дихальних шляхів.

## Епіглотит

Епіглотит є станом, що потребує невідкладної медичної допомоги, який може призвести до смерті, якщо не забезпечувати лікування швидко. Епіглотит зазвичай викликає *Haemophilus influenzae* типу b, та він став дуже рідкісним станом завдяки ефективній імунізації. Зазвичай він починається



**Глоткова перетинка при дифтерії. Примітка:** перетинка виходить за межі мигдаликів і покриває прилеглу стінку глотки.

із запалення та набряку між основою язика і надгортанником. Набряк може призводити до обструкції дихальних шляхів.

### Діагностика

- Біль у горлі з утрудненням мовлення
- Утруднене дихання
- Незначний кашель або його відсутність
- Легкий стридор
- Підвищення температури тіла
- Слинотеча
- Утруднення ковтання або нездатність пити.

### Лікування і направлення

Негайно направте дитину до лікарні (с. 871). До та під час транспортування до лікарні:

- ▶ Забезпечуйте дитині спокій. Давайте кисень під ретельним моніторингом, якщо дитина добре його переносить. Не засмучуйте дитину.

#### 6.1.7 Хронічний кашель

Хронічний кашель — це кашель, який триває  $\geq 14$  днів без покращення. Хронічним кашлем можуть супроводжуватися багато станів (таблиця 34).

Деякі захворювання, такі як бронхіоліт, можуть лікуватися повільно й супроводжуватися кашлем, що триває довше ніж 14 днів; після полегшення симптомів дитина відчувається добре, тож це не вважається хронічним кашлем.

### Анамнез

- Тривалість кашлю
- Кашель уночі
- Пароксизмальний кашель або пов'язані сильні напади кашлю, що закінчуються блюванням або гиканням
- Нічна пітливість
- Тривале підвищення температури тіла
- Тісний контакт із людиною, у якої діагностовано ТБ або кашлюк на основі позитивного результату аналізу мокротиння

- Напади свистячих хрипів в анамнезі
- Наявність алергії або астми в сімейному анамнезі
- Удавлення або вдихання стороннього предмета в анамнезі (також може проявлятися у вигляді гострого кашлю)
- Підозрювана чи відома ВІЛ-інфекція
- Проведене лікування та відповідь
- Анамнез вакцинації.

### Обстеження

- Підвищення температури тіла
- Лімфаденопатія (генералізована та локалізована, напр., у шийній ділянці)
- Свистячі хрипи або подовжений видих
- Потовщення суглобів пальців
- Епізоди апное (з кашлюком)
- Субкон'юнктивальні крововиливи
- Ознаки аспірації стороннього предмета:
  - Односторонні свистячі хрипи
  - Ділянка з ослабленими дихальними шумами, притуплений або коробковий звук при перкусії
  - Зміщення трахеї або верхівкового поштовху.
- Ознаки, пов'язані з ВІЛ-інфекцією (с. 696)
- Втрата маси тіла або затримка росту (за можливості перевірте графік росту (додаток 3)).

**Таблиця 34. Диференціальна діагностика хронічного кашлю**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Астма (с. 654)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди задишки або свистячих хрипів</li> <li>• Нічний кашель або кашель і свистячі хрипи під час фізичних навантажень</li> <li>• Гіперінфляція грудної клітки</li> <li>• Подовжений видих, зменшення надходження повітря</li> <li>• Хороша відповідь на бронходилататори</li> <li>• Позитивний результат спірометрії.</li> </ul>
<b>Кашлюк (с. 232)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пароксизми кашлю, що супроводжуються свистом, блюванням, ціанозом або апное, в анамнезі</li> <li>• Відсутність симптомів між нападами кашлю</li> <li>• Субкон'юнктивальні крововиливи</li> <li>• Відсутність вакцинації або неповна вакцинація проти кашлюка, дифтерії та правця в анамнезі</li> <li>• Відсутність підвищення температури тіла.</li> </ul>
<b>Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба (с. 341)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немовля</li> <li>• Мимовільне блювання після годування</li> <li>• Можлива дратівливість із вигинанням спини</li> <li>• Іноді затримка росту.</li> </ul>
<b>Куріння або інші токсичні подразники</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підлітки</li> <li>• Куріння або вплив інших токсичних подразників в анамнезі.</li> </ul>
<b>Психогенне явище (с. 621)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діти старшого віку і підлітки</li> <li>• Сухий кашель удень, відсутність кашлю під час сну</li> <li>• Відсутність органічної причини або медичного діагнозу.</li> </ul>
<b>Туберкульоз (ТБ) (с. 705)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата маси тіла або затримка росту</li> <li>• Нічна пітливість</li> <li>• Збільшені лімфатичні вузли, печінка та селезінка</li> <li>• Хронічне або періодичне підвищення температури тіла</li> <li>• Вплив інфекційного ТБ в анамнезі</li> <li>• Аномалії на рентгені органів грудної клітки (ОГК).</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Муковісцидоз (с. 668)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійний кашель, іноді починається невдовзі після народження</li> <li>• Рецидивуючі інфекції ОГК</li> <li>• Рецидивуючі синусові інфекції, поліпи в носі</li> <li>• Затримка росту, рідкі жирні випороження.</li> </ul>
<b>Вроджені вади серця (с. 650)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шуми в серці</li> <li>• Ціаноз</li> <li>• Затримка росту</li> <li>• Тахікардія</li> <li>• Прискорене дихання</li> <li>• Збільшена печінка.</li> </ul>
<b>Аспірація стороннього предмета (с. 560)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптова поява симптомів удавлення або стридору під час прийому їжі або гри в анамнезі</li> <li>• Односторонні свистячі хрипи або гіперінфляція</li> <li>• Ущільнення або ателектаз долі легені на рентгені</li> <li>• Погана відповідь на медикаментозне лікування.</li> </ul>
<b>Імунодефіцит, у тому числі вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) (с. 696)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецидивуюча або хронічна гарячка, рецидивуючі інфекції</li> <li>• Затримка росту</li> <li>• Молочниця ротової порожнини або стравоходу</li> <li>• Оперізувальний герпес (в анамнезі або наявний)</li> <li>• Генералізована лімфаденопатія</li> <li>• Стька діарея</li> <li>• Відома або підозрювана ВІЛ-інфекція у матері або брата чи сестри.</li> </ul>
<b>Менш поширені стани.</b> Направляйте дитину на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу.	
<b>Бронхолегенева дисплазія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передчасні пологи або дуже низька маса тіла при народженні в анамнезі</li> <li>• Потреба у тривалій штучній вентиляції легень або кисні</li> <li>• Утруднене дихання, що спостерігається з народження.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Бронхоекта-тична хвороба і абсцес легені</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тяжка пневмонія, ТБ або аспірація стороннього предмета в анамнезі</li> <li>• Поганий набір маси тіла</li> <li>• Гнійне мокротиння, неприємний запах із рота</li> <li>• Потовщення кінцевих фаланг пальців рук</li> <li>• Локалізовані ознаки на рентгені.</li> </ul>
<b>Первинна цилиарна дискінезія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецидивуючі інфекції ОГК</li> <li>• Хронічні вушні інфекції та постійні виділення з носа від народження</li> <li>• Situs inversus (транспозиція внутрішніх органів) (50% дітей).</li> </ul>

## Кашлюк

Перебіг кашлюку є найтяжчим у маленьких немовлят, які ще не були імунізовані. Після інкубаційного періоду тривалістю в 7–10 днів у дитини підвищується температура тіла, зазвичай із появою кашлю й виділень із носа, які клінічно неможливо відрізнити від звичайного кашлю та застуди. Протягом другого тижня з'являється пароксизмальний кашель, який можна розпізнати як кашлюк. Дитина є контагіозною до 3 тижнів після початку нападів кашлюку.

## Анамнез

- Сильний кашель, що зберігається більше ніж 2 тижні
- Відомо про випадки хвороби на місцевому рівні
- Дитина не повністю вакцинована проти кашлюку.

## Обстеження

- Пароксизмальний кашель, що супроводжується свистячим хрипом при вдиху, часто з блюванням після кашлю
- У маленьких немовлят може не виникати свистячого хрипу; натомість кашель може супроводжуватися зупинкою дихання (апное) чи ціанозом, або апное може виникати без кашлю
- Субкон'юнктивальні крововиливи.

За можливості уникайте будь-яких процедур, які можуть спровокувати кашель, таких як огляд горла.

## Лікування

Лікуйте легкі випадки в дітей віком  $\geq 6$  місяців у домашніх умовах за допомогою підтримувальної терапії.

- ▶ Призначайте дитині перорально 12,5 мг/кг еритроміцину чотири рази на день протягом 10 днів або 10 мг/кг (максимум 500 мг) азитроміцину в перший день, а потім 5 мг/кг (максимум 250 мг) азитроміцину один раз на день протягом 4 днів.
- ▶ При появі ознак пневмонії або гарячки призначайте амоксицилін для лікування можливої вторинної пневмонії.

**НЕ** давайте дитині препарати, що пригнічують кашель, седативні, муколітичні або антигістамінні препарати.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 22, с. 207). На додаток до тез, наведених у пам'ятці, повідомте їм:
  - Наскільки це можливо, бажано уникати всього, що може спровокувати кашель, наприклад, очищення носа від виділень без потреби.
  - Епізоди кашлю можуть тривати 3 місяці або довше.

## Профілактика

- ▶ Вводьте вакцину КДП усім дітям, які не пройшли повної імунізації, а також дітям, хворим на кашлюк.
- ▶ Вводьте бустерну дозу КДП раніше вакцинованим дітям.
- ▶ Призначайте 12,5 мг/кг еритроміцину естолату чотири рази на день протягом 10 днів будь-якому немовляті в сім'ї віком  $< 6$  місяців, яке має підвищену температуру тіла або інші ознаки респіраторної інфекції. Новонародженим дітям віком  $< 1$  місяць призначайте 10 мг/кг азитроміцину один раз на день протягом 5 днів.

## Направлення

Направляйте до лікарні:

- Немовлят віком  $< 6$  місяців
- Будь-яку дитину з пневмонією, судомами, зневодненням або тривалим апное чи ціанозом після кашлю.

## 6.2 Отоларингологічні проблеми

<b>6.2.1 Оталгія (біль у вухах)</b>	<b>234</b>
Зовнішній отит	234
Гострий середній отит	236
Середній отит із випотом	238
Хронічний середній отит	239
<b>6.2.2 Мастоїдит</b>	<b>240</b>
<b>6.2.3 Біль у горлі</b>	<b>241</b>
Тонзиліт	241
<b>6.2.4 Виділення з носа</b>	<b>244</b>
Синусит	244
<b>6.2.5 Закладеність носа</b>	<b>247</b>
Гіпертрофія аденоїдів	247
Викривлення носової перегородки	248
Поліпи в носі	249
<b>6.2.6 Епістаксис (носова кровотеча)</b>	<b>250</b>

Такі стани вух, носа і горла (отоларингологічні стани), як середній отит і тонзиліт, особливо часто зустрічаються в дітей молодшого віку, тоді як синусит частіше зустрічається в дітей старшого віку та підлітків. Найчастіше причиною отоларингологічних симптомів є вірусні інфекції. При цьому ймовірність бактеріальної інфекції також не слід виключати.

### 6.2.1 Оталгія (біль у вухах)

Оталгія є поширеним симптомом у дітей. Найпоширенішою причиною є гострий середній отит, на другому місці — зовнішній отит. У більшості випадків діагноз можна встановити шляхом ретельного збирання анамнезу та ретельного обстеження вуха.

#### Зовнішній отит

Гострий зовнішній отит, також відомий як «вухо плавця» — це дифузне запалення зовнішнього слухового проходу, яке може поширюватися на вушну раковину або барабанну перетинку. Найчастіше причиною зовнішнього отиту є гостра бактеріальна інфекція; найпоширеніші його збудники — *Staphylococcus aureus* і *Pseudomonas aeruginosa*. У найскладніших випадках може розвиватися справжній целюліт. Пік інцидентності припадає на вік від 7 до 12 років, частіше захворювання виникає влітку.

## Анамнез

- Раптова поява симптомів
- Біль у вухах (часто дуже сильний), свербіж або відчуття наповненості у вухах із втратою слуху чи болем під час жування або без них
- Зазвичай захворювання є одностороннім; двостороння форма зустрічається у 10% випадків.

## Обстеження

- Біль посилюється при потягуванні за зовнішнє вухо та/або натисканні на козелок вуха
- Ознаки запалення зовнішнього слухового проходу: дифузний набряк, еритема або обидві ознаки, з отореєю (виділеннями) або без неї
- У тяжких випадках: регіонарний лімфаденіт, еритема барабанної перетинки, целюліт прилеглої шкіри, підвищення температури тіла.

## Диференціальна діагностика

Слід диференціювати зовнішній отит та фурункул вуха, гострий середній отит (с. 236), потрапляння стороннього тіла в зовнішній слуховий прохід (с. 559), гострий мастоїдит (с. 240), контактний дерматит (с. 440), целюліт (с. 438) і травми.

## Ускладнення

Отомікоз, злякисний зовнішній отит.

## Лікування

- ▶ Призначайте краплі з антибіотиками (такими як ципрофлоксацин) або антисептиками (такими як оцтова кислота) для місцевого застосування з кортикостероїдами або без них (с. 938).
- ▶ За наявності ураження м'яких тканин (целюліту), призначайте антибіотики для перорального застосування, активні проти *Staphylococcus aureus* (цефадроксил, клоксацилін, амоксицилін-клавуланат; див. дозування в додатку 4) протягом 7 днів у поєднанні з місцевим лікуванням.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
  - Дитині не можна плавати, не можна, щоб вода потрапляла у вухо.

- Для знеболення слід застосовувати парацетамол або ібупрофен (робоча пам'ятка 25, с. 258).
- Якщо стан дитини погіршується або не покращується через 48–72 години, слід прийти на повторний прийом.

### Гострий середній отит

Гострий середній отит — це самообмежувальна інфекція слизової оболонки середнього вуха, що виникає переважно в поєднанні зі звичайною застудою. Більшість випадків захворювання спричинена вірусними інфекціями.

### Анамнез

Гострий середній отит зазвичай виникає під час або після звичайної застуди та може проявлятися будь-яким із таких симптомів:

- Підвищення температури тіла
- Біль у вухах
- Виділення гною з вуха (протягом < 2 тижнів)
- Дратівливість у дітей молодшого віку.

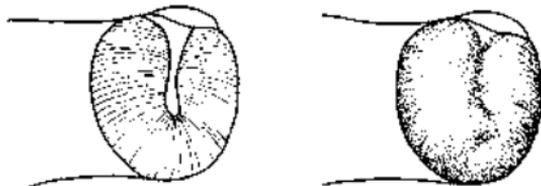
### Обстеження

Для встановлення точного діагнозу «гострий середній отит» необхідна **отоскопія**:

- Почервоніння, запалення та випинання барабанної перетинки, непрозора або перфорована з виділеннями барабанна перетинка.

У багатьох дітей, які плачуть або мають підвищену температуру тіла, червоні барабанні перетинки є одним із симптомів вірусної інфекції верхніх дихальних шляхів, яка не потребує лікування антибіотиками.

**Гострий середній отит:**  
випнута, червона барабанна перетинка (праворуч) і нормальна барабанна перетинка (ліворуч)



## Ускладнення

Рідкісні, але тяжкі: холестеатома, мастоїдит (с. 240), менінгіт (с. 264), внутрішньочерепний абсцес, тромбоз синусів, параліч лицевого нерва.

## Лікування

Стан більшості дітей покращується протягом 3 днів без застосування антибіотиків.

Лікування є здебільшого підтримувальним і включає регулярний прийом жарознижувальних/ знеболювальних/ протизапальних препаратів.

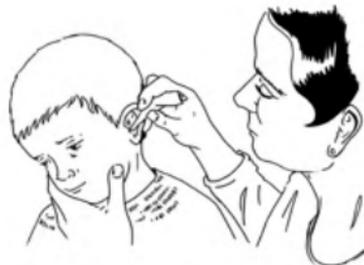
### ► Призначайте антибіотики:

- Дітям віком < 6 місяців
- Дітям віком 6–23 місяців із двостороннім гострим середнім отитом
- У разі вираженого виділення гною (не внаслідок зовнішнього отиту)
- У разі підвищення температури тіла > 39°C або сильного болю у вухах протягом щонайменше 48 годин, хворобливого зовнішнього вигляду
- У разі наявності або високого ризику серйозних захворювань (імуносупресії, муковісцидозу) та/або ускладнень
- У разі рецидивуючого гострого середнього отиту (щонайменше 3 епізоди за останні 6 місяців або щонайменше 4 епізоди за останні 12 місяців).

### ► Призначайте 30 мг/кг/дозу амоксициліну перорально тричі на день.

- Дітям віком < 6 місяців, у випадках тяжкого перебігу гострого середнього отиту в дітей віком 6–23 місяці, при рецидивах гострого середнього отиту, у разі неефективності попереднього лікування амоксициліном, попереднього лікування амоксициліном протягом останнього місяця або після 48–72 годин неефективного лікування амоксициліном призначайте амоксицилін-клавуланат або цефуроксиму аксетил перорально. Інформацію щодо дозування див. у додатку 4.

- Тривалість лікування: 10 днів для дітей віком < 6 місяців; 7–10 днів для дітей віком 6–23 місяці, 5–7 днів для дітей віком ≥ 2 роки.



- ▶ У разі алергії на бета-лактами (див. додаток 9):
    - з гіперчутливістю I типу (анафілаксія): азитроміцин або кларитроміцин перорально
    - без гіперчутливості I типу: цефуроксиму аксетил перорально.
  - ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
    - Дитині не можна плавати, не можна, щоб вода потрапляла у вухо.
    - Слід регулярно давати дитині парацетамол або ібупрофен для полегшення болю в перші 2 дні (біль є поширеним симптомом і може бути дуже сильним).
    - Якщо з вуха виділяється гній, слід протирати вухо тампоном тричі на день, поки виділення гною не припиняться.
- НЕ СЛІД** робити гарячі чи холодні компреси.
- НЕ СЛІД** закрапувати у вухо будь-які речовини, такі як олії або екстракти трав.
- Слід прийти на повторний прийом, якщо стан дитини погіршується або не покращується через 2–3 дні.

### Подальше спостереження

Проводьте повторне оцінювання через 2–3 дні або раніше, якщо стан дитини погіршується. Якщо стан дитини погіршується або не покращується, призначте або замініть антибіотики (див. вище).

Якщо біль у вухах або виділення не зникають, продовжуйте лікування тим самим антибіотиком протягом іще 5 днів та порадьте продовжувати протирати вухо тампонами. Призначайте повторний огляд через 5–7 днів.

### Направлення

Терміново направляйте дитину до лікарні, якщо гострий середній отит пов'язаний із тяжкою системною інфекцією або гострими ускладненнями (мастоїдитом, менінгітом, внутрішньочерепним абсцесом, тромбозом синусів, паралічем лицевого нерва).

### Середній отит із випотом

Середній отит із випотом (серозний отит або «клейке вухо») — це наявність рідини в середньому вусі без гострих ознак і симптомів інфекції. Зазвичай

він минає спонтанно протягом 6 тижнів без довгострокових наслідків для мовлення, грамотності або когнітивного розвитку.

### Анамнез

- Втрата слуху
- Відчуття наповненості у вухах
- Дзвін у вухах
- Порушення рівноваги.

### Обстеження

- Отоскопія для підтвердження наявності випоту в середньому вусі (рідини за барабанною перетинкою в середньому вусі) без ознак інфекції.

### Лікування

Більшість випадків захворювання виникають після епізоду гострого середнього отиту та минають спонтанно.

**НЕ** призначайте антибіотики, глюкокортикоїди, антигістамінні або проти-набрякові препарати перорально або інтраназально.

### Направлення

Направляйте дітей із постійним випотом віком понад 3 місяці до отоларинголога для оцінювання слуху та надання подальшої допомоги.

## Хронічний середній отит

Хронічний середній отит, також відомий як хронічний гнійний середній отит, є хронічним запаленням та інфекцією середнього вуха.

### Анамнез

- Виділення гною з вуха через перфоровану барабанну перетинку протягом > 2 тижнів
- Втрата слуху часто пов'язана з проблемами з розвитком мовлення в дітей молодшого віку.

### Обстеження

- Отоскопія для підтвердження діагнозу «хронічний середній отит».

## Лікування

▶ Призначайте краплі з антибіотиками для місцевого застосування, що містять ципрофлоксацин, зі стероїдами або без них (флуоцинолон) двічі на день протягом 2 тижнів.

**НЕ** призначайте антисептики для місцевого застосування.

▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:

- Дитині не можна плавати, не можна, щоб вода потрапляла у вухо.
- Слід протирати вухо насухо тампоном тричі на день, поки виділення гною не припиняться.

**НЕ СЛІД** закрापувати у вухо будь-які речовини (такі як олії та екстракти трав), окрім призначених крапель з антибіотиками.

**НЕ СЛІД** робити гарячі чи холодні компреси.

- Слід прийти на повторний прийом через 5–7 днів.

## Подальше спостереження

Повторне оцінювання через 5–7 днів. Якщо виділення з вуха не припиняються:

- Переконайтеся, що опікуни продовжують протирати вухо.

**НЕ** призначайте повторні курси антибіотиків для перорального застосування при виділеннях із вуха.

- Розгляньте ймовірність інфікування іншими збудниками, наприклад, *Pseudomonas* або *M. tuberculosis*.
- Направляйте дитину до отоларинголога або в лікарню для подальшого обстеження та можливого парентерального лікування.

### 6.2.2 Мастоїдит

Мастоїдит — це рідкісна, але серйозна бактеріальна інфекція соскоподібного відростка за вухом, яка зазвичай є ускладненням гострого або хронічного середнього отиту. За відсутності лікування мастоїдит може призводити до менінгіту та абсцесу головного мозку.

## Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

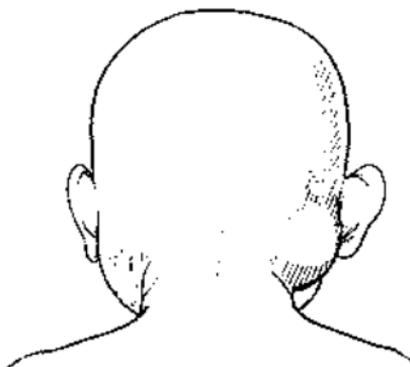
- Висока температура тіла

- Гострий середній отит
- Болюча припухлість за вухом, що призводить до випинання зовнішнього вуха.

### Лікування і направлення

Терміново направляйте дитину до лікарні для в/в введення антибіотиків і потенційного огляду отоларингологом-хірургом. Перед направленням:

- ▶ Розгляньте доцільність введення першої дози антибіотиків в/в або в/м (кловасцилін, флуклоксацилін або цефтріаксон), якщо очікується значна затримка в доправленні до лікарні.
- ▶ Дайте дитині парацетамол (або ібупрофен), якщо дитині боляче або в неї сильно підвищується температура тіла ( $\geq 39^\circ\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (с. 258).



**Мастоїдит: болюча припухлість за вухом, що призводить до випинання вуха вперед**

## 6.2.3 Біль у горлі

### Тонзиліт

Біль у горлі часто зустрічається в дітей. Найпоширенішою причиною болю в горлі в дітей є тонзиліт або тонзилофарингіт, тобто інфекція мигдаликів і глотки. Більшість випадків захворювання спричинена вірусними інфекціями.

Основною бактеріальною причиною є інфекція *Streptococcus pyogenes* (стрептококовий фарингіт, спричинений стрептококами групи А), яка зазвичай виникає у віці 5–15 років і рідко зустрічається в дітей віком до 3 років. Інші бактеріальні причини зустрічаються рідко. Тонзиліт, спричинений інфекцією стрептококами групи А, сприяє розвитку гострої ревматичної лихоманки (с. 270).

### Ознаки і симптоми

Перевіряйте наявність:

- Симптомів та ознак, що вказують на бактеріальну або вірусну інфекцію (таблиця 35)

- Гною на мигдаликах (вірусного або бактеріального)
- Ознак одностороннього набряку мигдаликів (перитонзиллярного абсцесу)
- Ознак обструкції дихальних шляхів:
  - Нездатності відкрити рот
  - Слинотечі
  - Стридору.
- Ознак, які можуть вказувати на ретрофарингеальний абсцес, інші тяжкі ускладнення або інші захворювання (напр., круп, епіглотит):
  - Кривошії
  - Тризму
  - Набряку обличчя нижче за нижню щелепу.

За наявності ознак обструкції верхніх дихальних шляхів огляд горла слід проводити дуже обережно, оскільки він може призвести до повної обструкції дихальних шляхів.

Бактеріальну та вірусну інфекції НЕМОЖЛИВО відрізнити лише за клінічними ознаками.

### Дослідження

- Дослідження не потрібні у випадку дітей віком < 3 роки із симптомами вірусної інфекції.
- Експрес-тест на виявлення антигена стрептокока для:
  - Дітей віком  $\geq 3$  роки із симптомами, що вказують на бактеріальну інфекцію
  - Дітей віком < 3 роки з тісним контактом із особою з підтвердженою стрептококовою інфекцією в анамнезі або з такими симптомами стрептококової інфекції, як скарлатиноподібний висип.
- У разі підозри на бактеріальну інфекцію в дітей віком  $\geq 3$  роки можна брати мазок із горла для посіву.

**НЕ СЛІД** проводити швидкі діагностичні тести за наявності будь-яких ознак обструкції верхніх дихальних шляхів.

**Таблиця 35. Симптоми та ознаки, що вказують на тонзиліт бактеріального або вірусного походження**

	<b>Бактеріальна інфекція</b>	<b>Вірусна інфекція</b>
<b>Анамнез</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік <math>\geq 3</math> роки</li> <li>• Раптова поява болю в горлі</li> <li>• Біль при ковтанні</li> <li>• Зміна голосу, гучне дихання</li> <li>• Гостра ревматична лихоманка в анамнезі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік <math>&lt; 3</math> роки</li> <li>• Кашель, нежить</li> <li>• Кон'юнктивіт</li> <li>• Характерна вірусна екзантема</li> <li>• Діарея.</li> </ul>
<b>Обстеження горла</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Петехії на мигдаликах і м'якому піднебінні (стрептококова інфекція)</li> <li>• Товста сірвата перетинка, що покриває горло і мигдалики (дифтерія.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Везикули або білі плями на піднебінні й горлі</li> <li>• Мигдалики вкриті сіро-білим нальотом (вірус Епштейна-Барр, інфекційний мононуклеоз, с. 283).</li> </ul>
<b>Збільшення лімфатичних вузлів</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збільшення одного передньошийного лімфатичного вузла, що супроводжується болючістю.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Збільшення декількох лімфатичних вузлів.</li> </ul>
<b>Висип</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скарлатиноподібний висип: висип, що нагадує наждачний папір, спочатку виникає на шиї й поширюється на тулуб і кінцівки (с. 279).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неспецифічний або специфічний вірусний висип (с. 274)</li> </ul>

### Диференціальна діагностика

Дитина, у якій періодично повторюються епізоди тонзиліту, може мати синдром Маршалла (PFAPA).

### Лікування

- ▶ За наявності гострої обструкції дихальних шляхів її слід негайно лікувати.
- ▶ Більшість випадків спричинена вірусними інфекціями й не потребує лікування антибіотиками.

- ▶ Призначайте антибіотики (інформацію про дозування див. у додатку 4) дітям із симптомами бактеріальної інфекції (див. вище) **та** позитивним результатом експрес-тесту на стрептококи:
- Феноксиметилпеніцилін (пеніцилін V) 125 мг перорально дітям віком < 1 рік, 250 мг дітям віком 1–5 років, 500 мг дітям віком 6–12 років — розбиті на 2 прийоми на день або 50 мг/кг/день амоксициліну перорально разовою дозою або 2 дозами на день протягом 10 днів.
- У разі алергії на пеніцилін:
  - Із гіперчутливістю I типу (анафілаксія): еритроміцин або інший макролід перорально протягом 10 днів. НЕ СЛІД використовувати азитроміцин.
  - Без гіперчутливості I типу: цефадроксил або цефалексин перорально протягом 10 днів.
- При непереносимості пероральних препаратів або підозрі на терапевтичну невідповідність: бензатин пеніцилін (пеніцилін G) в/м, 0,6 млн ОД для дітей вагою < 30 кг, 1,2 млн ОД для дітей вагою > 30 кг однією дозою.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
  - Давати дитині парацетамол або ібупрофен, якщо дитині боляче або в неї сильно підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258).
  - Стежити за тим, щоб дитина достатньо пила.
  - Слід прийти на повторний прийом, якщо стан дитини погіршується або не покращується через 2–3 дні.

## Направлення

Направляйте до лікарні дітей із сильним болем, нездатністю пити, зі зневодненням, нездатністю відкрити рот, обструкцією дихальних шляхів або ознаками перитонзилярного абсцесу чи дифтерії.

### 6.2.4 Виділення з носа

#### Синусит

Синусит — це запалення слизових оболонок навколоносових пазух, яке може бути гострим і хронічним.

**Гострий синусит** (риносинусит) — це самообмежувальний стан, що його зазвичай викликає вірусна інфекція верхніх дихальних шляхів, наприклад, звичайна застуда. Іноді гострий синусит може ускладнюватися бактеріальною інфекцією. Блокування носових пазух також може бути спричинене полінозом або поліпами в носі (с. 249).

**Хронічний синусит** (> 90 днів стійких симптомів) може бути пов'язаний з іншими станами, такими як алергія (тестування на алергію), муковісцидоз, гастроєзофагеальний рефлюкс, або впливом факторів довкілля (напр., тютюнового диму).

Носові пазухи розвиваються в різному віці: верхньощелепні пазухи та пазухи решітчастої кістки розвиваються від народження, клиноподібна пазуха — до 3–7 років, лобова пазуха — до 7–12 років.

### Анамнез

- Симптоми блокування або закладеності носа
- Гнійні виділення з носа
- Галітоз (неприємний запах із носа)
- Зубний біль або біль у ділянці обличчя при натисканні
- Головний біль
- Біль в ураженій пазусі при нахиланні тулуба вниз
- Зниження гостроти або втрата нюху.

### Обстеження

- Болючість у ділянці обличчя при перкусії над ураженою пазухою
- Виділення з носа з неприємним запахом.

### Диференціальна діагностика

- Сторонній предмет у носі при односторонніх гнійних виділеннях з носа: виключайте на основі місцевого огляду (передньої риноскопії).
- Деформації носової перегородки, гіпертрофія аденоїдів, утворення або поліпи в ускладнених випадках (с. 249).

### Лікування

- ▶ Призначайте будесонід назально протягом 14 днів.

**НЕ СЛІД** призначати протинабрякові препарати, антигістамінні препарати та системні кортикостероїди.

- ▶ Призначайте антибіотики:
  - Якщо дитина має системно поганий стан
  - За наявності симптомів і ознак серйозного захворювання та/або ускладнень
  - У разі високого ризику ускладнень, напр., імуносупресії, муковісцидозу.
- Призначайте 30 мг/кг/дозу амоксициліну перорально тричі на день протягом 7–10 днів.
- Дітям віком до 2 років у разі тяжкої або тривалої (> 30 днів) інфекції або після 48–72 годин неефективного лікування амоксициліном: амоксицилін-клавуланат або цефуроксиму аксетил перорально (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- У разі алергії на бета-лактами (див. додаток 9):
  - З гіперчутливістю I типу (анафілаксія): азитроміцин або кларитроміцин перорально
  - Без гіперчутливості I типу: цефуроксиму аксетил перорально.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії вдома:
  - Очищувати ніс фізіологічним розчином для усунення закладеності носа.
  - Давати дитині ібупрофен (бажано) або парацетамол, якщо їй боляче або в неї підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258).
  - Симптоми зазвичай полегшуються протягом 2–3 тижнів без антибіотиків.
  - Прийти на повторний прийом, якщо стан дитини не покращується через 2–3 тижні (без лікування антибіотиками) або через 2–3 дні (у разі початку лікування антибіотиками). Прийти на повторний прийом раніше, якщо стан дитини погіршуватиметься.

## Направлення

Направляйте пацієнтів до лікарні в разі системно дуже поганого стану, внутрішньоорбітальних або периорбітальних ускладнень чи внутрішньочерепних ускладнень.

## 6.2.5 Закладеність носа

Закладеність носа є поширеною скаргою та може виникати з декількох причин (таблиця 36). Діагностика переважно ґрунтується на детальному анамнезі та фізикальному огляді. За необхідності проводять передню риноскопію.

**Таблиця 36. Диференціальна діагностика закладеності носа**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гіпертрофія аденоїдів (с. 247)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дихання ротом</li> <li>• Хропіння може бути пов'язане з порушенням дихання уві сні</li> <li>• Рецидивуючий гострий середній отит.</li> </ul>
<b>Риніт</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атопія в анамнезі</li> <li>• Виділення з носа.</li> </ul>
<b>Синусит (с. 244)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Закладеність носа та/або гнійні виділення з носа</li> <li>• Галітоз</li> <li>• Зубний біль або біль у ділянці обличчя при натисканні.</li> </ul>
<b>Сторонній предмет у носі (с. 559)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина молодшого віку</li> <li>• Зазвичай одностороння закладеність носа.</li> </ul>
<b>Викривлення носової перегородки (с. 248)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Травма обличчя/носа або операція на носі в анамнезі.</li> </ul>
<b>Поліпи в носі (с. 249)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поліпоз у сімейному анамнезі</li> <li>• Пов'язані з муковісцидозом, хронічним синуситом або риносинуситом.</li> </ul>

### Гіпертрофія аденоїдів

Гіпертрофія або збільшення аденоїдів є поширеною причиною закладеності носа у дітей, що викликає утруднення носового дихання. Вона може бути викликана вірусними або бактеріальними інфекціями, а також неінфекційними причинами.

#### Ознаки і симптоми

- Дихання ротом

- Слизисто-гнійні виділення з носа
- Хропіння може бути пов'язане з порушенням дихання уві сні (с. 614)
- «Аденоїдне обличчя» (внаслідок тривалого дихання ротом): відкритий рот, видовжена середня частина обличчя, вузький ніс, укорочена верхня губа, вузьке піднебіння, скученість зубів.

### Обстеження

Проводьте передню риноскопію, щоб оцінити аденоїди та виключити інші причини закладеності носа.

### Дослідження

Рентген не є необхідним.

### Лікування

Зазвичай минає самостійно, оскільки аденоїди зменшуються в пізньому дитячому та підлітковому віці.

У разі гострого захворювання лікуйте як тонзиліт (с. 241).

### Направлення

Направляйте пацієнтів до спеціаліста для оцінювання, подальших досліджень та можливої планової аденоїдектомії за наявності «аденоїдного обличчя», повторюваних епізодів інфекційних захворювань, таких як середній отит, проблем зі слухом або підозри на порушення дихання уві сні.

### Викривлення носової перегородки

Незначні викривлення носової перегородки є поширеними і зазвичай безсимптомними. Більш виражені викривлення носової перегородки можуть спричиняти закладеність носа.

### Анамнез

- Травма обличчя чи носа або операція на носі в анамнезі
- Дихання ротом
- Дитині легше дихати однією стороною носа
- Гучне дихання, хропіння під час сну
- Головний біль.

## Обстеження

Огляньте носову перегородку на наявність видимого викривлення носової перегородки.

Виключіть гематому носової перегородки, якщо в анамнезі є травма: рухливий, як правило, двосторонній набряк носової перегородки (видимий в обох ніздрях).

## Лікування і направлення

Більшість випадків минають спонтанно без лікування.

- ▶ Терміново направляйте дитину до лікарні при підозрі на гематому носової перегородки.
- ▶ Направляйте до спеціаліста для оцінювання потреби в септопластиці, якщо значне викривлення носової перегородки спричиняє в дитини дистрес.

## Поліпи в носі

Поліпи в носі — це м'які безболісні утворення з набряклої запаленої слизової оболонки носа. Найпоширенішими причинами поліпозу носа в дитячому віці є муковісцидоз (с. 668) і хронічний або рецидивуючий синусит (с. 244).

## Анамнез

- Дихання ротом, гнусавість
- Іноді профузна одностороння слизиста ринорея
- Гучне дихання, хрпіння під час сну.

## Обстеження

Оглядайте порожнину носа на наявність блискучих рожево-сірих утворень. Поліпи, розташовані в задній частині порожнини носа, не помітні при передній риноскопії.

## Дослідження

Визначте основну причину.

Виключіть муковісцидоз (с. 668) у дитини з поліпами в носі.

## Лікування і направлення

- ▶ Призначайте інтраназальний спрей із кортикоїдами (напр., будесонідом, див. с. 937).
- ▶ За необхідності направляйте дитину до спеціаліста для підтвердження діагнозу та основної причини.
- ▶ У разі повної закладеності носа та/або неконтрольованої ринореї направляйте дитину до спеціаліста для хірургічного видалення поліпів.

### 6.2.6 Епістаксис (носова кровотеча)

Епістаксис (носова кровотеча) у дітей зазвичай виникає в ділянці передньонижнього відділу перегородки носа (зоні Літтла), де є багато дрібних судин на передній стінці перегородки. Кровотеча зазвичай є венозною, короткочасною і часто повторюваною.

Носова кровотеча рідко виникає в немовлят, але її поширеність збільшується з віком. У більшості підлітків виникає принаймні один епізод носової кровотечі.

Носова кровотеча пов'язана з:

- Незначними травмами внаслідок колупання в носі, тертя носа, чхання, кашлю або напруження
- Сухістю слизової оболонки носа внаслідок інфекції верхніх дихальних шляхів, алергічного риніту, висихання слизової оболонки, інтраназального прийому стероїдів
- Більш рідкісні причини: наявність стороннього предмету, поліпи в носі, кровоточивий діатез, мальформації судин та пухлини носоглотки.

### Анамнез

- Повторювані або часті епізоди
- Легке утворення синців
- Сторонній предмет (діти молодшого віку, виділення з носа зі сторони, в якій застряг сторонній предмет, із неприємним запахом)
- Кровотеча після хірургічних втручань, напр., видалення зубів, тонзилектомії, обрізання, в анамнезі
- Кровотеча, менорагія, повторювані носові кровотечі в сімейному анамнезі
- Застосування лікарських засобів, напр., нестероїдних протизапальних препаратів, назальних спреїв, назальних препаратів.

## Лікування

- ▶ Оцініть пацієнта на наявність кровотечі, яка загрожує життю, та надайте невідкладну допомогу за потреби.
- ▶ Зупиніть носову кровотечу (див. зображення).
- ▶ Якщо сухість слизової оболонки з тріщинами посилює проблему, слід наносити вазелін до загоєння.
- ▶ Інформацію щодо надання допомоги при наявності стороннього предмета в носі див. на с. 559.



**Припинення носової кровотечі**  
 Попросіть дитину сісти у зручне положення та нахилити голову вниз. Затисніть передню частину носа та продовжуйте натискати протягом 10 хвилин.

## Направлення

Направляйте дітей до отоларинголога, якщо кровотечу неможливо зупинити або вона часто повторюється.

## 6.3 Гарячка

<b>6.3.1</b>	<b>Гарячка, що триває 7 днів або менше</b>	<b>257</b>
	Менінгіт	264
	Грип	266
	Епідемічний паротит	267
	Герпетичний гінгівостоматит	268
	Герпангіна	270
	Гостра ревматична лихоманка	270
<b>6.3.2</b>	<b>Гарячка з висипом</b>	<b>272</b>
	Кір	277
	Скарлатина	279
	Краснуха (німецький кір)	281
	Інфекційна еритема	281
	Раптова екзантема (розеола)	282
	Інфекційний мононуклеоз	283
	Синдром Кавасакі	284
	Вітряна віспа	286
	Синдром «рука-нога-рот»	288
<b>6.3.3</b>	<b>Гарячка, що триває більше ніж 7 днів</b>	<b>289</b>
	Абсцес	293
	Бруцельоз	294
	Хвороба Лайма	295
	Кліщова рецидивуюча гарячка	297
	Марсельська гарячка (середземноморська плямиста гарячка)	298
<b>6.3.4</b>	<b>Повторювані епізоди гарячки</b>	<b>299</b>
	Сімейна середземноморська лихоманка	300
<b>6.3.5</b>	<b>Гарячка в дитини, що приїхала з-за кордону</b>	<b>301</b>

Гарячка — це внутрішня (виміряна ректально, тимпанально) температура тіла > 38°C. Температури, згадані в цьому довіднику, є внутрішніми температурами тіла, якщо не вказано інше. Пахвова температура є приблизно на 0,5°C нижчою.

Гарячка — це не хвороба, а природна реакція організму на боротьбу з інфекціями. У більшості випадків гарячка в дітей не викликає занепокоєння, але важливо виключити небезпечні для життя стани.



Гарячка — це клінічна ознака, а не діагноз!



Виключіть стани, що загрожують життю (таблиця 37), та негайно направте пацієнта до лікарні за необхідності.

## Анамнез

Запитайте про наявність таких симптомів:

- Сонливість
- Ригідність потиличних м'язів або біль у шиї
- Конвульсії або судоми
- Головний біль
- Тривалість гарячки
- Висипання на шкірі
- Біль при сечовипусканні
- Біль у животі
- Діарея чи блювання
- Біль у вухах
- Втрата нюху, втрата смаку
- Нещодавній контакт із людиною з інфекційним захворюванням
- Нещодавні подорожі
- Вакцинація в анамнезі
- Алергії
- Лікарські препарати, які приймає дитина.

## Обстеження

Огляньте все тіло та перевірте наявність таких ознак:

- **Загальні ознаки:** сонливість, блідість або ціаноз, жовтяниця, лімфаденопатія
- **Голова і шия:** випукле тім'ячко, ригідність потиличних м'язів, виділення з вух або почервоніння і випинання барабанної перетинки при отоскопії, набряк або болючість у ділянці соскоподібного відростка, виразки в ротовій порожнині, енантема, зовнішній вигляд язика, плями Копліка, набряк мигдаликів або наявність гною на мигдаликах
- **Грудна клітка:** прискорене дихання, шуми в серці (примітка: шуми кровотоку часто виникають у дітей із підвищеною температурою тіла, див. с. 363)
- **Живіт:** збільшення селезінки або печінки, утворення, що пальпуються, болючість, біль у животі, попереку або надлобковій ділянці
- **Кінцівки:** утруднені рухи суглобів або кінцівок; гарячі, набряклі, червоні та болючі суглоби
- **Висипання на шкірі:** пустули, ознаки інфекції шкіри (червона, тепла, набрякла та болюча шкіра), макулопапульозний висип, пурпура, петехії.

**Таблиця 37. Стани, що загрожують життю, які супроводжуються гарячкою**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Менінгіт (с. 264)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ригідність потиличних м'язів</li> <li>• Випукле тім'ячко</li> <li>• Зниження рівня свідомості</li> <li>• Головний біль</li> <li>• Судоми.</li> </ul>
<b>Енцефаліт</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Змінений психічний стан</li> <li>• Локальні неврологічні ознаки</li> <li>• Локальні судоми</li> <li>• Зниження рівня свідомості</li> <li>• Головний біль.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Сепсис (с. 821)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поганий зовнішній вигляд (летаргія, блідість, знижена взаємодія) без видимої причини</li> <li>• Ознаки шоку: тривалий час наповнення капілярів, гіпотермія в дитини молодшого віку</li> <li>• Пурпура, петехії (менінгококова інфекція)</li> <li>• Прискорене дихання.</li> </ul>
<b>Тяжка пневмонія (с. 210)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хрипле дихання</li> <li>• Сильне втягування грудної клітки</li> <li>• Прискорене дихання</li> <li>• Ціаноз, сатурація крові киснем &lt; 90%.</li> </ul>
<b>Міокардит (с. 360)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Непропорційна підвищенню температури тіла тахікардія</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Біль у грудях, дихальний розлад</li> <li>• Ознаки кардіогенного шоку, аритмія, серцева недостатність (диспное, збільшення печінки).</li> </ul>
<b>Перикардит (с. 360)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль за грудиною, що посилюється в лежачому положенні та послаблюється з нахилом тулуба вперед</li> <li>• Шум тертя перикарда, тахікардія</li> <li>• Віддалені тони серця.</li> </ul>
<b>Ретрофарингеальний абсцес (с. 226)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у горлі, утруднене ковтання, слинотеча, приглушений голос, нездатність говорити</li> <li>• Болючість у шийних вузлах</li> <li>• Обструкція дихальних шляхів: стридор, прискорене дихання.</li> </ul>
<b>Перитоніт (с. 845)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий біль у животі</li> <li>• Ригідний живіт, який не рухається при диханні</li> <li>• Болючість при пальпації живота</li> <li>• Зниження кишкових шумів.</li> </ul>
<b>Тяжке зневоднення (с. 316)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Запалість очей, повільне розгладження шкірної складки після її стискання пальцями</li> <li>• Дратівливість, летаргія, знижений рівень свідомості.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Тепловий (сонячний) удар (с. 825)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перебування на сонці в анамнезі</li> <li>• Делірій, судоми, галюцинації, атаксія, дизартрія, кома</li> <li>• Тахікардія, тахіпное</li> <li>• Блювання, діарея.</li> </ul>
<b>Мульти-системний запальний синдром у дітей (MIS-C) (с. 216)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Еритема, висип або набряк рук чи ніг, мукозит ротової порожнини</li> <li>• Кон'юнктивіт</li> <li>• Ознаки дисфункції серця (напр., перикардит)</li> <li>• Гострі проблеми зі шлунково-кишковим трактом</li> <li>• Контакт із особою з коронавірусною хворобою-2019 (COVID-19) або позитивний результат тесту на COVID-19 в анамнезі.</li> </ul>

### Диференціальна діагностика

При диференціальній діагностиці враховуйте тривалість і повторюваність епізодів гарячки, історію подорожей, наявність місцевих ознак і висипу. У цьому розділі гарячку класифікують за такими категоріями:

- Гарячка, що триває 7 днів або менше:
  - Без місцевих ознак (таблиця 38, с. 260)
  - Із місцевими ознаками (таблиця 39, с. 261).
- Гарячка з висипом (таблиця 41, с. 274)
- Гарячка, що триває більше ніж 7 днів (таблиця 44, с. 290)
- Повторювані епізоди гарячки (таблиця 45, с. 300)
- Гарячка в дитини, що приїхала з-за кордону (таблиця 46, с. 302).

### Надання допомоги при гарячці

Лікуйте дитину, а не термометр!

**НЕ** призначайте емпіричне лікування антибіотиками. Гарячка сама по собі не є підставою для призначення антибіотиків.

Основними препаратами для зниження температури тіла в дітей є парацетамол та ібупрофен, які є порівняно безпечними та ефективними.

- ▶ Призначайте лікування парацетамолом або ібупрофеном тільки дітям із гарячкою, які відчувають дискомфорт або дистрес від високої температури тіла.
- ▶ Для дітей, які є жвавими й активними, лікування жарознижувальними препаратами навряд чи буде корисним.
- ▶ Використовуйте найнижчу ефективну дозу протягом якомога коротшого періоду часу.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо надання допомоги при гарячці в домашніх умовах (робоча пам'ятка 25, с. 258).

**Парацетамол** 10–15 мг/кг кожні 4–6 год (макс. 60 мг/кг/добу або 4 г/добу). Парацетамол доступний у формі супозиторіїв для ректального введення, які зручно застосовувати в дітей із блюванням, зниженням рівня свідомості або судомами.

**НЕ** призначайте парацетамол дітям із порушенням функції печінки або **активним захворюванням печінки**.

**Ібупрофен** 5–10 мг/кг кожні 6–8 год (макс. 40 мг/кг/добу або 2 400 мг/добу).

**НЕ** призначайте ібупрофен дітям зі шлунково-кишковою кровотечею, тяжким зневодненням або тяжкою астмою, оскільки ібупрофен може спричинити гастрит, порушення згортання крові, бронхіальну обструкцію та порушення функції нирок.

**Інші препарати:** аспірин не рекомендований як жарознижувальний засіб першого ряду через ризик розвитку синдрому Рея в дітей молодшого віку.

**НЕ** призначайте аспірин дітям із вітряною віспою, лихоманкою денге та іншими геморагічними захворюваннями.

**НЕ** призначайте інші препарати (дипірон, фенілбутазон) через їхню токсичність або неефективність.

### 6.3.1 Гарячка, що триває 7 днів або менше

Основна мета — диференціювати інфекції, які підлягають лікуванню, та можливі серйозні наслідки легких гарячкових захворювань, що минають самостійно.

#### Анамнез і обстеження

Зберіть детальний анамнез та проведіть огляд (с. 253).

**Робоча пам'ятка 25. Надання допомоги при гарячці в домашніх умовах****Як доглядати за дитиною з гарячкою в домашніх умовах**

- Гарячка — це не хвороба, а механізм захисту від інфекцій.
- Давайте дитині парацетамол або ібупрофен, якщо в неї сильно підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дискомфорт або біль:
- Переконайтеся, що ви дасте правильну дозу\* для вашої дитини:
  - Маса тіла дитини (кг): .....
  - Препарат: .....
  - Вміст діючих речовин: .....
  - Максимальна доза на день: .....
- Переконайтеся, що вміст діючих речовин у лікарському засобі відповідає призначеному.
- Парацетамол та ібупрофен мають однакову ефективність у лікуванні болю та зниженні температури тіла. Не поєднуйте та не чергуйте їх.
- За можливості використовуйте термометр для вимірювання температури.
- Якщо в дитини висока температура тіла, забезпечуйте, щоб вона була легко одягнена та перебувала в теплом, але добре провітрюваному приміщенні.
- Слідкуйте за тим, щоб дитина пила більше, ніж зазвичай, для уникнення зневоднення.
- Прийдіть на повторний прийом через 2–3 дні, якщо гарячка не зникне.
- Негайно прийдіть на повторний прийом за наявності будь-якої з таких ознак:
  - Нездатність пити або смоктати грудне молоко
  - Невеликі темно-червоні плями на шкірі, які не зникають при розтягуванні шкіри навколо них
  - Ригідність потиличних м'язів
  - Судоми, сонливість або втрата свідомості
  - Прискорене чи утруднене дихання.

## Як доглядати за дитиною з гарячкою в домашніх умовах (продовження)



### Наступного разу, коли в дитини буде гарячка:

- За відсутності ознак, що викликають занепокоєння, дотримуйтеся наведених вище рекомендацій. Звертатися за терміною медичною допомогою не потрібно.
- Після 2–3 днів гарячки або щойно у дитини з'являться будь-які ознаки, що викликають занепокоєння, слід проконсультуватися з вашим лікарем.
- Якщо гарячка виникає в дитини віком < 3 місяці, зверніться до лікаря того ж дня.

\* Заповніть дозування для парацетамолу та ібупрофену (с. 257 та додаток 4).

## Дослідження

Дослідження, як правило, НЕ є необхідними та можуть призводити до оманливих висновків у випадку дітей віком > 3 місяці з явною причиною гарячки (напр., звичайна застуда, застуда, діарея) **без небезпечних ознак** (нездатності пити/смоктати грудне молоко, блювання, летаргії, судом або зміненого стану свідомості). Маленьких немовлят віком < 3 місяці з лихоманкою необхідно оцінювати на наявність серйозних бактеріальних інфекцій (с. 195).

- Пульсоксиметрія за наявності ознак утрудненого дихання.
- Швидкий аналіз сечі:
  - Для дітей молодшого віку з високою температурою тіла або гарячкою, яка триває > 24–48 годин, без місцевих ознак або симптомів
  - За наявності ознак або симптомів інфекції сечовивідних шляхів (ІСВШ) (с. 397).
- Аналіз крові, що включає загальний аналіз крові (ЗАК) та визначення рівня С-реактивного білка, може допомогти розрізнити бактеріальну й вірусну інфекції та допомогти в ухваленні рішення щодо призначення антибіотиків.
- Інші дослідження залежно від симптомів, напр., мікроскопія та культуральне дослідження сечі, культуральне дослідження крові, люмбальна пункція для аналізу СМР. Деякі пацієнти можуть потребувати направлення до лікарні.

## Диференціальна діагностика

## Гарячка без місцевих ознак

Таблиця 38. Диференціальна діагностика гарячки без місцевих ознак

Діагноз	Фактори на користь
<b>Інфекція сечовивідних шляхів (с. 397)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поширена причина підвищення температури тіла в дітей молодшого віку</li> <li>• Часте сечовипускання або дизурія, нетримання сечі вночі, яке до цього в дитини не спостерігалось</li> <li>• Біль у животі, болючість у попереку або надлобковій ділянці</li> <li>• Блювання, поганий апетит</li> <li>• Летаргія, дратівливість.</li> </ul>
<b>Гарячка як реакція на лікарські засоби або вакцину</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нещодавній прийом лікарських засобів або вакцинація</li> <li>• Біль у м'язах</li> <li>• Тривала гарячка без інших симптомів</li> <li>• Зниження температури тіла протягом 72 годин після припинення прийому лікарського засобу (до 1 місяця для деяких лікарських засобів).</li> </ul>
<b>Сепсис</b>	Див. інформацію про стани, що загрожують життю, в таблиці 37 на с. 254.
<b>Черевний тиф</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подорожі в анамнезі</li> <li>• Тривале підвищення температури тіла</li> <li>• Закреп, блювання, біль у животі, болючість, тимчасовий висип, збільшення печінки або селезінки</li> <li>• У підлітків може спостерігатися сплутаність свідомості.</li> </ul>

**Гарячка з місцевими ознаками****Таблиця 39. Диференціальна діагностика гарячки з місцевими ознаками**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гарячка і кашель, виділення з носа, утруднене дихання</b>	
<b>Звичайна застуда (с. 206)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель, нежить</li> <li>• Хороший загальний зовнішній вигляд</li> <li>• Відсутність утруднення дихання.</li> </ul>
<b>Риносинусит (с. 244)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель, головний біль</li> <li>• Виділення з носа з неприємним запахом</li> <li>• Біль у ділянці обличчя і набряк обличчя, біль у горлі.</li> </ul>
<b>Пневмонія (с. 208)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель</li> <li>• Прискорене дихання</li> <li>• Западання нижньої частини грудної клітки, хрипле дихання, роздування крил носа.</li> </ul>
<b>Грип (с. 266)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель (зазвичай сухий, може бути сильним і тривати <math>\geq 2</math> тижні під час сезону грипу)</li> <li>• Головний біль, біль у м'язах та суглобах, нездужання</li> <li>• Біль у горлі, нежить.</li> </ul>
<b>Коронавірусна хвороба-2019 (COVID-19) (с. 213)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контакт із людиною, хворою на COVID-19, в анамнезі</li> <li>• Кашель, прискорене дихання, западання нижньої частини грудної клітки</li> <li>• Втрата нюху, втрата смаку.</li> </ul>
<b>Гарячка і набряк обличчя</b>	
<b>Епідемічний паротит (с. 267)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у м'язах, головний біль, нездужання</li> <li>• Подальший набряк привушних залоз.</li> </ul>
<b>Гарячка й біль у вухах</b>	
<b>Гострий середній отит (с. 236)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Випинання барабанної перетинки, випіт у середньому вусі</li> <li>• Дратівливість у дітей молодшого віку.</li> </ul>
<b>Мастоїдит (с. 240)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий середній отит</li> <li>• Болючий набряк та почервоніння за вухом, що призводять до випинання зовнішнього вуха.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гарячка й біль у роті або горлі</b>	
<b>Тонзиліт (с. 241)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у горлі, біль при ковтанні</li> <li>• Збільшення шийних лімфатичних вузлів</li> <li>• Петехії, везикули, плівка на мигдаликах.</li> </ul>
<b>Інфекційний мононуклеоз (с. 283)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тонзилофарингіт</li> <li>• Нездужання, сильна втома, шийна аденопатія</li> <li>• Респіраторні симптоми</li> <li>• Набряк, збільшення селезінки й печінки.</li> </ul>
<b>Герпетичний гінгівостоматит (с. 268)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болючі виразки в ротовій порожнині (схожі на афти), що поширюються на язик, ясна та тверде піднебіння</li> <li>• Збільшення шийних і підщелепних лімфатичних вузлів</li> <li>• Галітоз.</li> </ul>
<b>Герпангіна (с. 270)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болючі виразки в ротовій порожнині, що поширюються на задню частину ротової порожнини, у тому числі передні глоткові складки, язичок, мигдалики та м'яке піднебіння.</li> </ul>
<b>Ретрофарингеальний абсцес (с. 226)</b>	Див. інформацію про стани, що загрожують життю, в таблиці 37 на с. 254.
<b>Гарячка та діарея або біль у животі</b>	
<b>Гастроентерит (с. 309)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діарея</li> <li>• Блювання</li> <li>• Спазмодобілий біль у животі, біль у животі.</li> </ul>
<b>Апендицит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійний біль та болючість у правому нижньому квадранті</li> <li>• Нудота, поганий апетит, блювання.</li> </ul>
<b>Гепатит (с. 462)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у животі</li> <li>• Болючість у правому верхньому квадранті, збільшення печінки</li> <li>• Жовтяниця та темний колір сечі.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гарячка та біль у суглобах або шкірі/набряк суглобів або шкіри</b>	
<b>Септичний артрит (с. 469)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гарячий, болючий, набряклий суглоб</li> <li>Біль при русі й у стані спокою</li> <li>Відмова рухати ураженими кінцівкою чи суглобом або переносити вагу на ногу</li> <li>Зменшення діапазону рухів.</li> </ul>
<b>Остеомієліт (с. 469)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Підгострий початок</li> <li>Локалізована болючість і набряк над кісткою</li> <li>Локалізований біль і біль при русі</li> <li>Відмова рухати ураженою кінцівкою або переносити вагу на ногу.</li> </ul>
<b>Інфекція шкіри та м'яких тканин (с. 438)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Набрякла та червона шкіра, болісна та тепла на дотик (целюліт)</li> <li>Фурункули й набряки</li> <li>Пустули</li> <li>Піоміозит (гнійна інфекція м'язів).</li> </ul>
<b>Гостра ревматична лихоманка (с. 270)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Мігруючий біль у суглобах</li> <li>Шуми в серці, кардит</li> <li>Підшкірні вузли, ревматична еритема</li> <li>Хорея Сиденгама.</li> </ul>
<b>Гарячка і шуми в серці</b>	
<b>Міокардит (с. 360)</b>	Див. інформацію про стани, що загрожують життю, в таблиці 37 на с. 254.
<b>Перикардит (с. 360)</b>	
<b>Гостра ревматична лихоманка (с. 270)</b>	Див. вище
<b>Гарячка та зміна чи зниження рівня свідомості</b>	
<b>Менінгіт (с. 264)</b>	Див. інформацію про стани, що загрожують життю, в таблиці 37 на с. 254.
<b>Енцефаліт</b>	
<b>Тепловий удар (с. 825)</b>	

## Менінгіт

Бактеріальний менінгіт — це серйозне захворювання, що має високі показники розвитку ускладнень і смертності. Жодна клінічна ознака окремо не є достатньо характерною для встановлення достовірного діагнозу. При цьому поширеними ознаками є гарячка і судоми в анамнезі, а також наявність менінгеальних ознак і змінений стан свідомості. При диференціальній діагностиці дітей із менінгеальними ознаками необхідно враховувати можливість вірусного енцефаліту або туберкульозного менінгіту.

Рання діагностика має важливе значення для ефективного лікування.

### Анамнез

- Судоми
- Блювання
- Нездатність пити або смоктати грудне молоко
- Головний біль або біль у задній частині шиї
- Дратівливість
- Світлобоязнь
- Нещодавно перенесена травма голови.

### Обстеження

- Змінений рівень свідомості
- Ригідність потиличних м'язів
- Повторювані судоми
- Випукле тім'ячко в немовлят
- Летаргія
- Дратівливість
- Петехіальний висип або пурпура, що не бліднуть при натисканні
- Локальний параліч будь-якої кінцівки
- Ознаки травми голови, що вказують на можливий нещодавно перенесений перелом черепа.



**Візуальне і тактильне оцінювання дитини на предмет ригідності потиличних м'язів**



**Зіниці різного розміру:  
ознака підвищеного  
внутрішньочерепного  
тиску**

**Опістотонус і ригідне положення:  
ознаки подразнення мозкових  
оболонок та підвищеного  
внутрішньочерепного тиску**

Будь-яка з таких ознак підвищеного внутрішньочерепного тиску:

- Знижений рівень свідомості
- Зіниці різного розміру
- Ригідні положення або поза
- Переривчасте дихання
- Гіпертензія з бради- або тахікардією.

### **Лікування і направлення**

Негайно направляйте дитину до лікарні для підтвердження діагнозу та подальшого лікування.

- ▶ Якщо очікується затримка в доправленні до лікарні, якнайшвидше введіть дитині першу дозу цефтріаксону в/м з розрахунку 50 мг/кг.

## Грип

Грип — це гостра респіраторна інфекція, спричинена вірусами грипу. Серотипи грипу А і В викликають сезонні епідемії. Сезонний грип легко поширюється повітряно-крапельним шляхом або через руки, забруднені вірусами грипу.

### Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Раптове підвищення температури тіла
- Кашель (зазвичай сухий), може бути сильним і тривати  $\geq 2$  тижні
- Головний біль
- Біль у м'язах
- Біль у суглобах
- Нездужання
- Біль у горлі
- Нежить.

### Ускладнення

- Ларинготрахеїт, трахеїт
- Бактеріальна суперінфекція (*S. aureus*, *S. pneumoniae*)
- Пневмонія (с. 208)
- Дихальна недостатність.

### Дослідження

Для підтвердження діагнозу розглядайте доцільність проведення швидких діагностичних тестів на грип, ізоляції вірусу грипу або виявлення специфічної для грипу рибонуклеїнової кислоти (РНК) за допомогою ЗТ-ПЛР-тестування виділень із горла, носа та носоглотки.

### Лікування

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258) та щодо профілактичних заходів під час надання допомоги в домашніх умовах (робоча пам'ятка 24, с. 215).

## Направлення

Направляйте до лікарні для подальшого лікування та моніторингу дітей із хронічними станами, а також тяжким клінічним захворюванням чи клінічним захворюванням, що прогресує і пов'язане з підозрюваним або підтвердженим інфікуванням вірусом грипу та з ускладненнями.

## Профілактика

- ▶ Проводьте щорічну вакцинацію проти грипу дітей віком від 6 місяців до 5 років і дітей із хронічними станами (с. 82). Звіряйтеся з календарями вакцинації, що діють у вашій країні.

## Епідемічний паротит

Епідемічний паротит — це гостре захворювання, яке викликає параміксовірус. Вірус епідемічного паротиту передається при безпосередньому контакті або повітряно-крапельним шляхом. Це самообмежувальне захворювання, яке зазвичай повністю зникає приблизно через тиждень. Діти, хворі на епідемічний паротит, є контагіозними протягом періоду приблизно від 2 днів до виникнення набряку привушної залози до 9 днів після його виникнення.

## Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Одно- або двосторонній набряк привушних слинних залоз
- Набряк інших слинних залоз (10%)
- Біль у м'язах
- Головний біль
- Нездужання
- Незначне підвищення температури тіла.



## Ускладнення

- Орхіт (20% чоловіків у пост-пубертатному періоді; може призводити до порушення фертильності)
- Паротитний менінгіт (15%), паротитний енцефаліт, нейросенсорна приглухуватість
- Панкреатит (4%).

## Дослідження

При неускладнених формах лабораторні дослідження не потрібні.

## Лікування

Специфічна терапія відсутня.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258) та щодо загальних профілактичних заходів (робоча пам'ятка 24, с. 215).

## Профілактика

Основою профілактики епідемічного паротиту є вакцинація (с. 82).

## Герпетичний гінгівостоматит

Гінгівостоматит є найпоширенішим проявом ураження ВПГ в дітей. Первинна інфекція зазвичай виникає у дітей віком від 6 місяців до 5 років, однак вона може виникати в будь-якому віці. Передавання відбувається при безпосередньому контакті з інфікованими виділеннями або ураженнями.

## Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Болючі виразки в ротовій порожнині (схожі на афти), що поширюються на язик, ясна та тверде піднебіння, злегка кровоточать, спричиняючи слинотечу та відмову їсти і пити
- Везикулярні ураження навколо рота, які можуть поширюватися на обличчя та підборіддя
- Збільшення лімфатичних вузлів (шийних і підщелепних)
- Галітоз
- Підвищення температури тіла, дратівливість, нездужання, головний біль.

## Ускладнення

Зневоднення, герпетичний кератит, герпетичний панарицій, вторинна бактеріальна інфекція, герпетичний енцефаліт, езофагіт.

## Лікування

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 26) та лікування гарячки і болю за допомогою парацетамолу та ібупрофену (робоча пам'ятка 25, с. 258).
- ▶ Розглядайте доцільність застосування місцевих анестетиків (для ротової порожнини), таких як гель із лідокаїном, для забезпечення короткочасного полегшення симптомів і покращення споживання їжі.
- ▶ Розглядайте доцільність перорального прийому ацикловіру протягом 5–7 днів (інформацію про дозування див. у додатку 4) тільки протягом перших 72 годин після початку захворювання.

### **Робоча пам'ятка 26. Лікування виразок у ротовій порожнині в домашніх умовах**

#### **Як доглядати за дитиною з виразками в ротовій порожнині в домашніх умовах**



Виразки в ротовій порожнині дитини зазвичай не потребують лікування та зберігаються до 7–10 днів.

- Забезпечте місцеве знеболення, щоб дитина могла їсти без болю:
  - Очистіть рот дитини: оберніть палець чистою м'якою тканиною, змочіть її в солоній воді та протріть рот.
  - Наносьте рекомендований гель з анестетиком на виразки в ротовій порожнині.
  - Якщо дитина достатньо доросла, щоб полоскати рот або горло рідиною, заохочуйте її проводити полоскання теплою соленою водою 3–4 рази на день.
  - Наносьте на губи вазелін або подібну мазь.
- Давайте дитині парацетамол (або ібупрофен), якщо їй боляче або в неї підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес.
- Слідкуйте за тим, щоб ваша дитина пила більше, ніж зазвичай, та уникайте гострої, солоної й гарячої їжі протягом 7–10 днів.
- Прийдіть на повторний прийом через 2–3 дні чи раніше, якщо стан дитини погіршується або вона не може пити чи смоктати грудне молоко.

## Направлення

Направляйте до лікарні всіх дітей, які не можуть пити достатньо рідини, дітей з ускладненнями та дітей із ослабленим імунітетом.

## Герпангіна

Герпангіну викликають ентеровіруси людини групи А, переважно вірус Коксакі групи А.

## Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Множинні болючі виразки в ротовій порожнині, що вражають задню частину ротової порожнини, у тому числі глотку, язичок, мигдалики та м'яке піднебіння. Іноді виразки вражають інші частини ротової порожнини, у тому числі слизову оболонку щік і язик.
- Підвищення температури тіла.
- Зневоднення в результаті недостатнього споживання рідини через біль при ковтанні.

## Ускладнення

Асептичний менінгіт, енцефаліт і гострий млявий параліч, енцефаліт стовбура головного мозку (особливо в пацієнтів із ослабленим імунітетом).

## Лікування

Лікування є здебільшого підтримувальним.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо лікування виразок у ротовій порожнині в домашніх умовах (робоча пам'ятка 26).

## Гостра ревматична лихоманка

Гостра ревматична лихоманка — це аномальна імунна реакція після інфікування стрептококами групи А, як правило, з боку горла (тонзиліт, с. 240). Найчастіше виникає в дітей у віці 5–14 років.

## Діагностика

При гострій ревматичній лихоманці зазвичай спостерігаються:

- Підвищення температури тіла
- «Мігруючий» артрит великих суглобів (коли біль виникає в одному суглобі, а потім ніби «переходить» на інший)

- Тахікардія
- Іноді ознаки кардиту.

Діагноз ґрунтується на переглянутих критеріях Джонса (таблиця 40).

- Перший епізод гострої ревматичної лихоманки: 2 великі критерії **або** 1 великий критерій + 2 малих критерії.
- Рецидив гострої ревматичної лихоманки (після перших епізодів): 2 великі критерії **або** 1 великий критерій + 2 малих критерії **або** 3 малих критерії.

**Таблиця 40. Переглянуті критерії Джонса**

	Групи населення з низьким рівнем ризику	Групи населення з середнім і високим рівнями ризику
<b>Анамнез</b>	Докази попереднього інфікування стрептококами групи А	
<b>Великі критерії</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кардит (клінічний або субклінічний)</li> <li>• Хорея Сиденгама (аномальні рухи кінцівок)</li> <li>• Ревматична еритема (висип)</li> <li>• Підшкірні вузли.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поліартрит (біль і набряк у декількох суглобах).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артрит (біль і набряк в одному чи декількох суглобах).</li> </ul>
<b>Малі критерії</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поліартралгія (біль у суглобах без набряку)</li> <li>• Підвищення температури тіла &gt; 38,5 °С</li> <li>• Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) &gt; 60 мм/год або рівень С-реактивного білка &gt; 3,0 мг/дл</li> <li>• Продовжений інтервал PR з урахуванням віку, якщо кардит не є наявним великим критерієм.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Моноартралгія</li> <li>• Підвищення температури тіла &gt; 38 °С</li> <li>• ШОЕ &gt; 30 мм/год або рівень С-реактивного білка &gt; 3,0 мг/дл</li> <li>• Продовжений інтервал PR з урахуванням віку, якщо кардит не є наявним великим критерієм.</li> </ul>

## Дослідження

- Аналіз крові: підвищені титри антистрептолізину-О (АСЛО), С-реактивний білок, ШОЕ і титри анти-ДНКазі В
- Мазок із горла для виявлення стрептококів групи А
- Електрокардіограма (ЕКГ)
- Ехокардіограма для виявлення кардиту
- Рентген ОГК для виявлення ознак серцевої недостатності.

## Лікування

- ▶ Призначайте феноксиметилпеніцилін (пеніцилін V) перорально протягом 10 днів або разову дозу бензатин пеніциліну в/м (с. 244).
- ▶ Призначайте ібупрофен у дозуванні 5–10 мг/кг 3 рази на день (або інші нестероїдні протизапальні препарати, такі як напроксен) для полегшення болю в суглобах, поки симптоми не зникнуть (зазвичай 1–2 тижні).
- ▶ Хорея Сиденгама зазвичай зникає протягом декількох місяців без лікування. При тяжких аномаліях руху можна застосовувати карбамазепін.
- ▶ Призначайте вторинну антибіотикопрофілактику для зменшення ризику виникнення подальших епізодів та ревматичної хвороби серця (с. 653).

## Направлення

Направляйте всіх дітей із серцевою недостатністю до спеціаліста для діагностики та обстеження, а також до лікарні.

Усіх дітей із підозрою на гостру ревматичну лихоманку терміново направляйте до спеціаліста для підтвердження діагнозу та надання відповідної допомоги.

### 6.3.2 Гарячка з висипом



Висип, що не блідне (не зникає при натисканні та огляді через скляний шпатель), наприклад, петехії в дитини з хворобливим зовнішнім виглядом і підвищеною температурою тіла, може бути ознакою менінгококової інфекції та потребує термінового направлення до лікарні й початку лікування антибіотиками (50 мг/кг цефтріаксону в/м), якщо очікується затримка в доправленні до лікарні.

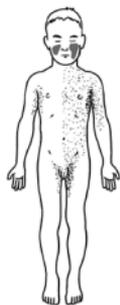
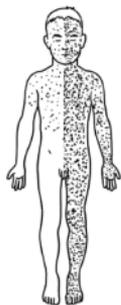
Гарячка з висипом є частою скаргою в дітей молодшого віку. Зазвичай її причиною є вірусна інфекція. Інформація про поширені причини гарячки з висипом у дітей наведена в таблиці 41. Інформацію про інші стани, які супроводжуються висипом із гарячкою або без неї, див. у розділі 6.14 на с. 430.

- ▶ Зберіть повний анамнез та проведіть комплексне обстеження. Дослідження для виявлення збудника зазвичай не потрібні.
- ▶ Якщо в пацієнта немає небезпечних ознак (нездатності пити/смоктати грудне молоко, блювання, летаргії, судом або зміненого стану свідомості), призначайте підтримувальну терапію та проведіть консультацію щодо надання допомоги при гарячці в домашніх умовах (робоча пам'ятка 25, с. 258).

Таблиця 41. Диференціальна діагностика гарячки з висипом

Діагностика	Вік	Продром	Підвищення температури тіла	Висип	Інші ознаки
<b>Кір (с. 277)</b>	Будь-який	Кашель/ застуда	Сильне	Макулопапульозний висип (детальна інформація на наступній сторінці)	Плями Копліка Почервоніння очей Кашель, діарея, мукозит
<b>Скарлатина (с. 279)</b>	4–10 років	Тонзиліт	Сильне Протягом 1–2 днів	Макулопапульозний висип (детальна інформація на наступній сторінці)	Малиновий язик Петехії на піднебінні
<b>Краснуха (с. 281)</b>	Будь-який	Відсутній, легкий кашель/ застуда	Незначне	Макулопапульозний висип (детальна інформація на наступній сторінці)	Потилична, задньошийна, вушна лімфаденопатія
<b>Інфекційна еритема (с. 281)</b>	Шкільний вік	Відсутній, легкий кашель/ застуда	Незначне/ відсутнє	Макулопапульозний висип (детальна інформація на наступній сторінці)	–
<b>Раптова екзантема (с. 282)</b>	6–24 місяці	Відсутній	Сильне Протягом 3 днів	Макулопапульозний висип (детальна інформація на наступній сторінці)	Температура раптово спадає, після чого з'являється висип

Діагностика	Вік	Продром	Підвищення температури тіла	Висип	Інші ознаки
<b>Синдром Кавасаки (с. 284)</b>	< 5 років	Відсутній	Сильне > 5 днів	Генералізований Поліморфний Вражає долоні та підшви стоп Набряк долонь і підшов ніг	Почервоніння очей Шийна лімфаденопатія Зміни на слизовій оболонці ротової порожнини
<b>Вітряна віспа (с. 286)</b>	< 10 років	Легкий, підвищення температури тіла та нездужання	Незначне	Везикулярний висип (детальна інформація на наступній сторінці)	Головний біль, біль у м'язах
<b>Синдром «рука-нога-рот» (с. 288)</b>	Шкільний вік	Відсутній, незначне підвищення температури тіла та нездужання	Незначне	Везикулярний висип навколо рота, на долонях і підшвах ніг	Невеликі виразки на слизовій оболонці ротової порожнини та язика



Кір	Скарлатина	Краснуха	Інфекційна еритема	Раттова екзантема	Вітряна віспа
<p>Висип спочатку виникає на обличчі за вухами й поширюється каудально</p> <p>Зливний</p> <p>Вражає долоні та підшви стоп</p>	<p>Висип, що нагадує наждачний папір</p> <p>Висип спочатку виникає на шиї й поширюється на тулуб і кінцівки</p> <p>Виразений у складках шкіри (пах, пахви)</p> <p>Не вражає шкіру навколо рота</p> <p>Вражає долоні та підшви стоп</p>	<p>Висип спочатку виникає на обличчі й поширюється каудально (доцентрове поширення)</p> <p>Незливний</p> <p>Не вражає долоні та підшви стоп</p>	<p>Червоний макулярний висип, який спочатку виникає на обличчі (висип на щоках, що нагадує сліди від ляпасів), після якого з'являється сітчастий висип на тулубі та кінцівках; шкіра навколо рота відносно біла</p> <p>Не вражає долоні та підшви стоп</p>	<p>Переважно на шиї та тулубі, злегка поширюється на обличчя та кінцівки</p> <p>Незливний</p> <p>Не вражає долоні та підшви стоп</p>	<p>Висип, що свербить, спочатку виникає на обличчі й тулубі (включно зі шкірою голови), поширюється доцентрово, не вражає долоні та підшви ніг</p> <p>Може вражати слизові оболонки</p> <p>Усі стадії одночасно: макулопапульозний висип, везикули з червоною основою, кірки</p>

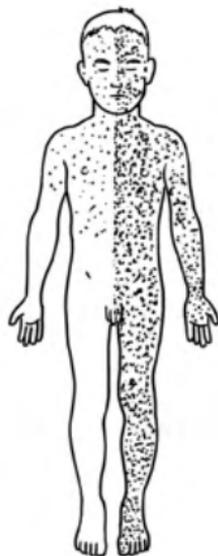
## Кір

Кір — це висококонтагіозне вірусне захворювання, що характеризується серйозними ускладненнями та високою смертністю. Зі збільшенням рівня вакцинації це захворювання рідко виникає в немовлят віком < 3 місяці; воно вражає дітей старшого віку та дорослих, які не були вакциновані.

### Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Гарячка (іноді з фебрильними судомами)
- Генералізований макулопапульозний висип:
  - Невеликі білі плями з внутрішньої сторони щік (плями Копліка) безпосередньо перед появою генералізованого висипу
  - Зазвичай висип спочатку виникає на обличчі та верхній частині шиї та поширюється до долонь і підшов ніг протягом 3 днів (див. зображення). Висип зберігається протягом 5–6 днів, а потім зникає.
- Та один із таких симптомів: кашель, нежить або почервоніння очей і рота
- Відсутність документального підтвердження вакцинації проти кору.



#### **Кір**

*Рання (ліворуч) і пізня (праворуч) стадії висипу*

### Ускладнення

Серйозні ускладнення частіше зустрічаються в дітей віком < 5 років. До ускладнень належать діарея з домішками крові (с. 319) або стійка діарея та пов'язане з нею зневоднення (с. 321), середній отит (с. 236) або пневмонія (с. 208). Тяжкий перебіг кору частіше виникає в дітей молодшого віку, які погано харчуються, особливо в тих, які мають дефіцит вітаміну А, а також у дітей з ослабленим імунітетом через ВІЛ або інші захворювання. При обстеженні моніторуйте наявність у дитини таких ознак ускладнень:

- летаргія чи відсутність свідомості
- помутніння рогівки
- глибокі або великі виразки в ротовій порожнині
- пневмонія (с. 208)

- зневоднення внаслідок діареї (с. 309)
- стридор через коровий круп
- тяжке недоїдання.

## Дослідження

Лабораторні дослідження не потрібні. Якщо є сумніви, підтвердити діагноз можна за допомогою серологічного дослідження на антитіла IgM.

## Лікування

Специфічного протівірусного лікування кору не існує.

- ▶ Дітей, які проходять оцінювання на кір, необхідно ізолювати.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах та просіть їх прийти на повторний візит через 2–3 дні (робоча пам'ятка 25, с. 258).
- ▶ Призначайте підтримувальну терапію, яка передбачає гарне харчування, достатнє споживання рідини та лікування зневоднення розчинами для пероральної регідратації (РПР). Призначайте дві дози добавки з вітаміном А (інформацію щодо дозування див. у додатку 4) з інтервалом у 24 години всім дітям, хворим на кір.

Лікуйте будь-які ускладнення, спричинені кором:

- ▶ Виразки у ротовій порожнині: консультуйте опікунів щодо лікування виразок у ротовій порожнині в домашніх умовах (робоча пам'ятка 26, с. 269). Якщо виразки в ротовій порожнині є глибокими/великими та/або мають неприємний запах, призначайте амоксицилін перорально (25 мг/кг двічі на день) і метронідазол перорально (7,5 мг/кг тричі на день) протягом 5 днів.
- ▶ Пневмонія: призначайте лікування пневмонії антибіотиками всім дітям із кором і ознаками пневмонії (с. 208).
- ▶ Коровий круп (с. 222): призначте підтримувальну терапію. Не призначайте стероїдів.
- ▶ Неврологічні ускладнення. Судоми, надмірна сонливість, млявість або кома можуть бути симптомами енцефаліту або тяжкого зневоднення. Оцініть дитину на предмет зневоднення та забезпечте відповідне лікування (с. 309). Інформацію про лікування судом див. у вставці 12 на с. 811; інформацію про надання допомоги непритомній дитині див. у вставці 11 на с. 810.

- ▶ Проведіть лікування будь-якої інфекції очей за наявності. За наявності прозорих водянистих виділень лікування не потрібне. При появі гнійних виділень слід промивати очі прокип'яченою у воді ватою або чистою тканиною, змоченою в чистій воді. Призначайте мазь для очей із тетрацикліном тричі на день протягом 7 днів. Не призначайте стероїдні мазі. Для запобігання іншим інфекціям слід використовувати спеціальний очний пластир. За відсутності покращення стану направляйте дитину до офтальмолога.
- ▶ Інформацію щодо лікування інших ускладнень див. у інших розділах (див. відповідні сторінки, зазначені в розділі про ускладнення вище).

### Подальше спостереження

Проводьте повторне оцінювання через 2–3 дні, щоб переконатися, що проблеми з ротовою порожниною чи очима вирішуються, та виключити будь-які серйозні ускладнення.

### Направлення

Направляйте пацієнта до лікарні в разі виникнення ускладнень (див. вище) або будь-яких із наведених нижче ознак тяжкої інфекції кору та таких ускладнень, як неспроможність пити або смоктати грудне молоко, блювання або судоми.

### Профілактика

Вакцинація проти кору (с. 82).

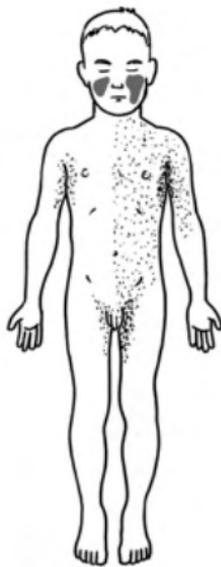
### Скарлатина

Інфікування найчастіше відбувається взимку та навесні після інфікування стрептококами групи А горла або шкіри. Скарлатина передається від людини до людини повітряно-крапельним шляхом або через безпосередній контакт зі слизом, слиною чи шкірою інфікованих людей.

### Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Висока температура тіла
- Біль у горлі або шкірна інфекція



**Скарлатина**  
Рання (ліворуч) і  
пізня (праворуч)  
стадії висипу

- Висип: дрібні припідняті папули, висип, що нагадує наждачний папір та спочатку виникає в ділянці паху і пахвовій ділянці, а потім поширюється на тулуб і кінцівки, та є більш помітним у шкірних складках. Зазвичай висип не вражає шкіру навколо рота. Шкіра лущиться через 2–7 днів після появи висипу.
- Малиновий язик, петехії на піднебінні, запалення язичка.

До інших клінічних ознак можуть належати:

- Біль у животі, нудота та відмова від споживання їжі.

### Ускладнення

Пам'ятайте про такі ускладнення:

- Гостра ревматична лихоманка (с. 270)
- Гостре захворювання нирок (див. інформацію про гломерулонефрит після стрептококової інфекції на с. 390)
- Реактивний артрит (с. 469).

### Дослідження

- Швидкий тест для виявлення антигенів стрептокока, якщо необхідно підтвердити діагноз.

**НЕ** проводьте неспецифічних лабораторних досліджень на рутинних засадах.

### Лікування

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258).
- ▶ Призначайте феноксиметилпеніцилін (пеніцилін V) 125 мг перорально дітям віком < 1 рік, 250 мг дітям віком 1–5 років, 500 мг дітям віком 6–12 років 2 дозами на день або 50 мг/кг/день амокцициліну перорально разовою дозою або 2 дозами на день протягом 10 днів.
- У разі алергії на пеніцилін:
  - 3 гіперчутливістю I типу (анафілаксія): еритроміцин або інший макролід перорально. **НЕ СЛІД** використовувати азитроміцин.
  - Без гіперчутливості I типу: цефадроксил або цефалексин перорально.

## Краснуха (німецький кір)

Вірус поширюється в організмі за 5–7 днів. Симптоми зазвичай з'являються через 2–3 тижні після контакту. Найбільш контагіозний період зазвичай триває протягом 1–5 днів до та після появи висипу.

### Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Точковий рожевий макулопапульозний висип (50–80%): зазвичай спочатку виникає на обличчі та шиї, а потім поширюється тілом протягом 24 годин і зберігається 1–3 дні
- Кашель, біль у горлі, нежить
- Незначне підвищення температури тіла < 39°C
- Нудота
- Лімфаденопатія (особливо задньошийна, вухна і підпотилична)
- Кон'юнктивіт
- Біль у суглобах.

### Дослідження

Лабораторні тести не потрібні.

### Лікування

Симптоматичне, визначеної терапії немає.

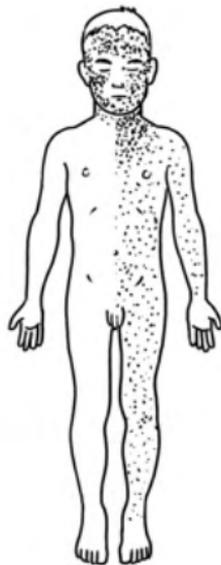
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258).

## Інфекційна еритема

Інфекцію викликає парвовірус В19.

### Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині, яка може істотно варіюватися.



**Краснуха**  
Рання (ліворуч)  
і пізня (праворуч)  
стадії висипу

- Еритематозний макулярний висип із відносно блідою шкірою навколо рота, часто спочатку виникає на обличчі (висип на щоках, що нагадує сліди від ляпасів), після чого з'являється сітчастий висип на тулубі та кінцівках.
- Грипоподібні симптоми (головний біль, нездужання, нежить і діарея).
- Артралгія.

### Дослідження

Лабораторні тести не потрібні.

### Лікування

Лікування немає, інфекційна еритема є самообмежувальним захворюванням.

- За необхідності консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах (робоча пам'ятка 25, с. 258).

### Раптова екзантема (розеола)

Інфекцію переважно викликає вірус герпесу людини 6 типу, а також інші віруси, такі як вірус герпесу людини 7 типу, ентеровіруси та аденовіруси.

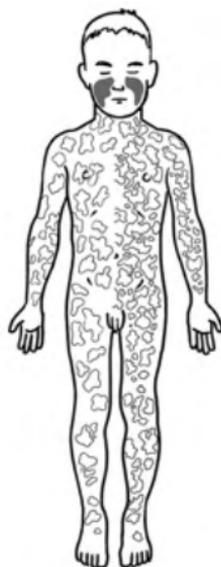
### Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Гарячка, що триває 3–5 днів, зазвичай раптово минає і супроводжується розвитком висипу
- Висип: еритематозний, блідне при натисканні, макулярний або макулопапульозний, зазвичай спочатку виникає на шиї й тулубі та поширюється на руки та ноги.

До інших ознак належать:

- Лімфаденопатія
- Еритема барабаних перетинок (без випоту)
- Дратівливість
- Симптоми з боку верхніх дихальних шляхів.



**Інфекційна еритема**  
Рання (ліворуч) і пізня (праворуч) стадії висипу

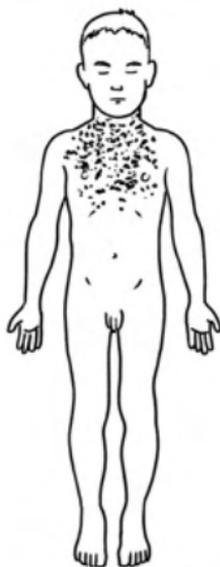
## Дослідження

Лабораторні тести не потрібні.

## Лікування

Специфічна терапія відсутня.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах (робоча пам'ятка 25, с. 258).



**Раптова екзантема**

## Інфекційний мононуклеоз

Інфекційний мононуклеоз, який також називають залозистою лихоманкою або «хворобою поцілунків», спричиняє вірус Епштейна-Барр (ВЕБ). Більшість випадків інфікування ВЕБ є субклінічними й зазвичай трапляються в підлітків старшого віку і молодих дорослих людей. Якщо клінічні ознаки спричинені іншим вірусом, ніж ВЕБ, наприклад, ЦМВ, вірусом герпесу 6 типу, ВІЛ, ідеться про мононуклеозоподібний синдром.

## Діагностика

- Лімфаденопатія, переважно шийна
- Біль у горлі, ексудативний фарингіт із білим, сіро-зеленим або некротичним ексудатом на мигдаликах; галітоз
- Гарячка, що триває до 1–2 тижнів
- Втома, що може бути постійною і сильною
- Збільшення печінки або селезінки.

## Дослідження

- Лейкоцитарна формула: лімфоцитоз зі значною часткою атипових лімфоцитів
- Дослідження для виявлення гетерофільних антитіл до інфекційного мононуклеозу, швидкий діагностичний тест або серологічне дослідження на ВЕБ можуть підтвердити діагноз.

## Лікування

Лікування є симптоматичним. Специфічна терапія відсутня.

**НЕ** призначайте амоксицилін. Інфекційний мононуклеоз можна легко сплутати з тонзилітом або скарлатиною, а амоксицилін може викликати генералізований висип на шкірі.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258). На додаток до тез, наведених у пам'ятці, не забудьте повідомити, що:
  - Якщо селезінка збільшена, важливо уникати будь-якої діяльності, яка може призвести до травми живота (може спричинити розрив селезінки)
  - Втома може зберігатися протягом кількох тижнів.

### Синдром Кавасакі

Синдром Кавасакі — це поширене запальне захворювання судин, що вражає переважно дітей віком до 5 років. Синдром Кавасакі є найпоширенішою причиною набутих вад серця в дітей у розвинених країнах. Він призводить до аневризми коронарних артерій приблизно у 25% пацієнтів, які не отримують лікування. Швидка діагностика та раннє лікування є надзвичайно важливими.

### Діагностика

Ґрунтується на діагностичних критеріях (таблиця 42). Якщо дитина не відповідає діагностичним критеріям класичного синдрому Кавасакі, слід пам'ятати про атипичний синдром Кавасакі (таблиця 43).

**Таблиця 42. Діагностичні критерії класичного синдрому Kawasaki**

**Гарячка протягом  $\geq 5$  днів**,\* що не має жодного іншого пояснення, та принаймні 4\*\* з таких клінічних критеріїв:

- Кон'юнктивіт: двосторонній, бульбарної кон'юнктиви, негнійний
- Шийна лімфаденопатія:  $\geq 1,5$  см, часто одностороння
- Висип: поліморфний, без везикул і кірок
- Зміни покриву губ або слизової оболонки ротової порожнини: хейліт (червоні потріскані губи), малиновий язик, дифузна еритема ротоглотки
- Зміни в кінцівках: спочатку еритема та набряк долонь і підшов, а потім лущення шкіри кінчиків пальців.

\* Якщо наявні  $\geq 4$  клінічні критерії, діагноз можна поставити після 3–4 днів гарячки.

\*\* Якщо наявні аномалії коронарних артерій, діагноз можна підтвердити навіть за наявності менше ніж 4 критеріїв.

**Таблиця 43. Діагностичні критерії неповного або атипичного синдрому Kawasaki**

**Гарячка протягом  $\geq 5$  днів**, що не має жодного іншого пояснення, та 2–3 клінічні критерії (таблиця 42).

У немовлят: гарячка, що триває  $\geq 7$  днів та не має жодного іншого пояснення.

**Та** рівень С-реактивного білка  $\geq 3,0$  мг/дл/ або швидкість осідання еритроцитів  $\geq 40$  мм/год.

**Та** щонайменше 3 з таких результатів лабораторних досліджень:

- Анемія (з урахуванням віку)
- Кількість тромбоцитів  $\geq 450\ 000$  після 7 дня гарячки
- Рівень альбуміну  $\leq 3,0$  г/дл
- Підвищений рівень аланінамінотрансферази
- Кількість лейкоцитів  $\geq 15\ 000/\text{мм}^3$
- $\geq 10$  лейкоцитів у полі зору у зразку сечі

**або** специфічні зміни за результатами ехокардіографії.

До інших ознак належать: крайня дратівливість, артрит, діарея, блювання, біль у животі, гепатит, жовтяниця, асептичний менінгіт.

## Дослідження

- ЗАК із лейкоцитарною формулою й визначенням кількості тромбоцитів, рівень трансаміназ, маркери запалення (С-реактивний білок, ШОЕ).
- Часто присутні підвищений рівень лейкоцитів і тромбоцитів, трансаміназ і реактантів гострої фази.
- Ехокардіографія для оцінювання ураження серця.

## Ускладнення

Аномалії коронарних артерій, пригнічення скоротливої активності міокарда, шоківий синдром, неврологічні проблеми (напр., втрата слуху).

## Направлення

Направляйте до спеціаліста чи до лікарні всіх дітей із підозрою на синдром Кавасаки.

## Подальше спостереження

Забезпечуйте належне подальше спостереження після зворотного направлення або виписки з лікарні. Лікування переважно націлене на профілактику та лікування аномалій коронарних артерій і тромбозу коронарних артерій за допомогою в/в введення Іg (спеціалістом або в лікарні) та аспірину.

- ▶ Призначайте ацетилсаліцилову кислоту (аспірин) у низьких дозах (3–5 мг/кг/дозу один раз на день) для досягнення антитромботичного ефекту протягом декількох тижнів до нормалізації кількості тромбоцитів з урахуванням результатів ехокардіографії.
- ▶ Проводьте повторну ехокардіографію відповідно до плану лікування, складеного спеціалістом.

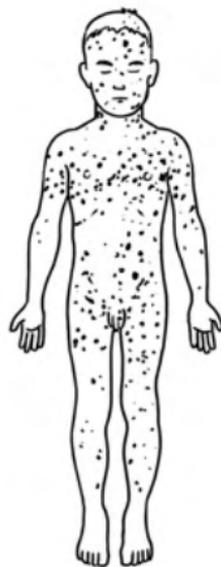
## Вітряна віспа

Вітряна віспа — це гостре, висококонтагіозне захворювання, спричинене вірусом вітряної віспи (VZV). Передавання відбувається через краплі, аерозолі чи безпосередній контакт або опосередковано через дотик до щойно забруднених речей. Пацієнти зазвичай контагіозні протягом періоду від кількох днів до появи висипу та поки висип не покриється кіркою.

## Діагностика

Ґрунтується на клінічній картині:

- Висип, що сильно свербить:
  - Ураження на різних стадіях: макулопапульозний, везикулярний та навіть пустульозний висип, центральний некроз та раннє утворення кірки.
  - Зазвичай спочатку з'являється на шкірі голови та обличчі.
  - Відцентрове розповсюдження на тулуб і кінцівки й відсутність уражень на долонях і підшвах.
  - Може вражати слизову оболонку (афти ясен, спинку язика, піднебіння, ротоглотку).
  - Усі кірки відпадають приблизно за 7–10 днів.
- Нездужання
- Фарингіт
- Втрата апетиту.

**Вітряна віспа**

### Дослідження

Лабораторні тести не потрібні.

### Ускладнення

Ускладнення включають пневмоніт або енцефаліт, спричинений VZV. Після інфікування вірус залишається в латентному стані в нервових гангліях; після подальшої реактивації VZV викликає оперізувальний герпес (лишай).

### Лікування

- ▶ Призначайте пероральний прийом антигістамінного препарату, наприклад, лоратадину, протягом 2–3 днів, якщо дитина відчуває сильний свербіж.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 27).

### Направлення

Направляйте дітей з ослабленим імунітетом (напр., із раком, ВІЛ) до лікарні для подальшого обстеження та надання відповідної допомоги, у тому числі проведення терапії ацикловіром.

**Робоча пам'ятка 27. Лікування вітряної віспи в домашніх умовах****Як доглядати за дитиною з вітряною віспою в домашніх умовах**

- Наносьте лосьйон з каламіном, щоб полегшити свербіж.
- Одягайте дитину в одяг із довгими рукавами та штанинами, а нігті коротко підстригайте, щоб запобігти розчісуванню (таким чином зменшується ризик інфекцій та рубців на шкірі).
- Попросіть дитину не розчісувати висипання.
- Давайте дитині парацетамол, якщо в неї підвищена температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес.
- Слідкуйте за тим, щоб дитина пила більше, ніж зазвичай.
- Прийдіть на повторний прийом, якщо дитина має підвищену температуру протягом 2–3 днів, або раніше, якщо стан дитини погіршується або вона не може пити чи смоктати грудне молоко.

**Профілактика**

Вітряній віспі можна запобігти шляхом імунізації (с. 82).

**Синдром «рука-нога-рот»**

Один і той самий синдром дитячого гарячкового висипу може проявлятися у двох формах: як синдром «рука-нога-рот» та як герпангіна (с. 270). Обидва стани є поширеними в дитячому віці та спричиняються ентеровірусами людини групи А. Герпангіна характеризується ізольованим ураженням слизової оболонки ротової порожнини, тоді як синдром «рука-нога-рот» супроводжується поєднанням уражень ротової порожнини та змін шкіри на долонях і підшвах.

**Діагностика**

Ґрунтується на клінічній картині:

- Короткочасна гарячка
- Невеликі болючі виразки на слизовій оболонці порожнини рота або язика
- Типовий папуловезикулярний висип, що вражає долоні та/або підшви та з'являється через 1–2 дні після появи виразок у роті. Вторинна бактеріальна шкірна інфекція не є поширеною.

- Зневоднення, що є результатом недостатнього споживання рідини внаслідок болю при ковтанні, викликаного болісними виразками в роті.

### Лікування

Лікування є значною мірою підтримувальним.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо лікування виразок у ротовій порожнині в домашніх умовах (робоча пам'ятка 26, с. 269).
- ▶ За наявності гною внаслідок вторинної бактеріальної інфекції призначайте мазь із тетрацикліном або хлорамфеніколом для місцевого застосування.

### 6.3.3 Гарячка, що триває більше ніж 7 днів

#### Анамнез і обстеження

Збирайте детальний анамнез (с. 253) та проводьте комплексне обстеження (с. 254), щоб встановити діагноз та уникнути непотрібних досліджень. Деякі причини тривалої гарячки, такі як септицемія, черевний тиф, міліарний ТБ, ВІЛ-інфекція або ІСВШ у дітей молодшого віку, можуть не мати місцевих ознак.

#### Дослідження

- ЗАК, включно з визначенням кількості тромбоцитів, рівня С-реактивного білка, ШОЕ, рівня прокальцитоніну
- Мазок крові або швидкий діагностичний тест на поширені ендемічні причини гарячки
- Аналіз сечі, у тому числі мікроскопія.

Крім того, залежно від підозрюваного діагнозу:

- Рентген ОГК
- Проба Манту
- Культуральне дослідження крові
- Специфічні серологічні дослідження
- Тестування на ВІЛ
- УЗД ОЧП.

Може бути необхідним направлення дитини на подальші дослідження.

## Диференціальна діагностика

Перегляньте стани, наведені в таблицях 38 (с. 260), 39 (с. 261) і 41 (с. 274). Врахуйте основні причини тривалої лихоманки, наведені в таблиці 44. Розглядайте найпоширеніші причини конкретно у вашому географічному регіоні. Якщо причини не виявлені, розглядайте можливість ревматологічних захворювань і злякисних новоутворень.

**Таблиця 44. Диференціальна діагностика гарячки, що триває більше ніж 7 днів**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Інфекції</b>	
<b>Інфекція сечовивідних шляхів (с. 397)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блювання, поганий апетит</li> <li>• Летаргія, дратівливість</li> <li>• Біль у животі, болючість у попереку або надлобковій ділянці</li> <li>• Часте сечовипускання або дизурія, нетримання сечі в дитини, яка раніше не мала таких проблем.</li> </ul>
<b>Туберкульоз (ТБ) (с. 705)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ТБ в сімейному анамнезі</li> <li>• Нез'ясовна втрата ваги, затримка нормального росту</li> <li>• Хронічний кашель</li> <li>• Збільшені лімфатичні вузли без болючості, здуття живота</li> <li>• Результати аускультатії і рентгену: первинний туберкульозний комплекс, туберкульозна пневмонія, мілярний ТБ.</li> </ul>
<b>Абсцес (с. 293)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локалізовані болючість або біль</li> <li>• Специфічні ознаки залежать від локалізації (абсцес печінки, піддіафрагмальний абсцес, псоас-абсцес, абсцес заочеревинного простору, легень, нирок)</li> <li>• Глибокий абсцес може проявлятися у формі самої лише гарячки без вогнищевих ознак.</li> </ul>
<b>Остеомієліт (с. 469)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локалізована болючість і набряк над кісткою</li> <li>• Локалізований біль і біль при русі</li> <li>• Відмова рухати ураженою кінцівкою або переносити вагу на ногу.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Інфекційний ендокардит (с. 366)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата ваги з незрозумілих причин</li> <li>• Збільшення селезінки</li> <li>• Блідість</li> <li>• Шуми в серці, супутня хвороба серця</li> <li>• Петехії, потовщення суглобів пальців, осколкові крововиливи під нігтями.</li> </ul>
<b>Бруцельоз (с. 294)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вживання сирого молока або інших молочних продуктів в анамнезі</li> <li>• Рецидивуюча або тривала гарячка</li> <li>• Нездужання, біль у кістках і м'язах, біль у нижній частині спини або стегні, збільшення селезінки, лімфаденопатія, блідість</li> <li>• Інформація про місцеву превалентність.</li> </ul>
<b>Хвороба Лайма (с. 295)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укуси кліщів в анамнезі</li> <li>• Місцева превалентність</li> <li>• Мігруюча еритема</li> <li>• Підвищення температури тіла, втома, головний біль, міалгія.</li> </ul>
<b>Кліщова гарячка (с. 297)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укуси вошей або кліщів в анамнезі</li> <li>• Інформація про місцеву превалентність</li> <li>• Повторювані епізоди (3–5 днів) високої температури тіла, ознобу, головного болю, болю в м'язах і суглобах, блювання</li> <li>• Відсутність симптомів між епізодами.</li> </ul>
<b>Марсельська гарячка (середземноморська плямиста гарячка) (с. 298)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Укуси кліщів в анамнезі</li> <li>• Раптове виникнення таких симптомів, як висока температура тіла, озноб, біль у м'язах і суглобах, сильний головний біль</li> <li>• Чорна виразкова кірка («tache noire») у місці укусу</li> <li>• Через 3–5 днів після початку гарячки виникає поширений макулярний висип, потім макулопапульозний, іноді петехіальний висип.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<p><b>Гарячка, пов'язана з інфікуванням вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) (с. 696)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійне або періодичне підвищення температури тіла</li> <li>• Рецидивуючі інфекції (3 або більше тяжких бактеріальних інфекцій протягом 12 місяців)</li> <li>• Молочниця ротової порожнини, хронічний паротит, генералізована лімфаденопатія, збільшення печінки без видимих причин, неврологічна дисфункція, ВІЛ-дерматит.</li> </ul>
<p><b>Менш поширене інфекційне захворювання в Європі.</b> Направте на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу.</p>	
<p><b>Черевний тиф</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подорожі в анамнезі</li> <li>• Тривале підвищення температури тіла</li> <li>• Закреп, діарея, блювання, біль у животі, головний біль, кашель, транзиторний висип, збільшення печінки та селезінки</li> <li>• У підлітків може спостерігатися сплутаність свідомості.</li> </ul>
<p><b>Ревматологічні захворювання</b></p>	
<p><b>Гостра ревматична лихоманка (с. 270)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нещодавно перенесені скарлатина або тонзиліт в анамнезі</li> <li>• Мігруючий біль у суглобах</li> <li>• Шуми в серці</li> <li>• Підшкірні вузли, ревматична еритема</li> <li>• Хорея Сиденгама.</li> </ul>
<p><b>Ювенільний ревматоїдний артрит (с. 475)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у суглобах та/або набряк одного або кількох суглобів протягом кількох тижнів</li> <li>• Тривале підвищення температури тіла</li> <li>• Висип (макулярний, зазвичай на тулубі)</li> <li>• Лімфаденопатія, збільшення селезінки та/або печінки.</li> </ul>
<p><b>Системний червоний вовчак</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тривале підвищення температури тіла</li> <li>• Втрата ваги</li> <li>• Блідість, втома</li> <li>• Висип (висип у формі метелика, світлочутливість)</li> <li>• Біль у суглобах та/або набряк суглобів</li> <li>• Лімфаденопатія.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Неопластичні захворювання</b>	
<b>Злоякісне новоутворення</b>	Будь-яка з таких ознак: рясне потовиділення, блідість, синці, збільшення печінки або селезінки, петехії, біль у кістках, що перешкоджає діяльності дитини, втрата апетиту, втрата ваги, блювання та втома, лімфаденопатія.
<b>Інше</b>	
<b>Делегований синдром Мюнхгаузена (с. 715)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Виникнення (повторне виникнення) симптомів і ознак або повідомлення про них лише у присутності одного з батьків чи опікуна</li> <li>• Поява нових симптомів одразу після усунення/зникнення попередніх</li> <li>• Незвично часте звернення за медичними послугами</li> <li>• Незвично погана відповідь на призначене лікування.</li> </ul>

### **Гарячка невідомого походження**

Гарячка невідомого походження — це підвищення температури тіла, задокументоване медичним працівником, причину якого неможливо встановити після 3-тижневого оцінювання в амбулаторних умовах або після 1-тижневого оцінювання в лікарні.

Більшість випадків спричинені атипovими проявами поширених захворювань.

До основних причин належать інфекції, ревматологічні захворювання, неопластичні захворювання та медикаментозна гарячка. Інформацію про додаткові та менш поширені причини для проведення подальших досліджень та лікування можна знайти в підручниках із педіатрії.

### **Абсцес**

Абсцес — це скупчення гною, зазвичай викликане бактеріальною інфекцією, що може розвинути в будь-якій частині тіла. Розрізняють два основних типи абсцесу: абсцес шкіри або м'яких тканин (с. 438) та внутрішній (глибокий) абсцес, що може розвинути в будь-якому органі або в просторах між органами. Внутрішні абсцеси складніше діагностувати, і вони можуть супроводжуватися тривалою гарячкою. Вони часто розвиваються як ускладнення наявного стану (напр., апендицит з ускладненнями, післяопераційне ускладнення).

## Ознаки і симптоми

Ознаки і симптоми внутрішнього (глибокого) абсцесу:

- Гарячка без очевидного вогнища інфекції
- Локалізовані болючість або біль, напр., при пальпації живота при підозрі на внутрішньочеревний абсцес
- Нездужання
- Специфічні ознаки залежать від локалізації (абсцес печінки, піддіафрагмальний абсцес, псоас-абсцес, абсцес заочеревинного простору, легень, нирок).

## Дослідження

- УЗД за наявності.

Направте на додаткові дослідження (магнітно-резонансна томографія (МРТ)) залежно від підозрюваної локалізації.

## Лікування і направлення

Направте пацієнта до спеціаліста для проведення подальшого оцінювання і лікування (черезшкірного дренивання або хірургічного втручання).

## Подальше спостереження

Забезпечте завершення курсу антибіотиків, призначених спеціалістом, відповідно до плану спеціаліста. Підбирайте антибіотик відповідно до результатів культурального дослідження та тестування на чутливість зразків рідини або гною, щойно вони стануть доступними.

## Бруцельоз

Бруцельоз, також відомий як «хвилеподібна гарячка», «середземноморська гарячка» або «мальтійська гарячка», — це інфекційне захворювання, яке передається людям через безпосередній контакт з інфікованими тваринами (великою рогатою худобою, козами, вівцями, свиньми, собаками) або при вживанні інфікованої їжі (сирого молока або інших молочних продуктів). Важливе значення мають місцеві дані про превалентність.

## Ознаки і симптоми

- Вживання сирого молока або інших молочних продуктів в анамнезі
- Інкубаційний період: 2–4 тижні, може бути довшим
- Рецидивуюча або тривала гарячка

- Нездужання, біль у кістках і м'язах, біль у нижній частині спини або стегні, головний біль
- Збільшення селезінки, збільшення печінки, лімфаденопатія, блідість.

### Ускладнення

Спондиліт, нейробруцельоз, ендокардит, пневмонія, абсцеси.

### Дослідження

- Аналіз крові: анемія, лейкопенія або лейкоцитоз, лімфоцитоз, тромбоцитопенія, незначне підвищення рівня С-реактивного білка та ШОЕ.

Підтвердження діагнозу на основі:

- Позитивного результату культурального дослідження крові або сечі (якщо потрібні інші зразки, напр., кістковий мозок, СМР або синовіальна рідина, направляйте пацієнта до лікарні) **або**
- Серологічного тестування на антитіла проти *Brucella* sp.: щонайменше чотирикратне підвищення титру антитіл за результатами тестування двох зразків, отриманих із інтервалом  $\geq 2$  тижні (під час гострої фази та через  $\geq 2$  тижні).

### Лікування

- ▶ Дітям віком  $\geq 8$  років призначайте доксициклін перорально (6 тижнів) **та** стрептоміцин в/м (2–3 тижні) або рифампіцин перорально (6 тижнів) (інформацію щодо дозування див. у додатку 4).
- ▶ Дітям віком  $< 8$  років призначайте триметоприм-сульфаметоксазол перорально (6 тижнів) **та** рифампіцин перорально (6 тижнів).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258).

### Направлення

Направляйте дитину до лікарні за наявності підозр на будь-які ускладнення та за необхідності проведення досліджень для підтвердження діагнозу за потреби.

### Хвороба Лайма

Хворобу Лайма, також відому як бореліоз Лайма, викликає спірохета *Borrelia burgdorferi*. Інфікування відбувається через укуси інфікованих клі-

щів роду *Ixodes*. Захворювання зазвичай виникає влітку. Важливе значення мають місцеві дані про превалентність. За відсутності лікування захворювання поширюється, зазвичай через 3–12 тижнів після укусу кліща, із загостренням симптомів і появою ускладнень.

### Ознаки і симптоми

- Укуси кліщів в анамнезі.

Рання локалізована стадія захворювання:

- Мігруюча еритема: ранні ураження шкіри мають вигляд кільця, що розширюється, із прозорою ділянкою в центрі на місці укусу кліща. Ураження можуть сильно відрізнятися за формою. Зазвичай вони не сверблять і не болять. Без лікування висип розростається.
- Підвищення температури тіла, втома, головний біль, міалгія.

Рання дисемінована стадія захворювання:

- Декілька мігруючих еритем
- Втрата здатності рухати однією або обома сторонами обличчя (периферичний параліч лицевого нерва)
- Сильний головний біль та ригідність потиличних м'язів (менінгіт)
- Прискорене серцебиття (кардит)
- Захворювання очей (кон'юнктивіт).

Пізня стадія захворювання:

- Біль у суглобах (артрит) — зазвичай виникає в одному суглобі (колінному).

### Дослідження

- У більшості випадків укус кліща та мігруюча еритема в анамнезі дозволяють встановити діагноз, і дослідження не потрібні. Серологічне дослідження на антитіла до *B. burgdorferi* або виявлення спірохет у мазку крові.

### Лікування

- ▶ На ранній стадії інфекції (мігруюча еритема) без ознак дисемінованого захворювання призначають прийом доксицикліну протягом 10 днів, **або** амоксициліну протягом 14 днів **або** цефуроксиму протягом 14 днів (інформацію про дозування див. у додатку 4). Більш тривале лікування є необхідним, якщо в дитини чи підлітка є інші клінічні прояви.

## Направлення

Направляйте пацієнта до спеціаліста або до лікарні за наявності ознак ранньої дисемінованої стадії інфекції.

## Профілактика

- ▶ Призначайте пацієнту профілактичну разову дозу доксицикліну 4,4 мг/кг (макс. 200 мг) перорально, ТІЛЬКИ протягом 72 годин після видалення кліща та якщо укусу кліща можна визначити як укусу із високим ризиком: якщо кліщ ідентифікований як *Ixodes* sp. ТА якщо укусу кліща стався у високоендемичному регіоні ТА кліщ прикріпився на  $\geq 36$  годин.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо запобігання укусам кліщів та надання допомоги при укусі кліща, якщо він стався (робоча пам'ятка 28).

## Кліщова рецидивуюча гарячка

Кліщову рецидивуючу гарячку викликають певні бактерії, що належать до роду *Borrelia*. Вона передається через укуси інфікованих кліщів. Важливе значення мають місцеві дані про превалентність.

### Робоча пам'ятка 28. Профілактика і лікування укусів кліщів

#### Як уникнути укусів кліщів і що робити, якщо укусу стався

- Вдягайте дитину в речі з довгими рукавами та штанинами, коли вона грається на ділянках, вкритих травою, або в лісі. Після ігор надворі роздягайте дитину та оглядайте одяг і все тіло, у тому числі складки шкіри, на наявність кліщів і укусів кліщів.
- У разі укусу якнайшвидше видаліть кліща (див. зображення).
- У разі появи симптомів (наприклад, мігруючої еритеми) зверніться по медичну допомогу.



**Видалення кліща:** витягніть кліща чистим пінцетом із тонкими кінцями, захопивши його якомога ближче до шкіри. Тягніть угору, безперервно та рівномірно натискаючи. Не викручуйте кліща.



## Анамнез

- Повторювані епізоди (3–5 днів) високої температури тіла з ознобом і пітливістю
- Неспецифічні симптоми під час епізоду гарячки: головний біль, міалгія, артралгія, нудота, блювання, біль у животі, діарея, кашель
- Відсутність симптомів між епізодами.

## Обстеження

У дітей можуть спостерігатися:

- Висип (макулярний на тулубі, петехії)
- Збільшення розмірів печінки та селезінки
- Жовтяниця
- Почервоніння очей
- Знижений рівень свідомості.

## Дослідження

Наявність спірохет у мазку крові (мікроскопія) підтверджує діагноз.

## Лікування

- ▶ Призначайте доксициклін перорально протягом 10 днів (див. дозування на с. 913). Якщо доксициклін протипоказаний (тяжка алергічна реакція, гепатотоксичність в анамнезі), призначайте еритроміцин перорально протягом 10 днів.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо запобігання укусам кліщів у майбутньому та надання допомоги при укусі кліща, якщо він стався (робоча пам'ятка 28).

## Марсельська гарячка (середземноморська плямиста гарячка)

Марсельську гарячку викликає бактерія *Rickettsia conorii*, яка зазвичай зустрічається в Середземноморському регіоні. Вона передається внаслідок укусів собачого кліща.

## Ознаки і симптоми

- Раптове виникнення таких симптомів, як висока температура тіла, озноб, біль у м'язах і суглобах, сильний головний біль
- Чорна виразкова кірка, відома як «tache noire» (чорний струп) у місці укусу
- Через 3–5 днів після початку гарячки з'являється обширний макулярний висип, який згодом стає макулопапульозним із круглими папулами, що нагадують гудзики, а іноді петехіальним. Висип спочатку виникає на кінцівках, на долонях і підшвах, після чого поширюється на тулуб і живіт.

## Дослідження

Серологічне дослідження, ПЛР і культуральне дослідження крові підтверджують діагноз.

## Лікування

- ▶ Призначайте доксициклін перорально протягом 7–10 днів (див. дозування на с. 913) негайно в разі виникнення підозр щодо захворювання, не чекаючи результатів лабораторних досліджень. Якщо доксициклін протипоказаний (тяжка алергічна реакція, гепатотоксичність в анамнезі), призначайте азитроміцин перорально протягом 7–10 днів.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при гарячці в домашніх умовах і часу повторного візиту (робоча пам'ятка 25, с. 258).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо запобігання укусам кліщів у майбутньому та надання допомоги при укусі кліща, якщо він стався (робоча пам'ятка 28, с. 297).

### 6.3.4 Повторювані епізоди гарячки

Повторювані або періодичні гарячкові синдроми визначаються як  $\geq 3$  епізоди гарячки невідомої етіології протягом 6 місяців, які виникають з інтервалом у щонайменше 7 днів. Епізоди гарячки зазвичай пов'язані з низкою симптомів, і між ними дитина або підліток зазвичай почуваються добре.

Оскільки епізоди гарячки є поширеними в дітей молодшого віку та переважно викликані повторюваними гострими вірусними інфекціями, може бути складно виявити повторювані гарячкові синдроми. Хоча вони не є поширеними в дитячому віці, важливо розпізнати їх для ранньої діагностики та забезпечення відповідного лікування (таблиця 45). Звертайтеся до

відповідних довідників з педіатрії та за потреби направляйте пацієнта до спеціаліста.

**Таблиця 45. Диференціальна діагностика повторюваних епізодів гарячки**

Характеристики	Диференціальна діагностика
<b>Епізоди гарячки через нерегулярні проміжки часу</b>	<p>Інфекції:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Вірусні: вірус Епштейна-Барр (ВЕБ), парвовірус В19 (с. 281), вірус простого герпесу (с. 268)</li> <li>• Атипові мікобактерії, бруцельоз (с. 294), бореліоз (с. 295)</li> <li>• Малярія.</li> </ul> <p>Запальні або аутоімунні захворювання:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ювенільний ревматоїдний артрит (с. 475)</li> <li>• Системний червоний вовчак</li> <li>• Рецидивуючий поліхондрит</li> <li>• Хвороба Крона</li> <li>• Синдром Бехчета.</li> </ul> <p>Злоякісні новоутворення:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Лімфома.</li> </ul>
<b>Епізоди гарячки через регулярні проміжки часу</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Синдром Маршалла</li> <li>• Циклічна нейтропенія.</li> </ul>
<b>Періодичні епізоди гарячки через регулярні проміжки часу</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сімейна середземноморська лихоманка (нижче)</li> <li>• Синдром гіпер-IgD</li> <li>• ВЕБ-інфекція.</li> </ul>

### Сімейна середземноморська лихоманка

Сімейна середземноморська лихоманка — це спадкове аутозапальне захворювання. Воно є найбільш поширеним у осіб турецького, вірменського, північноафриканського, єврейського та арабського походження.

#### Ознаки і симптоми

- Повторювані епізоди гарячки (1–3 дні) кожні 1–4 тижні (або довші епізоди), відсутність симптомів між епізодами

- Біль у суглобах (переважно в кульшових, колінних та гомілковостопних)
- Біль у животі (стерильний перитоніт)
- Біль у грудях (плеврит, однобічний)
- Висип, що нагадує бешиху.

### Направлення

Направляйте пацієнтів до спеціаліста для генетичного підтвердження та лікування.

### 6.3.5 Гарячка в дитини, що приїхала з-за кордону

Цей розділ стосується всіх дітей або підлітків, які повертаються з подорожей (туристичних або з метою відвідування друзів і родичів), а також після міжнародного всиновлення та імміграції.

#### Анамнез

- Детальна інформація про подорож (пункти призначення, тривалість подорожі), час після повернення, час появи симптомів
- Умови: сільська/міська місцевість, умови життя, висота над рівнем моря, сезон (сезон мусонів, сухий сезон)
- Впливи: неочищена вода, споживання їжі (непастеризовані молочні продукти, м'ясо, морепродукти, недостатньо термічно оброблені харчові продукти), купання у прісноводній водоймі, укуси комах (особливо комарів, кліщів), укуси тварин або інші контакти з тваринами, статеві контакти (якщо це відповідає віку), контакти з хворими особами
- Вакцинація, хіміопротекція малярії, одяг, сітки й репеленти від комах.

#### Обстеження

Проведіть комплексне фізикальне обстеження, звертаючи увагу на такі ознаки:

- Аускультация грудної клітки: свистячі хрипи, вологі хрипи
- Живіт: збільшення печінки, збільшення селезінки, болючість
- Огляд шкіри: блідість, жовтяниця, висип, пурпура, укуси
- Збільшення лімфатичних вузлів
- Неврологічне обстеження: сплутаність свідомості, фокальні дефіцити.

## Диференціальна діагностика

Окрім поширених захворювань, які супроводжуються гарячкою (див. таблиці 38 (с. 260), 39 (с. 261) і 41 (с. 274)), розглядайте завезені причини гарячки на основі супутніх ознак і тривалості гарячки, підсумовані в таблиці 46. Додаткову інформацію див. у відповідних розділах цього довідника або в інших підручниках. У відповідних випадках направляйте пацієнтів до спеціаліста або до лікарні.

**Таблиця 46. Диференціальна діагностика завезених випадків гарячки**

Супутні ознаки	Диференціальна діагностика
<b>Гарячка без місцевих ознак</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Малярія</li> <li>• Лихоманка денге</li> <li>• Черевний тиф</li> <li>• Шистосомоз</li> <li>• Туберкульоз (ТБ) (с. 705)</li> <li>• Гострий вірусний гепатит (с. 462)</li> <li>• Бруцельоз (с. 294)</li> <li>• Геморагічні гарячки</li> <li>• Лептоспіроз</li> <li>• Рикетсіоз</li> <li>• Амебний абсцес печінки (<i>Entamoeba histolytica</i>).</li> </ul>
<b>Гарячка з респіраторними симптомами</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Коронавірусна респіраторна інфекція (MERS-CoV, SARS-CoV-2) (с. 213)</li> <li>• ТБ (с. 705)</li> <li>• Хвороба легіонерів</li> <li>• Лептоспіроз</li> <li>• Гарячка Ку</li> <li>• Гострий шистосомоз</li> <li>• Малярія</li> <li>• Гістоплазмоз</li> <li>• Синдром Леффлера</li> <li>• Стронгілоїдоз</li> <li>• Грибкова інфекція.</li> </ul>

Супутні ознаки	Диференціальна діагностика
<b>Гарячка з неврологічними симптомами (знижений рівень свідомості, судоми)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Малярія</li> <li>• Вірусний або бактеріальний менінгіт (с. 264)</li> <li>• Японський енцефаліт</li> <li>• Африканський трипаносомоз</li> <li>• Нейроцистицеркоз</li> <li>• Чагарниковий тиф.</li> </ul>
<b>Гарячка з діареєю</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Черевний тиф</li> <li>• Шигельоз (с. 319)</li> <li>• Інші ентеропатогени, напр., <i>Campylobacter</i> sp.</li> <li>• Лихоманка денге</li> <li>• Малярія.</li> </ul>
<b>Гарячка з висипом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лихоманка денге</li> <li>• Чікунгунья</li> <li>• Черевний тиф</li> <li>• Вірус Зіка</li> <li>• Рикетсіоз</li> <li>• Кір (с. 277)</li> <li>• Хвороба Лайма (с. 295)</li> <li>• Гостре інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) (с. 696)</li> <li>• Геморагічні гарячки</li> <li>• Лептоспіроз</li> <li>• Чагарниковий тиф.</li> </ul>
<b>Гарячка з жовтяницею</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Малярія</li> <li>• Гострий вірусний гепатит (с. 462)</li> <li>• Лихоманка денге</li> <li>• Лептоспіроз</li> <li>• Бруцельоз (с. 294)</li> <li>• Жовта гарячка</li> <li>• Геморагічні гарячки</li> <li>• Чагарниковий тиф.</li> </ul>

Супутні ознаки	Диференціальна діагностика
<p><b>Гарячка зі збільшенням селезінки</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Малярія</li> <li>• Мононуклеозоподібний синдром (вірус Епштейна-Барр, цитомегаловірус, ВІЛ) (с. 283)</li> <li>• Вісцеральний лейшманіоз</li> <li>• Черевний тиф</li> <li>• Бруцельоз (с. 294)</li> <li>• Трипаносомоз</li> <li>• Шистосомоз.</li> </ul>
<p><b>Гарячка, що триває більше ніж 7 днів</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Малярія</li> <li>• Черевний тиф</li> <li>• ТБ (с. 705)</li> <li>• Вісцеральний лейшманіоз</li> <li>• Гарячка Ку</li> <li>• Бруцельоз (с. 294)</li> <li>• Токсоплазмоз</li> <li>• Гостра ВІЛ-інфекція (с. 696)</li> <li>• Шистосомоз.</li> </ul>

## 6.4 Діарея

<b>6.4.1</b>	<b>Гостра діарея (гастроентерит)</b>	<b>309</b>
	Відсутність зневоднення	311
	Помірне зневоднення	314
	Тяжке зневоднення	316
	Діарея й постійне блювання	316
<b>6.4.2</b>	<b>Антибіотикоасоційована діарея</b>	<b>318</b>
<b>6.4.3</b>	<b>Харчове отруєння</b>	<b>318</b>
<b>6.4.4</b>	<b>Дизентерія (кров'яниста діарея)</b>	<b>319</b>
<b>6.4.5</b>	<b>Стойка діарея</b>	<b>321</b>
	Постінфекційна діарея	325
	Харчова алергія та непереносимість харчових продуктів	325
	Алергія на молоко	327
	Непереносимість лактози	327
	Діарея в дітей раннього віку	328
	Синдром подразненого кишечника	329
	Лямбліоз	329
	Целиакія	330
	Запальні захворювання кишечника	331
<b>6.4.6</b>	<b>Гельмінти</b>	<b>332</b>

Діарея — це неоформлені чи водянисті випорожнення  $\geq 3$  рази на добу. Часті оформлені випорожнення або ж неоформлені «пастоподібні» випорожнення в дітей на грудному вигодовуванні не є діареєю.

- Важливими складовими надання допомоги дітям із діареєю є забезпечення регідратаційної терапії та консультування щодо подальшого грудного вигодовування.
- Для немовлят віком  $< 12$  місяців та дітей із недоїданням, що мають діарею, існує підвищений ризик тяжкого зневоднення.
- Антипротозойні засоби рідко показані.

**НЕ СЛІД** призначати протидіарейні або протиблювотні засоби на рутинних засадах: вони не запобігають зневодненню та не покращують харчового статусу, а деякі з них спричиняють небезпечні й іноді загрозливі для життя побічні ефекти.

**НЕ СЛІД** призначати антибіотиків дітям із водянистою діареєю.

## Анамнез

- Особливості випорожнень:
  - Частота випорожнень
  - Водянисті або «пастоподібні» випорожнення
  - Наявність крові у фекаліях
  - Випорожнення вночі
  - Кількість днів, протягом яких триває діарея.
- Супутні симптоми:
  - Біль у животі або здуття живота
  - Надмірні відрижка й газу
  - Епізоди діареї, болю чи спазмів у животі, що чергуються з закрепом
  - Нудота і блювання
  - Підвищення температури тіла
  - Поганий апетит, втрата маси тіла
  - Дратівливість
  - Напади плачу та блідість у немовлят.
- Інші фактори:
  - Нещодавнє лікування антибіотиками чи іншими препаратами
  - Наявність схожих симптомів у інших людей у школі чи вдома
  - Нещодавні подорожі.
- Харчування, анамнез харчування:
  - Соки чи підсолоджені цукром напої
  - Споживання сирих/не доведених до повної готовності м'ясних чи рибних продуктів.
- При стійкій діареї, що триває  $\geq 14$  днів:
  - Споживання харчових продуктів, до складу яких входить пшениця, ячмінь та жито (глютен), молока та молочних продуктів
  - Відомі супутні медичні стани, напр., муковісцидоз
  - Затримка росту (перевірте графік росту)
  - Запальні захворювання кишечника в сімейному анамнезі.

## Обстеження

- Ознаки незначного чи тяжкого зневоднення:
  - Неспокій чи дратівливість
  - Летаргія чи зниження рівня свідомості
  - Запалість очей

- Повільне чи дуже повільне розгладження шкірної складки після її стискання пальцями ( $\geq 2$  с)
  - Втрата маси тіла
  - Сильна спрага чи часте пиття або відмова від пиття рідини чи нездатність пити.
- Наявність крові у фекаліях
  - Ознаки тяжкого недоїдання
  - Утворення в черевній порожнині
  - Здуття живота
  - Висипання, пурпура, петехії
  - набряк суглобів
  - Втрата м'язової маси
  - Блідість
  - Висипання на шкірі.

### Дослідження

**НЕ СЛІД** на рутинних засадах проводити мікроскопічне чи культуральне дослідження фекалій у дітей із діареєю без домішок крові.

Дослідження можуть бути необхідними у випадку стійкої діареї (с. 321).

### Диференціальна діагностика

Зазвичай діарея є симптомом шлунково-кишкових інфекцій, спричинених вірусами, бактеріями чи паразитами, однак вона також може бути симптомом інших гострих чи хронічних станів.

Основні причини діареї див. у таблиці 47, с. 308.

При стійкій діареї, що триває  $\geq 14$  днів, див. таблицю 49, с. 321.

При діареї в дітей, які мають подорожі в анамнезі або які прибули з-за кордону, див. таблицю 46, с. 302.

**Таблиця 47. Диференціальна діагностика діареї та інших проблем, пов'язаних із органами черевної порожнини**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Гостра діарея</b> (гастроентерит) (с. 309)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блювання</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Біль у животі (коліки)</li> <li>• Відсутність крові у фекаліях.</li> </ul>
<b>Антибіотикоасоційована діарея</b> (с. 318)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нещодавнє чи поточне лікування пероральними антибіотиками широкого спектру дії.</li> </ul>
<b>Харчове отруєння</b> (с. 318)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Подібні симптоми в людей, які споживали ту саму їжу</li> <li>• Спазмоподібний біль у животі</li> <li>• Можлива швидка поява ознак.</li> </ul>
<b>Дизентерія</b> (с. 319)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кров у фекаліях (яку ви побачили або про яку вам повідомили).</li> </ul>
<b>Апендицит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий біль у правому нижньому квадранті</li> <li>• Ригідність живота, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та їх болючість, перитоніт</li> <li>• Підвищення температури тіла, анорексія, нудота, блювання, закріп чи діарея.</li> </ul>
<b>Інвагінація кишечника</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немовля чи дитина молодшого віку</li> <li>• Утворення в черевній порожнині</li> <li>• Блювання</li> <li>• Хворобливий вигляд</li> <li>• Раптові епізоди плачу/болю, що супроводжуються блідістю й слабкістю</li> <li>• Кров та слиз у фекаліях (пізня ознака).</li> </ul>
<b>Гельмінти</b> (с. 332)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невеликі білі черви або великі фрагменти черв'яків у фекаліях</li> <li>• Свербіння в ділянці навколо ануса, особливо вночі, проблеми зі сном та неспокій</li> <li>• Анорексія, нудота, блювання, діарея, біль у животі, здуття живота</li> <li>• Подорожі до ендемічних районів або споживання сирих/не доведених до повної готовності м'ясних чи рибних продуктів в анамнезі.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Коронавірусна хвороба-2019 (COVID-19) (с. 213)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контакт із людиною, хворою на COVID-19, в анамнезі</li> <li>• Підвищення температури тіла, кашель, прискорене дихання, западання нижньої частини грудної клітки</li> <li>• Діарея, блювання</li> <li>• Головний біль, біль у м'язах, втома</li> <li>• Втрата нюху, втрата смаку.</li> </ul>
<b>Холера</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рясна водяниста діарея з тяжким зневодненням під час спалаху холери.</li> </ul>

### 6.4.1 Гостра діарея (гастроентерит)

Гостра діарея зазвичай триває менше ніж 7 та не більше ніж 14 днів. Гостра діарея — дуже поширений стан, особливо серед дітей віком до 5 років. Її можуть спричиняти декілька вірусів і бактерій. Найпоширенішою причиною гострої діареї, яка часто приводить до зневоднення, є ротавіру. Він став менш поширеним завдяки впровадженню широкомасштабної вакцинації.

#### Ознаки і симптоми

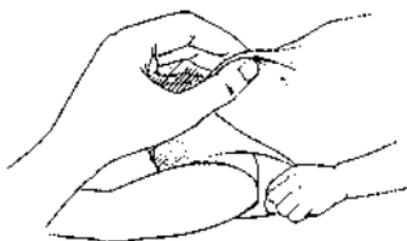
- Гостра водяниста діарея
- Нудота, блювання
- Підвищення температури тіла
- Спазми в животі (коліки)
- Ознаки зневоднення (див. нижче).

#### Оцінювання зневоднення

Головним ризиком при діареї є зневоднення. Тому для кожної дитини з діареєю необхідно визначити стан гідратації (**відсутність зневоднення, помірне зневоднення** чи **тяжке зневоднення** (таблиця 48)) та забезпечувати відповідне лікування. Оцінюйте загальний стан дитини, огляньте її на предмет запалості очей, проведіть тест із формуванням шкірної складки та запропонуйте їй рідину, щоб перевірити наявність сильної спраги.

**Таблиця 48. Класифікація ступенів зневоднення в дітей із діареєю**

Ступінь	Ознаки чи симптоми
<b>Відсутність зневоднення</b>	Недостатньо ознак, щоб класифікувати зневоднення як помірне чи тяжке
<b>Помірне зневоднення</b>	<p>≥ 2 з таких ознак:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Неспокій, дратівливість</li> <li>■ Запалість очей</li> <li>■ Часте пиття, сильна спрага</li> <li>■ Повільне розгладження шкірної складки.</li> </ul>
<b>Тяжке зневоднення</b>	<p>≥ 2 з таких ознак:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Летаргія чи відсутність свідомості</li> <li>■ Запалість очей</li> <li>■ Нездатність пити або відмова від пиття</li> <li>■ Дуже повільне розгладження шкірної складки (≥ 2 с).</li> </ul>



**Формування складки шкіри на животі дитини для тестування на тургор шкіри**



**Повільне розгладження шкірної складки при тяжкому зневодненні**



**Запалість очей**

## Дослідження

- Потреби у проведенні досліджень на рутинних засадах немає
- Мікробіологічні дослідження фекалій (посів та мікроскопія) в дітей із тривалими симптомами, супутніми хронічними станами, дітей у тяжкому стані та дітей, які мають подорожж в анамнезі.

## Лікування

Гостра діарея (гастроентерит) зазвичай минає сама собою.

Важливими складовими надання допомоги дітям із діареєю є забезпечення регідратаційної терапії та консультування щодо подальшого грудного вигодовування й профілактики:

- ▶ Починайте лікування залежно від ступеня зневоднення:
  - **Відсутність зневоднення:** призначайте лікування діареї вдома відповідно до плану лікування А (с. 313)
  - **Помірне зневоднення:** давайте рідини відповідно до плану лікування В (с. 315)
  - **Тяжке зневоднення:** терміново направляйте дитину до лікарні. Чекаючи на транспортування, починайте вводити рідини відповідно до плану лікування С (с. 317).

**НЕ** призначайте протидіарейних засобів.

**НЕ** призначайте антибіотики дітям із гострою водянистою діареєю.

## Подальше спостереження

- ▶ Призначайте контрольний візит через 5–7 днів дітям, у яких відсутнє зневоднення або наявне помірне зневоднення, у разі відсутності покращення стану.
- ▶ Перевіряйте статус вакцинації проти ротавірусу (с. 87).

## Відсутність зневоднення

Дітей із діареєю, у яких зневоднення відсутнє, можна лікувати вдома. Для них потрібно забезпечити надходження в організм додаткової рідини для запобігання зневодненню та відповідне для їхнього віку здорове харчування (с. 96), зокрема подальше грудне вигодовування.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо лікування вдома (вставка 1А) та щодо того, коли потрібно прийти на повторний прийом.

## ВІДСУТНІСТЬ ЗНЕВОДНЕННЯ

- ▶ Переконайтеся в тому, що опікуни знають, як правильно готувати РПР, за потреби навчять їх робити це. Склад РПР див. у додатку 6.
- ▶ Рекомендуйте опікунам продовжувати годування (для немовлят) або забезпечувати здорове харчування для дітей та підлітків (с. 109).
- ▶ Якщо дитина зазвичай не отримує грудного вигодовування, розглядайте можливість повернення до грудного вигодовування (с. 99) або годування звичайними заміниками грудного молока.
- ▶ Призначайте добавки з цинком: одна таблетка (20 мг) на добу протягом 10–14 днів для дітей віком  $\geq 6$  місяців, які живуть у районах із високою превалентністю дефіциту цинку або які мають ознаки недоїдання.
- ▶ Інструкуйте опікунів, як давати дитині добавки з цинком:
  - Для немовлят слід розчинити таблетку в невеликій кількості чистої води, зцідженого молока чи РПР у невеликій чашці чи ложці.
  - Старші діти можуть розжувати таблетку або випити її, розчинену в невеликій кількості чистої води у чашці чи ложці.

**Консультування й заходи з гігієни**

- ▶ Консультуйте членів сім'ї щодо заходів із гігієни та профілактики діареї:
  - Частіше мити руки з милом та водою:
    - Після відвідування вбиральні
    - Після перевірки того, як дитина сходила в туалет
    - Після зміни підгузків
    - Перед приготуванням або вживанням їжі.
  - Використовувати різні рушники для дитини з діареєю та для інших членів сім'ї.
  - Виключно грудне вигодовування — найкращий спосіб профілактики діареї упродовж перших 6 місяців життя.

**НЕ СЛІД** відпускати дитину з гострою діареєю чи блюванням до дитячого садка чи до школи.

## Вставка 1А. Лікування діареї: план А

### Лікування діареї вдома

► **Давайте дитині стільки додаткової рідини, скільки вона хоче й може випити**, для запобігання зневодненню.

- Часто годуйте дитину грудьми та збільшуйте тривалість кожного годування.
- Якщо дитина перебуває виключно на грудному вигодовуванні, крім грудного молока, давайте їй розчин для пероральної регідrataції (РПР) або чисту воду.
- Якщо дитина не перебуває виключно на грудному вигодовуванні, давайте їй один або декілька видів таких рідин: РПР, харчові рідини (напр., суп, рисову воду та питні йогурти) або чисту воду.
- Не давайте дитині напоїв із високим вмістом цукру.
- На додаток до звичайного пиття, давайте РПР після кожного рідкого випорожнення:  
50–100 мл для дітей віком < 2 років  
100–200 мл для дітей віком 2 роки чи старше.

### Як готувати та давати РПР

- Вимийте руки з милом та водою.
- Розчиніть вміст 1 пакетика РПР в 1 літрі чистої води.
- Не зберігайте готовий РПР протягом більш ніж однієї доби.
- Давайте дитині робити часті маленькі ковтки з чашки чи ложки.
- Якщо дитину знудить, почекайте 10 хв. Продовжуйте далі давати рідину, але повільніше.
- Продовжуйте давати додаткову рідину, поки діарея не мине.

► **Продовжуйте вигодовування та забезпечуйте нормальне здорове харчування.**

► **Дайте дитині парацетамол, якщо в неї підвищена температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес.**

► Зазвичай діарея триває 5–7 днів, однак може зберігатися до 2 тижнів.

► **Негайно прийдіть на повторний прийом** якщо:

- стан дитини погіршиться (відсутність реакції, відсутність активності)
- дитина не може пити або смоктати грудне молоко
- дитина відмовлятиметься пити
- у дитини зберігається підвищена температура тіла протягом більше ніж 2–3 днів
- у дитини наявна кров у фекаліях.

► Приходьте на повторний прийом через 5–7 днів, якщо дитина не матиме жодної із зазначених ознак, але її стан не покращуватиметься.

## Помірне зневоднення

- ▶ Дотримуйтеся плану лікування діареї В (вставка 1В) або розглядайте доцільність направлення до лікарні, якщо у вашому закладі охорони здоров'я неможливо забезпечити дитині відповідне лікування за планом.
- ▶ Проводьте повторне оцінювання через 4 год або раніше, якщо дитина відмовлятиметься приймати РПР або якщо її стан погіршуватиметься:
  - За відсутності зневоднення консульуйте опікунів щодо лікування вдома (план лікування А, див. вставку 1А, с. 313).
  - Якщо у дитини досі помірний ступінь зневоднення і вона НЕ п'є достатньої кількості рідини, направляйте її до лікарні.
  - За наявності ознак тяжкого зневоднення, терміново направляйте дитину до лікарні (дотримуйтеся плану лікування С, с. 317).
- ▶ Якщо дитина неспокійна, дратівлива або має судоми, за можливості перевірте рівень глюкози чи електrolітів у крові та направте до лікарні. Чекаючи на транспортування, забезпечуйте надання дитині відповідної допомоги. Якщо рівень глюкози в крові виміряти неможливо, введіть глюкозу в/в або дайте цукор перорально.

## Годування

При лікуванні діареї важливо продовжувати повноцінне годування:

- ▶ Протягом перших 4 год регідратації не давайте дитині жодної іншої їжі, окрім грудного молока. Дітей на грудному вигодовуванні слід продовжувати часто годувати грудьми протягом епізоду діареї. Якщо дитина не здатна смоктати молоко, розгляньте можливість її годування зцідженим грудним молоком перорально з чашки або за допомогою назогастрального зонда.
- ▶ Якщо після 4 год у дитини зберігається помірне зневоднення, і їй продовжують давати РПР, забезпечте годування дитини через кожні 3–4 год.
- ▶ Усім дітям віком  $\geq 6$  місяців потрібно дати трохи поїсти, перш ніж відправляти їх додому.

## Вставка 1В. Лікування діареї: план В

### Лікування помірного зневоднення за допомогою розчину для пероральної регідратації (РПР)

- ▶ Упродовж 4 годин слід давати дитині рекомендовану кількість РПР.

Визначте, скільки РПР потрібно дати дитині протягом перших 4 год:

Вік <sup>a</sup>	< 4 місяці	Від 4 до 12 місяців	Від 12 місяців до 2 років	Від 2 до 5 років
Маса тіла	< 6 кг	6–< 10 кг	10–< 12 кг	12–19 кг
	200–400 мл	400–700 мл	700–900 мл	900–1400 мл

<sup>a</sup> Орієнтуйтеся на вік дитини, лише якщо ви не знаєте її маси тіла. Приблизний необхідний об'єм РПР (у мл) можна розрахувати, помноживши масу тіла дитини (у кг) на 75.

Якщо дитина хоче випити більше РПР, ніж зазначено в рекомендації, дозвольте їй випити більше.

- ▶ **Інструкуйте опікунів, як давати дитині РПР:**

Дітям віком < 2 років слід давати 1 чайну ложку кожні 1–2 хвилини. Дітям старшого віку слід давати робити часті маленькі ковтки з чашки. Матерям, що годують грудьми, слід годувати дитину грудьми, коли вона цього хоче.

- ▶ **Слід регулярно перевіряти стан дитини для своєчасного виявлення можливих проблем:**

Якщо дитину знудить, почекайте 10 хв і далі продовжуйте давати їй РПР, але повільніше (напр., одну ложку кожні 2–3 хв). У разі появи набряку повік, припиніть давати РПР, зменште об'єм рідини, яку ви даєте дитині, та продовжте годування грудним молоком. Зважуйте дитину та відстежуйте об'єм діурезу.

- ▶ **Через 4 год:**

Проведіть повторне оцінювання стану дитини та визначте ступінь зневоднення.

Оберіть відповідний план для подальшого лікування.

Почніть годувати дитину у клініці.

- ▶ **Якщо опікун не може залишитися до завершення лікування:**

Покажіть опікуну, скільки РПР слід давати дитині для завершення 4-годинного лікування вдома.

Проведіть консультацію щодо лікування вдома (план лікування А, с. 313).

### Тяжке зневоднення

- ▶ Терміново направляйте дитину до лікарні для в/в регідратації та забезпечення ретельного моніторингу.
- ▶ Чекаючи на транспортування, починайте регідратацію за планом лікування діареї С (вставка 1С):
  - негайно починайте інфузійну терапію.
  - Якщо дитина може пити, давайте їй стільки РПР, скільки вона може випити. Видавайте РПР опікунам, щоб вони продовжували давати його дитині по дорозі до лікарні.
  - Якщо дитина перебуває на грудному вигодовуванні, матері слід продовжувати годувати її грудьми по дорозі до лікарні.

**Примітка:** найефективнішими інфузійними розчинами для регідратації є ізотонічні розчини: лактат Рінгера (розчин Хартмана) та звичайний фізіологічний розчин (0,9 NaCl).

**НЕ** використовуйте 5% розчин глюкози (декстрози) або 0,18% фізіологічний розчин з 5% розчином декстрози, оскільки вони підвищують ризик гіпонатріємії і, як наслідок, набряку мозку.

### Діарея й постійне блювання

Блювання в дітей із гострою діареєю (гастроентеритом) зазвичай минає самостійно через 1–3 дні.

- ▶ Розглядайте інші можливі причини блювання (таблиця 50, с. 337).
- ▶ У дітей віком > 6 місяців із постійним блюванням, що перешкоджає дотриманню плану пероральної регідратації та годуванню, розглядайте доцільність призначення ондансетрону в дозуванні 0,15 мг/кг однією дозою перорально або в/в. Пам'ятайте про побічні ефекти, які може викликати ондансетрон:
  - З боку серця: слід з обережністю призначати засіб дітям, які мають ризик подовження інтервалу QT (захворювання, прийом інших препаратів), та дітям із важкими порушеннями водно-електролітного балансу
  - Збільшення часу проходження їжі через ШКТ: перевірте наявність ознак непрохідності кишечника (с. 339).

**НЕ** призначайте інших протиблювотних препаратів.

## Вставка 1С. Лікування діареї: план С

### Швидко надавайте допомогу при тяжкому зневодненні

→ Рухайтеся по стрілках. Якщо відповідь «ТАК», рухайтесь вбік. Якщо «НІ» — вниз.

#### ПОЧАТОК

Чи можете ви негайно забезпечити інфузійну терапію?

ТАК

- ▶ Негайно почніть інфузійну терапію. Якщо дитина може пити, давайте їй розчин для пероральної регідратації (РПР), поки встановлюється система для інфузій. Вводьте лактат Рінгера (або, у разі його відсутності, звичайний фізіологічний розчин) з розрахунку 100 мл/кг за такою схемою:

Вік	Спершу 30 мл/кг протягом:	Потім 70 мл/кг протягом:
Немовлята (віком < 12 місяці)	1 год <sup>a</sup>	5 год
Діти (віком від 12 місяців до 5 років)	30 хв <sup>a</sup>	2,5 год

<sup>a</sup> Якщо радіальний пульс досі слабкий або відсутній, повторіть процедуру

НІ

Чи можливо упродовж 30 хв почати інфузійну терапію в закладі поблизу?

ТАК

- Проведіть повторне оцінювання стану дитини кожні 15–30 хв. За відсутності покращення стану гідратації пришвидшіть внутрішньовенне введення розчину. При цьому не допускайте гіпергідратації.
- ▶ Додатково починайте давати РПР (орієнтовно 5 мл/кг/год), щойно дитина зможе пити: зазвичай через 3–4 год (для немовлят) та 1–2 год (для дітей).
- Проведіть повторне оцінювання стану немовляти через 6 год, а дитини — через 3 год. Визначте ступінь зневоднення. Після цього оберіть відповідний план — А, В чи С) для подальшого лікування.

НІ

Чи вмієте ви проводити регідратацію за допомогою назогастрального зонда?

ТАК

- ▶ **Терміново** направте до лікарні для інфузійної терапії.
- ▶ Якщо дитина може пити, дайте опікунам РПР та покажіть їм, як давати дитині робити часті ковтки під час транспортування.

НІ

Чи може дитина пити?

ТАК

- ▶ Почніть регідратацію за допомогою РПР із використанням зонда (або перорально): давайте 20 мл/кг/год упродовж 6 год (всього 120 мг/кг).
- Проведіть повторне оцінювання стану дитини кожні 1–2 год:
  - У випадку повторюваного блювання чи посилення здуття живота давайте рідину повільніше.
  - Якщо через 3 год стан гідратації не покращується, направляйте дитину на інфузійну терапію.
- Через 6 год проведіть повторне оцінювання стану дитини та визначте ступінь зневоднення. Після цього оберіть відповідний план — А, В чи С) для подальшого лікування.

НІ

**ТЕРМІНОВО** направте до лікарні для проведення інфузійної терапії або лікування за допомогою назогастрального зонда.

**Примітка:** за можливості поспостерігайте за дитиною протягом щонайменше 6 год після регідратації, щоб переконатися в тому, що опікун може підтримувати водний баланс, даючи дитині РПР перорально.

### 6.4.2 Антибіотикоасоційована діарея

Багато популярних антибіотиків можуть викликати антибіотикоасоційовану діарею, оскільки змінюють кишкову флору. До таких антибіотиків належать амоксицилін, амоксицилін/клавуланат та цефалоспорини. У більшості випадків діарея минає через декілька днів. Іноді розвивається хронічна діарея. У таких випадках головним патогеном є *Clostridium difficile*.

#### Діагностика

На основі анамнезу: розвиток діареї в дитини, яка нещодавно приймала курс антибіотиків для перорального застосування.

#### Лікування

Антибіотикоасоційована діарея, як правило, не є показанням для зміни антибіотиків:

► Консультуйте опікунів щодо лікування діареї вдома (вставка 1А, с. 313).

### 6.4.3 Харчове отруєння

Причиною харчових отруєнь є споживання контамінованих харчових продуктів. Найчастіше харчові отруєння викликають такі збудники як *Campylobacter*, *Salmonella*, *E. coli* spp. та *Staphylococcus aureus*. Симптоми можуть з'являтися через декілька годин після споживання контамінованих харчових продуктів, але зазвичай проявляються через 12–48 годин.

#### Діагностика

На основі анамнезу:

- Подібні симптоми в людей, які споживали ту саму їжу
- Блювання, діарея (зазвичай водяниста діарея)
- Спазмодібний біль у животі
- Підвищення температури тіла
- Погане самопочуття.

#### Лікування

Захворювання зазвичай минає самостійно через 1–3 дні.

**НЕ СЛІД** призначати протидіарейні засоби.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо лікування вдома (вставка 1А, с. 313): давати додаткову рідину, продовжувати грудне вигодовування/годування, знати, коли варто повторно звертатися до лікаря.
- ▶ Нагадуйте членам сім'ї про важливість відповідного зберігання харчових продуктів, дотримання правил гігієни рук та належного приготування їжі.

#### 6.4.4 Дизентерія (кров'яниста діарея)

Дизентерія — це діарея, що характеризується частими неоформленими випороженнями, які містять видимі домішки крові (а не лише декілька крапель крові на поверхні). Дизентерію найчастіше викликає *Shigella* (збудник бактеріальної дизентерії) або *Entamoeba histolytica* (збудник амебної дизентерії, що рідко зустрічається в дітей), проте її причиною можуть бути й інші патогени.

##### Ознаки і симптоми

- Часті неоформлені випороження, що містять видимі домішки крові.

Також можуть спостерігатися такі симптоми:

- Біль у животі
- Підвищення температури тіла
- Летаргія
- Зневоднення (с. 310)
- Випадання прямої кишки.

##### Дослідження

Надсилайте свіжі зразки фекалій для проведення мікроскопічного й культурального досліджень.

##### Диференціальна діагностика

Розглядайте інші можливі причини: інвагінацію кишечника у немовлят (с. 339), мальротацию, заворот кишок, коліт унаслідок алергії на коров'яче молоко (с. 327), запальне захворювання кишечника (с. 331), харчове отруєння (с. 318), хворобу Шенлейна-Геноха (с. 445).

##### Ускладнення

Шигельоз може викликати такі небезпечні для життя ускладнення як: тяжке зневоднення (с. 316), зниження рівня калію, випадання прямої киш-

## ДИЗЕНТЕРІЯ (КРОВ'ЯНИСТА ДІАРЕЯ)

ки, судоми, перфорація кишечника, токсичний мегаколон та гемолітико-уремічний синдром (ГУС) (с. 391).

### Лікування

Більшість дітей можна лікувати вдома за допомогою підтримувальної терапії, зокрема шляхом профілактики зневоднення чи відновлення водного балансу і продовження годування.

**НЕ** призначайте препарати для полегшення болю в животі чи ректального болю або для зменшення частоти випорожнень, оскільки вони можуть збільшувати тривалість захворювання або викликати інвазивні інфекції.

- ▶ Оцінюйте наявність ознак зневоднення (с. 310) та давайте дитині рідину відповідно до ступеня зневоднення.
- ▶ Консультуйте членів сім'ї щодо підтримання належного харчування (с. 96). Часто через відсутність апетиту в дитини можуть виникати труднощі з годуванням. Відновлення апетиту є важливою ознакою покращення стану.
- ▶ При водянистій діареї призначайте дитині добавки з цинком (с. 312).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо лікування вдома (вставка 1А, с. 313).
- ▶ Призначайте 15 мг/кг ципрофлоксацину перорально 2 рази на добу протягом 3 днів, якщо чутливість до антибіотиків невідома. Якщо чутливість до антимікробних препаратів відома, дотримуйтеся місцевих настанов. У регіонах із високими рівнями резистентності *Shigella* до ципрофлоксацину призначайте цефтріаксон або азитроміцин.
- ▶ Якщо в дитини діагностовано амебіаз, призначайте тинідазол або метронідазол протягом 5 днів (інформацію щодо дозування див. у додатку 4).

**Примітка:** на сьогодні поширена резистентність бактерії *Shigella* до ампіциліну, ко-тримоксазолу, налідиксової кислоти, тетрацикліну, гентаміцину та цефалоспоринів першого і другого покоління. На сьогодні зазначені антибіотики не є ефективними. Крім того, у деяких країнах уже повідомлялося про резистентність до ципрофлоксацину.

### Подальше спостереження

Призначайте контрольний візит через 2–3 дні після початку лікування та перевіряйте, чи є ознаки покращення стану дитини, такі як відсутність підвищеної температури тіла, зменшення частоти випорожнень та зменшення

вмісту крові в них, покращення апетиту. За відсутності покращення стану направляйте дитину до лікарні.

### Направлення

Терміново направляйте до лікарні:

- Немовлят віком < 2 місяці
- Дітей із тяжким зневодненням
- Тяжко хворих дітей: із сильною гарячкою (> 39°C), летаргією, здуттям живота, болем та болючістю в ділянці живота, відсутніми кишковими шумами, судомами, зниженим рівнем свідомості, блідістю, відсутністю чи зменшенням діурезу, тяжким недоїданням.

#### 6.4.5 Стійка діарея

Стійка діарея — це діарея з домішками чи без домішок крові, що триває  $\geq 14$  днів. За наявності помірного чи тяжкого зневоднення стійку діарею класифікують як «тяжку».

Зазначені нижче рекомендації є застосовними для дітей зі стійкою діареєю, але *без тяжкого недоїдання*.

Іноді діти зі стійкою чи повторюваною діареєю можуть мати стани, що вимагають специфічного лікування або направлення до спеціаліста.

### Анамнез і обстеження

Збирайте анамнез та проводьте комплексне обстеження (с. 306)

Оцінюйте ознаки та визначайте ступінь зневоднення (таблиця 48, с. 310).

## Диференціальна діагностика

Таблиця 49. Диференціальна діагностика стійкої діареї залежно від віку

Діагностика	Фактори на користь
<b>Усі вікові групи</b>	
<b>Постінфекційна діарея (с. 325)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нещодавно перенесений гострий гастроентерит.</li> </ul>
<b>Харчова алергія (с. 325)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Висипання на шкірі</li> <li>• Біль у животі, повільний ріст, нудота та блювання.</li> </ul>
<b>Імунодефіцит (вроджений або набутий)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Клінічні ознаки інфікування вірусом імунодефіциту людини (с. 696)</li> <li>• Рецидивуючі інфекції</li> <li>• Молочниця ротової порожнини.</li> </ul>
<b>Від 6 до 12 місяців</b>	
<b>Алергія на коров'яче молоко (с. 327)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поява протягом перших місяців життя</li> <li>• Блювання, гастроєзофагеальний рефлюкс, коліки, закрп, атопічний дерматит (екзема).</li> </ul>
<b>Муковісцидоз (кістозний фіброз) (с. 668)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійний кашель, що починається невдовзі після народження</li> <li>• Рецидивуючі інфекції органів грудної клітки</li> <li>• Рецидивуючі синусові інфекції, поліпи в носі</li> <li>• Затримка росту, рідкі жирні випороження.</li> </ul>
<b>Від 6 місяців до 5 років</b>	
<b>Діарея у дітей раннього віку (функціональна діарея) (с. 328)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Водянисті чи неоформлені випороження <math>\geq 4</math> рази на добу за відсутності інших симптомів</li> <li>• Дитина здорова, вона належним чином росте й набирає вагу</li> <li>• Пов'язана з питтям великої кількості соків чи підсолоджених цукром напоїв.</li> </ul>
<b>Целіакія (непереносимість глютену) (с. 330)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у животі, здуття живота, анорексія, стійка чи повторювана діарея</li> <li>• Затримка росту або втрата маси тіла</li> <li>• Дратівливість, втрата м'язової маси, блідість.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Непереносимість лактози (с. 327)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Пов'язана зі споживанням молока (молочних продуктів)</li> <li>Біль у животі, здуття живота, метеоризм.</li> </ul>
<b>Лямбліоз (с. 329)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Діарея та відрижка з неприємним запахом</li> <li>Біль або спазми в животі, метеоризм, відчуття здуття живота</li> <li>Втрата ваги.</li> </ul>
<b>&gt; 5 років</b>	
<b>Синдром подразненого кишечника (с. 329)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Часто зустрічається в підлітків</li> <li>Епізоди болю чи спазмів у животі та діарея, що чергуються із закрепом.</li> </ul>
<b>Запальні захворювання кишечника</b> (виразковий коліт, хвороба Крона) <b>(с. 331)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Періодична діарея, наявність крові у випороженнях, втрата маси тіла, втома</li> <li>Орофациальний гранулематоз, виразки в ротовій порожнині</li> <li>Запальні захворювання кишечника в сімейному анамнезі.</li> </ul>

## Лікування

Оцінюйте ступінь зневоднення (с. 310) та призначайте дитині лікування з його врахуванням:

- ▶ При нетяжкій стійкій діарейі (за відсутності ознак зневоднення) призначайте дитині лікування вдома із забезпеченням належного харчування та отримання додаткових рідин: консультиуйте опікунів щодо лікування вдома та дотримуйтеся плану лікування діарейі А (с. 313).
- ▶ При тяжкій стійкій діарейі (за наявності помірного чи тяжкого зневоднення) у відповідних випадках забезпечуйте надходження до організму рідин згідно з планом лікування В або С (див. с. 315 та 317) та направляйте дитину до лікарні.

**Примітка:** РПР є ефективними для більшості дітей зі стійкою діареєю. Деякі діти мають знижену абсорбцію глюкози. Коли вони отримують РПР, об'єми їхніх випорожнень збільшуються, у них посилюється відчуття спраги, а також розвиваються чи посилюються ознаки зневоднення. Таких дітей слід госпіталізувати для проведення в/в регідратації доти, доки прийом РПР не стане можливим без посилення діарейі.

► Визначайте конкретну причину стійкої діареї (таблиця 49) та забезпечуйте відповідне лікування.

**НЕ** призначайте лікування антибіотиками на рутинних засадах, адже воно не завжди ефективне і може збільшувати тривалість діареї.

► Розглядайте доцільність призначення антибіотикотерапії дітям зі специфічними інфекціями:

— Обстежуйте кожну дитину зі стійкою діареєю на предмет *некишкових інфекцій*, таких як пневмонія (с. 208), сепсис (с. 255), ІСВШ (с. 397), молочниця ротової порожнини (с. 150) та середній отит (с. 236), і забезпечуйте відповідне лікування.

— *Кишкові інфекції*. Лікуйте стійку діарею з домішками крові у випорожненнях антибіотиками для перорального застосування, активними проти *Shigella* (с. 320). Дітям із лямбліозом призначайте лікування антибіотиками для перорального застосування (с. 330).

► Призначайте щоденний прийом додаткових мультивітамінів та мінералів протягом 2 тижнів. Вони повинні забезпечити насичення організму широким спектром вітамінів та мінералів, зокрема фолієвою кислотою, вітаміном А, цинком, магнієм та міддю в обсягах, що вдвічі перевищують рекомендовану добову норму. Орієнтовні рекомендовані добові норми для 1-річної дитини:

- |                            |                  |
|----------------------------|------------------|
| — Фолієва кислота: 50 мкг; | — Залізо: 10 мг; |
| — Цинк: 10 мг;             | — Мідь: 1 мг;    |
| — Вітамін А: 400 мкг;      | — Магній: 80 мг. |

### Годування

Важливо приділяти особливу увагу годуванню дітей зі стійкою діареєю. У таких дітей можуть виникати проблеми із засвоєнням тваринного молока.

► Радьте опікунам:

— На деякий час зменшити кількість тваринного молока в раціоні дитини. Спробувати замінити коров'яче молоко ферментованими молочними продуктами (напр., йогуртом), які містять менше лактози та краще переносяться. Спробувати давати дитині безлактозне молоко перед тим, як повертати в раціон звичайне молоко.

— Якщо дитина досі перебуває на грудному вигодовуванні, його слід продовжувати й годувати дитину грудьми довше й частіше протягом усієї доби.

- Давати відповідний прикорм із урахуванням віку дитини для забезпечення достатнього споживання калорій. Немовлятам у віці > 4 місяці, яким раніше давали виключно коров'яче молоко, необхідно починати давати тверді харчові продукти. Дитину слід годувати невеликими порціями принаймні 6 разів на добу.

### Подальше спостереження

- ▶ Просіть опікунів прийти з дитиною на контрольний візит через 5 днів або раніше, якщо діарея посилиться або з'являться інші проблеми.
- ▶ Проводьте повне повторне оцінювання стану дітей, які не набирають маси тіла або в яких не минає діарея, щоб визначити причини, серед яких може бути зневоднення чи інфекція, що потребує негайної допомоги чи госпіталізації. Для дітей, які набрали масу тіла та мають три чи менше випорожнень на добу, можна відновлювати нормальне для їхнього віку харчування.

### Постінфекційна діарея

Це стійка діарея, що виникає в немовлят та дітей молодшого віку після перенесення гострого інфекційного гастроентериту, незалежно від характеру патогену. Її спричиняє залишкове запалення слизової оболонки. Така діарея може бути пов'язана із вторинною лактазною недостатністю, непереносимістю білка коров'ячого молока та антибіотикоасоційованим колітом. Вона частіше зустрічається в дітей із недоїданням та ослабленим імунітетом.

### Лікування

У більшості випадків специфічне лікування не потрібне, якщо інші показники стану дитини в нормі.

Розглядайте доцільність призначення безлактозної дієти або дієти без коров'ячого молока (с. 327).

### Харчова алергія та непереносимість харчових продуктів

Алергію в дітей найчастіше викликають такі харчові продукти як коров'яче молоко, яйця, горіхи, соя, пшениця та молюски. Симптоми з'являються через декілька хвилин чи годин після споживання їжі. Більшість харчових алергій часто минають самостійно.

### Ознаки і симптоми

- Ураження шкіри/слизових оболонок: кропив'янка, ангіоневротичний набряк, свербіж всередині та навколо рота
- Біль у животі, діарея, блювання
- Респіраторні симптоми (рідше): риніт, бронхоспазм
- Затримка росту
- Анафілаксія (с. 814).

### Діагностика

Діагноз встановлюють на основі анамнезу, результатів шкірних проб та тестування на специфічний IgE. Покращення стану після вилучення з раціону харчових продуктів-алергенів підтверджує діагноз.

**НЕ** поспішайте робити висновки щодо наявності алергії в дитини, яка мала лише один епізод діареї.

### Лікування

- ▶ За наявності серйозної підозри на харчову алергію рекомендуйте частково або повністю вилучити харчові продукти-алергени з раціону дитини.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо того, як розпізнавати ознаки необхідності невідкладної допомоги та коли звертатися по допомогу.
- ▶ Інформацію щодо лікування анафілаксії див. на с. 816, кропив'янки — на с. 440.
- ▶ У разі підтвердження алергії направте дитину до спеціаліста для алерген-специфічної імунотерапії при алергії на харчові продукти.

≡ Не слід відкладати введення прикорму (с. 105) у раціон немовлят 6-місячного віку через побоювання щодо харчової алергії.

### Подальше спостереження

Перевіряйте, чи покращується стан дитини після часткового чи повного вилучення з її раціону харчових продуктів-алергенів.

Здійснюйте регулярний моніторинг росту під час кожного планового профілактичного огляду (с. 22).

## Алергія на молоко

Алергія на коров'яче молоко — це найпоширеніша харчова алергія серед дітей молодшого віку, спричинена імунною відповіддю на білки коров'ячого молока. Алергія на білки козячого молока чи соєвий білок менш поширена, оскільки ці продукти використовують рідше. Алергія на молоко рідше зустрічається в немовлят, що перебувають виключно на грудному вигодовуванні, хоча грудне молоко містить усі білки молока, присутні в раціоні матері.

### Ознаки і симптоми

- Симптоми з'являються через декілька днів чи тижнів після початку використання сумішей на основі коров'ячого молока
- Діарея (іноді з домішками крові при тяжкому перебігу)
- Блювання
- Гастроєзофагеальний рефлюкс
- Коліки
- Закреп
- Атопічний дерматит (екзема).

### Діагностика

Діагноз встановлюють клінічно за допомогою випробування шляхом вилучення з раціону коров'ячого молока (або козячого чи соєвого молока, якщо дитині давали інші види молока), зміни дієти матері або переходу на суміші з глибоким гідролізом білка на 2 тижні.

### Лікування

- ▶ Таке саме, як і при харчовій алергії (с. 325).
- ▶ У випадку немовлят на грудному вигодовуванні рекомендуйте не переривати грудного вигодовування. Одразу після підтвердження діагнозу рекомендуйте матері вилучити зі свого раціону молоко.

### Непереносимість лактози

Це непереносимість харчових продуктів, що містять лактозу — основний цукор у молоці. Вона може бути пов'язана з мальабсорбцією лактози. Непереносимість лактози може бути первинною (лактазна недостатність), але частіше є вторинною й виникає внаслідок пошкодження слизової оболонки тонкої кишки (гострого гастроентериту, лямбліозу, целиакії).

## Ознаки і симптоми

- Біль у животі
- Метеоризм, відчуття здуття живота та піниста водяниста діарея після споживання лактози (молока та молоковмісних продуктів)
- Екскоріація шкіри в перианальній ділянці.

## Діагностика

На основі клінічних даних розглядайте доцільність направлення до спеціаліста з метою проведення досліджень для підтвердження діагнозу: аналізу на вміст редуруючих речовин у фекаліях, рН фекалій, водневого дихального тесту (для вимірювання мальабсорбції лактози), провокаційного тесту з пероральним введенням лактози, біопсії тонкої кишки (при первинній формі). Покращення стану після вилучення з раціону лактози підтверджує діагноз.

## Лікування

- ▶ Рекомендуйте частково або повністю виключити з раціону лактозу. Вторинна непереносимість лактози зазвичай минає самостійно.
- ▶ У випадку немовлят на штучних сумішах розглядайте доцільність переходу на безлактозні суміші або суміші з глибоким гідролізом білка.
- ▶ У випадку немовлят чи дітей на грудному вигодовуванні рекомендуйте витримувати 3-годинні чи довші інтервали між годуваннями, забезпечувати повне спорожнення молочної залози під час кожного годування та чергувати груди.
- ▶ Після покращення стану дитини слід поступово починати повертати молоко в її раціон.

## Діарея в дітей раннього віку

Її також називають функціональною діареєю або хронічною неспецифічною діареєю. Дуже часто зустрічається в дітей віком від 6 місяців до 3–5 років.

## Ознаки і симптоми

- Діарея, що не супроводжується іншими ознаками чи симптомами
- Відсутність діареї вночі
- Діарея може бути періодичною та чергуватись із закрепом
- Іноді пов'язана з питтям великої кількості соків чи підсолоджених цукром напоїв.

## Діагностика

Здійснюється на основі анамнезу, якщо під час обстеження не було виявлено інших відхилень.

## Лікування

Діарея в дітей раннього віку минає самостійно й повністю зникає у шкільному віці.

- ▶ Заспокойте членів сім'ї та радьте їм припинити давати дитині солодкі напої і фруктові соки або давати їх у меншій кількості.
- ▶ Жодне інше лікування не є необхідним.

## Синдром подразненого кишечника

Його також називають хронічною неспецифічною діареєю. Це захворювання є подібним до діареї в дітей раннього віку, але вражає дітей іншої вікової категорії — віком > 5 років та підлітків.

### Ознаки і симптоми

- Епізоди болю чи спазмів у животі та діареї, що чергуються з закрепом
- Пов'язана зі споживанням соків
- Може бути пов'язана з тривожністю, депресією та іншими психічними проблемами.

## Лікування

- ▶ Рекомендуйте дитині чи підлітку та їхнім батькам збільшити обсяг харчових волокон у раціоні, регулярно виконувати фізичні вправи та знизити рівень стресу, а також скоротити споживання напоїв (напр., фруктових соків), які викликають такі симптоми.

## Лямбліоз

Представник найпростіших паразитів *Giardia intestinalis* (або *G. lamblia*, *G. duodenalis*) викликає захворювання, що передається через воду та харчові продукти, і спричиняє спалахи в дитячих садках. Інфекція поширена в місцях, де відсутні належні санітарія і водопостачання.

### Ознаки і симптоми

Лямбліоз може протікати безсимптомно або спричиняти:

## ЛЯМБЛІОЗ

- Діарею з неприємним запахом — спершу водянисті, а потім неоформлені жирні випорожнення
- Відрижку
- Біль або спазми в животі, метеоризм, відчуття здуття живота
- Втрату ваги.

**Діагностика**

Проведіть мікроскопічне дослідження фекалій (зразків із трьох послідовних випорожнень).

**Лікування**

- ▶ Призначайте метронідазол перорально з розрахунку 7,5 мг/кг 3 рази на добу, якщо були виявлені цисти або трифозоїти *Giardia lamblia* або якщо є серйозна клінічна підозра на лямбліоз. Як альтернатива, можна призначати альбендазол чи тинідазол разовою дозою (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ Нагадайте дитині й іншим членам її сім'ї про важливість миття рук для цілей профілактики.

**Целиакія**

Целиакія (глютенова ентеропатія) — це запальне захворювання тонкої кишки, пов'язане з непереносимістю глютену (який міститься у пшениці, ячмені та житі), що розвивається в осіб, які мають генетичну схильність до нього.

**Ознаки і симптоми**

- Хронічна чи повторювана діарея, закріп, біль у животі, здуття живота, анорексія
- Затримка росту чи втрата маси тіла, затримка статевого розвитку
- Дратівливість, втома, втрата м'язової маси
- Виразки в ротовій порожнині, блідість
- Висипання (герпетиформний дерматит)
- Біль у суглобах та кістках.

**Дослідження**

При підозрі на целиакію направляйте дитину до спеціаліста для проведення подальших досліджень та підтвердження діагнозу. Стандартна діагнос-

тика полягає в біопсії кишечника, що доповнюється дослідженням на наявність антитіл IgA до тканинної трансглютамінази та генетичними дослідженнями. Може існувати потреба у проведенні додаткових досліджень для виключення пов'язаних аутоімунних захворювань.

### Лікування

**НЕ СЛІД** рекомендувати виключення глютену з раціону дитини до підтвердження діагнозу.

► Після підтвердження діагнозу проводьте консультації щодо харчування, а саме довічного дотримання безглютенової дієти.

### Подальше спостереження

Регулярно призначайте контрольні візити відповідно до плану лікування, складеного спеціалістом, для:

- Моніторингу росту під час кожного планового профілактичного огляду (с. 22)
- Перевірки дотримання дієти
- Раннього виявлення ускладнень та супутніх захворювань.

### Ускладнення

Остеопороз або залізодефіцитна анемія, спричинені недостатнім надходженням заліза або постійною мальабсорбцією заліза.

### Запальні захворювання кишечника

До запальних захворювань кишечника належать два основні захворювання:

- **Виразковий коліт**, що вражає товсту кишку
- **Хвороба Крона**, що може вражати будь-яку частину ШКТ від ротової порожнини до ануса.

Ці захворювання зазвичай розвиваються в підлітковому віці та рідко зустрічаються в дітей віком < 5 років.

### Ознаки і симптоми

- Запальні захворювання кишечника в сімейному анамнезі
- Можливий прихований початок захворювання
- Шлунково-кишкові прояви:
  - Діарея (може бути з домішками крові або періодичною)

- Біль у животі (хронічний біль, біль у правому нижньому квадранті)
- Тенезми
- Захворювання перианальної ділянки (фістули, тріщини, абсцеси).

■ Прояви поза ШКТ (частіше зустрічаються при хворобі Крона):

- Затримка росту, втрата маси тіла, затримка статевого розвитку
- Підвищення температури тіла, втомлюваність
- Біль у суглобах та їх запалення
- Висипання (вузлувата еритема або гангренозна піодермія)
- Виразки в ротовій порожнині (афтозний стоматит), орофациальний гранулематоз
- Запалення очей (увеїт, епісклерит)
- Жовтяниця, збільшення печінки, панкреатит.

### Дослідження

- Аналіз крові: анемія, підвищений рівень лейкоцитів та тромбоцитів, підвищені рівні маркерів запалення (С-реактивного білка, ШОЕ), гіпоальбумінемія, гіпопротеїнемія, дефіцит заліза
- Аналіз фекалій: помітна чи прихована кров, фекальний кальпротектин.

### Направлення

При підозрі на запальні захворювання кишечника направляйте пацієнтів до спеціаліста для підтвердження діагнозу, проведення подальших досліджень (ендоскопії, візуалізації) та призначення лікування з урахуванням типу та тяжкості захворювання: медикаментозного лікування (глюкокортикоїдами, аміносаліцилатами, інгібіторами фактора некрозу пухлин, антибіотиками), операції, дієтотерапії та психосоціальної підтримки.

### Подальше спостереження

Переглядайте й застосовуйте план лікування, розроблений спеціалістом.

#### 6.4.6 Гельмінти

До кишкових паразитичних червів належать нематоди, волосоголовці людські та анкілостоми. У дітей та підлітків найчастіше зустрічаються гострики, які не спричиняють серйозного погіршення стану здоров'я. Інші гельмінти можуть негативно впливати на харчовий статус, когнітивні процеси та спричинити кишкову непрохідність і випадання прямої кишки.

Інвазія виникає внаслідок споживання харчових продуктів, контамінованих яйцями чи личинками або внаслідок проникнення через шкіру інфекційних личинок із ґрунту (анкілостом). Фекалії інфікованих осіб містять яйця гельмінтів.

### Анамнез

Залежно від виду червів:

- Невеликі білі черви у фекаліях, що своїм виглядом нагадують шматочки нитки
- Великі черви або великі частини гельмінтів у фекаліях
- Свербіння в ділянці навколо ануса, особливо вночі, проблеми зі сном та неспокій
- Енурез (с. 402)
- Анорексія, нудота, блювання, діарея, біль у животі, здуття живота
- Втрата маси тіла
- Червоне свербляче висипання червоподібної форми на шкірі
- Ходіння босоніж в анамнезі
- Подорожі до ендемічних районів у анамнезі
- Споживання сирих/не доведених до повної готовності м'ясних чи рибних продуктів в анамнезі.

### Дослідження

- Зазвичай не потрібні жодні дослідження. Діагноз можна підтвердити за допомогою мікроскопії фекалій, у яких були виявлені яйця гельмінтів (у випадку кишкових гельмінтозів)
- Яйця гостриків можна зібрати й дослідити за допомогою проведення «скотч-тесту» після пробудження дитини: слід притиснути чистий прозорий скотч клейкою стороною до ануса. Яйця прилипнуть до скотчу, який можна розмістити на предметне скло й розглянути під мікроскопом.

### Лікування

- ▶ Призначайте щоденну дозу альбендазолу (табл. 400 мг) або мебендазолу (табл. 500 мг) протягом 1–3 днів (інформацію про дозування див. у додатку 4).

## ГЕЛЬМІНТИ

- Гострики: 2 дози препарату: другу дозу потрібно дати через 2 тижні після прийому першої дози
- Аскариди: протягом 1–3 днів
- Волосоголовці людські: протягом 3 днів
- Анкілостоми: протягом 1–3 днів.

***Додаткові рекомендації у випадку наявності в дитини гостриків***

- ▶ Одночасно пролікуйте всіх контактних осіб із домогосподарства та опікунів.
- ▶ Консультуйте щодо належної гігієни:
  - Слід дотримуватися правил гігієни рук
  - Слід тримати нігті на руках у чистоті та своєчасно обрізати їх
  - Не слід гризти нігті та чухати ділянку шкіри навколо ануса
  - Слід щоранку вмиватися та щодня змінювати спідню білизну
  - Слід прати спідню білизну та інший одяг (зокрема піжами), рушники та постіль у гарячій воді для профілактики повторної інвазії.

## 6.5 Блювання

Блювання часто зустрічається в дітей та підлітків. Воно часто трапляється в дітей із гострою діареєю (гастроентеритом), але також може бути ознакою низки серйозних станів, які необхідно розглядати в рамках диференціальної діагностики. Відповідно, при збиранні анамнезу й проведенні досліджень слід враховувати широкий спектр факторів.

**НЕ** призначайте дітям із блюванням протиблювотних препаратів на рутинних засадах.

### Анамнез

- Тип блювання за частотою: гостре, періодично повторюване або постійне
- Час: зранку, вдень, уночі, після прийому їжі, при зміні положення тіла
- Блювота: частково перетравлена їжа, що повернулася зі шлунку, жовтого кольору, з домішками жовчі (зеленого кольору), з невеликою або значною кількістю крові (гематемезис)
- Супутні симптоми:
  - Діарея (водяниста, кров'яниста або з неприємним запахом), випорожнення з домішками крові, мелена (темні липкі випорожнення, що містять частково перетравлену кров)
  - Біль у животі
  - Підвищення температури тіла
  - Блювання фонтаном без домішок жовчі після прийому їжі (гіпертрофічний пілоростеноз, с. 179)
  - Головний біль, світлобоязнь, сплутаність свідомості, ригідність потиличних м'язів, біль у вухах
  - Дизурія, частота сечовипускання або біль у боці
  - Респіраторні симптоми (кашель, утруднене дихання)
  - Запаморочення, пітливість, блідість
  - Симптомам передуює аура, напр., мерехтливі плями, розмитість зору
  - Поліурія, полідипсія та поліфагія.
- Інші фактори в анамнезі:
  - Споживання контамінованих харчових продуктів або пиття прісної води, контактування з хворими
  - Подорожі
  - Травми

- Вплив токсинів або прийом лікарських засобів
- Сімейний анамнез: хронічні запальні стани, генетичні стани (напр., порушення метаболізму) або захворювання печінки.

### Обстеження

Проводьте повний фізикальний огляд та перевіряйте наявність таких ознак:

- Ознак зневоднення (с. 310)
- Підвищення температури тіла та летаргії
- Вологих хрипів під час прослуховування грудної клітки, зменшення надходження повітря, тупого звуку при перкусії (пневмонія)
- Жовтяниці, петехій чи пурпури
- Блідості (анемії)
- Неврологічних ознак:
  - Зміненого психічного стану, зниження рівня свідомості, судом, атаксії, зниження тонуусу й сили м'язів, відсутності рефлексів, нестійкої ходи, вогнищевих відхилень за результатами обстеження черепномозкових нервів
  - Випуклого тім'ячка в немовлят.
- Запаху ацетону з рота.

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

НАПРАВЛЯЙТЕ дитину для отримання спеціалізованої допомоги у випадку:

- Блювання та сильного головного болю
- Періодично повторюваного блювання
- Наявності ознак непрохідності кишечника (напр., блювоти з домішкою жовчі)
- Гематемезису (блювання кров'ю)
- Зниження рівня свідомості
- Здуття живота
- Блювання після перенесеної травми голови.

### Диференціальна діагностика

Причини блювання у дітей та підлітків див. у таблиці 50.

Причини блювання в новонароджених дітей та немовлят віком < 2 місяців див. на с. 178.

Таблиця 50. Диференціальна діагностика блювання

Діагностика	Фактори на користь
<b>Гостра діарея</b> (гастроентерит) (с. 309)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діарея</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Біль у животі (коліки).</li> </ul>
<b>Харчове отруєння</b> (с. 318)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Спазмодобний біль у животі, діарея</li> <li>• Можлива швидка поява симптомів</li> <li>• Подібні симптоми в інших людей, які споживали таку ж їжу</li> </ul>
<b>Інфекції, інші ніж шлунково-кишкові інфекції</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла та летаргія</li> <li>• Ознаки й симптоми гострого середнього отиту (с. 236), синуситу (с. 244), інфекцій сечовивідних шляхів (с. 397), менінгіту (с. 264), пневмонії (с. 208), кашлюку (с. 232).</li> </ul>
<b>Проблеми з годуванням</b> (с. 110)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немовлята і діти молодшого віку</li> <li>• Переїдання, неправильне приготування їжі (сумішей).</li> </ul>
<b>Алергія на молоко</b> (с. 327)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Виникає протягом першого року життя</li> <li>• Гастроєзофагеальний рефлюкс, коліки, закрп, атопічний дерматит (екзема).</li> </ul>
<b>Харчова алергія</b> (с. 325)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Висипання на шкірі, біль у животі, затримка росту, нудота.</li> </ul>
<b>Непереносимість лактози</b> (с. 327)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пов'язана зі споживанням молока та молочних продуктів</li> <li>• Біль у животі, здуття живота, метеоризм, діарея.</li> </ul>
<b>Дизентерія</b> (с. 319)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність крові у випорожненнях, підвищення температури тіла.</li> </ul>
<b>Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба</b> (с. 341)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Найчастіше зустрічається в немовлят, хоча може виникнути в будь-якому віці</li> <li>• Мимовільна регургітація або блювання після годування чи прийому їжі</li> <li>• Респіраторні симптоми (хронічний кашель, стридор, свистячі хрипи)</li> <li>• У немовлят можливі дратівливість і вигинання спини</li> <li>• Гематемезис</li> <li>• Затримка росту.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Лямбліоз (с. 329)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діарея та відрижки з неприємним запахом, біль чи спазми в животі, метеоризм, відчуття здуття живота, втрата маси тіла.</li> </ul>
<b>Запальні захворювання кишечника (с. 331)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Як правило, підлітковий вік</li> <li>• Періодична діарея, наявність крові у випорожненнях, втрата маси тіла, втома</li> <li>• Орофациальний гранулематоз, виразки в ротовій порожнині</li> <li>• Запальні захворювання кишечника в сімейному анамнезі.</li> </ul>
<b>Гострий апендицит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий біль у правому нижньому квадранті</li> <li>• Ригідність живота, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та їх болючість, перитоніт</li> <li>• Підвищення температури тіла, нудота, закреп чи діарея.</li> </ul>
<b>Травми голови (с. 550)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Травма голови в анамнезі</li> <li>• Амнезія</li> <li>• Синці чи інші ознаки травми.</li> </ul>
<b>Мігрень (с. 520)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Як правило, підлітковий вік</li> <li>• Головний біль, світлобоязнь</li> <li>• Нудота, біль у животі</li> <li>• Аура, напр., мерехтливі плями, розмитість зору.</li> </ul>
<b>Менінгіт (с. 264)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Головний біль</li> <li>• Петехіальний або пурпуровий висип</li> <li>• Ригідність потиличних м'язів, випукле тім'ячко (у немовлят)</li> <li>• Судоми.</li> </ul>
<b>Вагітність (с. 777)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дівчата підліткового віку, що живуть активним статевим життям</li> <li>• Затримка менструації або її відсутність</li> <li>• Нудота чи блювання вранці</li> <li>• Біль унизу живота.</li> </ul>
<b>Розлади харчової поведінки (с. 615)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Як правило, підлітковий вік</li> <li>• Викликання блювання з метою запобігання набору маси тіла.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Діабетичний кетоацидоз (с. 673)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часте блювання і гострий біль у животі</li> <li>• Запах ацетону з рота</li> <li>• Поліурія, полідипсія та поліфагія</li> <li>• Знижений рівень свідомості.</li> </ul>
<b>Захитування (с. 340)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пов'язане з пасивними рухами в автомобілі чи на кораблі під час подорожі</li> </ul>
<b>Менш поширені стани.</b> Направляйте пацієнтів на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу.	
<b>Непрохідність кишечника</b> (заворот кишок, мальротация, інвагінація кишечника, защемлена грижа)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блювання жовчю</li> <li>• Непрохідність проксимального відділу кишечника: блювання, незначне здуття живота</li> <li>• Непрохідність дистального відділу кишечника: здуття живота, блювання, що виникає пізніше</li> <li>• Спазмодічний біль у животі, здуття живота, відсутність газів, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та їх болючість</li> <li>• Хвилі перистальтики може бути видно крізь черевну стінку.</li> </ul>
<b>Вроджене порушення метаболізму (с. 184)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Новонароджені та немовлята</li> <li>• Неспецифічні симптоми: недостатнє годування, летаргія, гіпотонія, судоми, проблеми з диханням</li> <li>• Гіпоглікемія, ацидоз.</li> </ul>
<b>Нирковий тубулярний ацидоз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Затримка росту, поганий апетит</li> <li>• Поліурія</li> <li>• Гіпотонія.</li> </ul>
<b>Субдуральний крововилив</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ознаки або зафіксовані в анамнезі факти неналежного поводження з дитиною</li> <li>• Травма чи нейрохірургічне втручання в анамнезі.</li> </ul>
<b>Пухлина головного мозку</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійне блювання/нудота (протягом 2 тижнів)</li> <li>• Повторюваний головний біль (протягом 4 тижнів, особливо після пробудження)</li> <li>• Аномальні рухи очей, розмитість зору або двоїння в очах</li> <li>• Судоми</li> <li>• Зміна поведінки</li> <li>• Порушення рівноваги, ходьби, координації</li> <li>• Неправильне положення голови (наприклад, нахил голови).</li> </ul>

## Направлення

- ▶ Терміново направляйте дитину для отримання спеціалізованої допомоги (с. 871) при підозрі на:
  - Непрохідність кишечника
  - Перекрут яєчка (с. 411)
  - Апендицит
  - Менінгіт (с. 264)
  - Пухлину головного мозку
  - Діабетичний кетоацидоз (с. 673).

### 6.5.1 Захитування

Людину може захитувати під час подорожі автомобілем, автобусом, потягом, човном чи літаком, під час катання на атракціонах, а також під час гри у відеоігри. Захитування спричиняє конфлікт між сигналами руху, що надходять від органів зору, та сигналами руху, що їх передають до головного мозку рецептори рівноваги.

#### Анамнез

- Нудота, блювання, запаморочення під час подорожей
- Відсутність у дитини симптомів, коли вона не подорожує.

#### Лікування

- ▶ Давайте дитині чи підлітку та іншим членам сім'ї такі рекомендації:
  - Слід дивитися вперед і зосереджувати погляд на одній точці, наприклад, на горизонті
  - За можливості слід дихати свіжим повітрям під час подорожей
  - Слід заплющувати очі й повільно дихати, зосереджуватися на диханні
  - Слід відволікати себе розмовами, музикою чи співом
  - За можливості слід робити перерви під час тривалих подорожей, щоб подихати свіжим повітрям, попити води чи пройтися.
- ▶ Якщо зазначених вище заходів недостатньо, призначте прометазин перорально з розрахунку 0,5 мг/кг/дозу. Його слід приймати увечері перед тривалою подорожжю або за 1–2 години до короткої поїздки для профілактики захитування.

## 6.5.2 Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба

Гастроєзофагеальний рефлюкс («закидання» вмісту шлунка в стравохід) — це нормальний фізіологічний процес. Гастроєзофагеальний рефлюкс вважають хворобою, якщо він викликає тяжкі симптоми чи ускладнення. Найчастіше зустрічається в немовлят, хоча може виникнути в будь-якому віці.

### Ознаки і симптоми

- Мимовільна регургітація або блювання після годування чи прийому їжі
- Дратівливість у немовлят та можливі епізоди вигинання спини, відомі як синдром Сандіфера (див. ілюстрацію)
- Затримка росту
- Респіраторні симптоми (хронічний кашель, стридор, свистячі хрипи).



**Синдром Сандіфера («шийна дистонія»): вигинання спини в дітей із гастроєзофагеальною рефлюксною хворобою**

### Дослідження

- У випадку пацієнтів із гастроєзофагеальним рефлюксом та пацієнтів із легким перебігом гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби, що відповідає на лікування, дослідження не потрібні.

**НЕ СЛІД** проводити діагностичне тестування за допомогою інгібіторів протонної помпи у немовлят.

- У більш тяжких випадках або для виключення інших діагнозів направляйте дітей на дослідження (езофаго-pH-моніторинг, імпеданс-pH-моніторинг, ендоскопію, контрастне дослідження з барієм).

### Лікування

- ▶ Пояснюйте сім'ї, що гастроєзофагеальний рефлюкс, який супроводжується чи не супроводжується регургітацією чи блюванням і який не викликає ускладнень — це нормальний процес. Регургітація чи блювання зазвичай минають самостійно з віком.

**НЕ** призначайте антирефлюксних препаратів на рутинних засадах.

### **Крок 1**

- ▶ Порекомендуйте уникати перегодовування шляхом коригування частоти й обсягів годування.
- ▶ Порадьте давати загусники молока (напр., рисову кашу).
- ▶ Рекомендуйте продовжувати грудне вигодовування.
- ▶ Радьте тримати дитину у вертикальному положенні під час та після годування.
- ▶ Старшим дітям та підліткам може бути корисно схуднути та утримуватися від куріння і вживання алкоголю.

### **Крок 2 (за відсутності покращення стану після виконання кроку 1)**

- ▶ Розгляньте доцільність вилучення коров'ячого молока з раціону матері у випадку немовлят на грудному вигодовуванні АБО годування сумішамми з глибоким гідролізом білка протягом 2–4 тижнів.

### **Крок 3 (за відсутності покращення стану після виконання кроків 1 та 2)**

- ▶ Направте до спеціаліста.
- ▶ Якщо направлення неможливе, розгляньте доцільність призначення препаратів, що знижують кислотність шлункового соку, наприклад, омепразолу з розрахунку 1 мг/кг один раз на добу.

## 6.6 Біль у животі

Біль у животі — це поширена скарга серед дітей, що може мати різні причини залежно від віку. Збирання комплексного анамнезу та проведення фізикального огляду допоможуть забезпечити диференціальну діагностику (таблиця 51, с. 345).

### Анамнез

- Характер появи симптому, час доби, його частота та тривалість
- Зникнення болю: що полегшує біль
- Локалізація болю (попросіть дитину показати, де болить найбільше): чи зміщувався біль, чи став він дифузним або більш зосередженим
- Характер болю: гострий (один епізод, що триває декілька годин або днів; часто локалізований, ріжучий та колючий) або хронічний (триває від декількох днів до декількох місяців; як правило, тупий, дифузний та нелокалізований; біль може зникати на певні проміжки часу)
- Супутні симптоми:
  - Нудота, блювання, діарея, закріп, здуття живота, втрата маси тіла
  - Дратівливість, підвищення температури тіла, кашель, головний біль, біль у горлі
  - Симптоми з боку сечовидільної системи: частота сечовипускання, дизурія, гематурія
  - Наявність виділень із піхви, менструальний календар (для дівчат старшого й підліткового віку).
- Інші фактори в анамнезі:
  - Травми живота, подібні симптоми, хронічні захворювання чи подорожі в анамнезі та анамнез харчування
  - Соціальний анамнез: психологічні фактори (напр., депресія, жорстоке поводження, синдром дефіциту уваги, опозиційно-викличний розлад (ОВР)), введення прикорму, привчання до горщика, вступ до школи або інші причини стресу; ситуація вдома та у школі, стосунки з членами сім'ї та однолітками, оцінювання підлітків за алгоритмом HEADSSSS (с. 751).

### Обстеження

Звертайте увагу на:

- Здуття живота, утворення в черевній порожнині
- Болючість та мимовільне захисне напруження м'язів передньої черевної стінки при пальпації, місце болю, болісні відчуття при різкому послабленні тиску, біль при русі, ригідність живота, відсутність кишкових шумів при аскультації
- Ознаки пневмонії: зменшення надходження повітря, тупий звук при перкусії та вологі хрипи під час прослуховування грудної клітки
- Ріст та етап статевого дозрівання
- Аномалії зовнішніх статевих органів, зокрема яєчок: неперфорований гімен у дівчат, перекут яєчка або защемлення пахової грижі у хлопців.

Ректальні та вагінальні огляди в дітей не слід проводити на рутинних заходах.

### Дослідження



Гострий живіт потребує невідкладної хірургічної допомоги, тож не слід затримувати направлення для проведення додаткових досліджень.

Дослідження необхідно призначати з урахуванням клінічної картини. Можливі дослідження включають:

- Аналіз сечі (експрес-тест) для всіх дітей
- Тест на вагітність (рівень бета хоріонічного гонадотропіну людини (бета-ХГЛ) у сечі або сироватці крові) для дівчат підліткового віку (викидень, позаматкова вагітність)
- Аналіз крові:
  - ЗАК та маркери запалення (ШОЕ, С-реактивний білок) (інфекція й запалення)
  - Гемоглобін для оцінювання на предмет анемії (целиакія, запальні захворювання кишечника)
  - Антитіла IgA до тканинної трансглютамінази та загальний рівень IgA (целиакія)
  - Печінкові проби (вірусний гепатит або холецистит)
  - Антитіла IgM до гепатиту А, серологічне дослідження на гепатит В або визначення вірусного навантаження гепатиту В, серологічне

дослідження на гепатит С або визначення вірусного навантаження гепатиту С, серологічні дослідження на гепатити D та E (вірусні гепатити)

— Амілаза та ліпаза (гострий панкреатит)

- Мікроскопічне та культуральне дослідження фекалій при кров'янистій діареї
- Мікроскопічне та культуральне дослідження вагінальних виділень на *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* та інші збудники ІПСШ (с. 771)
- УЗД для оцінювання на предмет утворень у черевній порожнині, яєчках чи тазовій ділянці, непрохідності кишечника, апендициту, жовчнокам'яної хвороби/холециститу, анатомічних аномалій сечовивідних шляхів, каменів у нирках
- Сфокусовану абдомінальну сонографію при травмах (FAST) для оцінювання тупих травм живота в дітей із гемодинамічною нестабільністю.

## Диференціальна діагностика

**Таблиця 51. Диференціальна діагностика болю в животі**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Найчастіші причини</b>	
<b>Функціональний біль у животі (с. 350)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у навколупупкової ділянці (стерпний)</li> <li>• Результати огляду в нормі</li> <li>• Функціональні розлади (синдром подразненого кишечника, психічні захворювання, мігрені, тривожність) у сімейному анамнезі</li> <li>• Як правило, діти старшого віку і підлітки.</li> </ul>
<b>Гостра діарея (гастроентерит) (с. 309)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діарея, підвищена температура тіла, блювання, поганий апетит</li> <li>• Ознаки зневоднення.</li> </ul>
<b>Закреп (с. 351)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 3 випорожнень на тиждень або утруднення випорожнення та збільшення об'єму випорожнень</li> <li>• Сухі, тверді та грудкуваті випорожнення</li> <li>• Фекалії пальпуються при обстеженні органів черевної порожнини (ОЧП).</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Інфекції сечовивідних шляхів (с. 397)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Дизурія, гематурія, збільшення частоти сечовипускання.</li> </ul>
<b>Харчова алергія (с. 325)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Висипання на шкірі</li> <li>• Нудота, блювання</li> <li>• Затримка росту.</li> </ul>
<b>Гострий апендицит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий біль у правому нижньому квадранті</li> <li>• Ригідність живота, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та їх болючість, перитоніт</li> <li>• Підвищення температури тіла, нудота, поганий апетит, блювання.</li> </ul>
<b>Мезентеріальний аденіт (с. 350)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійний біль у правому нижньому квадранті</li> <li>• Підвищення температури тіла, нудота</li> <li>• Симптоми звичайної застуди, біль у горлі, збільшення шийних лімфатичних вузлів.</li> </ul>
<b>Первинна дисменорея (с. 786)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дівчата підліткового віку, в яких почалася менструація</li> <li>• Спазми чи біль у нижній частині живота перед та під час менструації.</li> </ul>
<b>Пневмонія (с. 208)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Кашель, утруднене дихання, прискорене дихання, западання нижньої частини грудної клітки, хрипле дихання, роздування крил носа</li> <li>• Біль у грудях.</li> </ul>
<b>Травми живота</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тупі чи проникні травми живота в анамнезі.</li> </ul>
<b>Непереносимість лактози (с. 327)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пов'язана зі споживанням молока (молочних продуктів)</li> <li>• Біль у животі, здуття живота, відчуття здуття живота, метеоризм, піниста водяниста діарея, екскоріація шкіри перианальної ділянки.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Менш поширені причини</b>	
<b>Інвагінація кишечника</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немовля чи дитина молодшого віку</li> <li>• Утворення в черевній порожнині, блювання</li> <li>• Хворобливий вигляд</li> <li>• Раптові епізоди плачу/болю, що супроводжуються блідістю й слабкістю</li> <li>• Кров та слиз у фекаліях (пізня ознака).</li> </ul>
<b>Целіакія (с. 330)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хронічна чи повторювана діарея</li> <li>• Біль у животі, здуття живота, поганий апетит</li> <li>• Затримка росту, втрата маси тіла</li> <li>• Дратівливість, втрата м'язової маси, блідість.</li> </ul>
<b>Пептична виразка (с. 354)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Епігастральний біль</li> <li>• Тупий біль, пов'язаний із прийомом їжі</li> <li>• Зазвичай зустрічається в підлітків.</li> </ul>
<b>Запальні захворювання кишечника (с. 331)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Періодична діарея, наявність крові у випорожненнях, втрата маси тіла, втома</li> <li>• Запальні захворювання кишечника (хвороба Крона, виразковий коліт) у сімейному анамнезі.</li> </ul>
<b>Непрохідність кишечника</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Непрохідність проксимального відділу кишечника: блювання з незначним здуттям живота</li> <li>• Непрохідність дистального відділу кишечника: здуття живота, блювання, що виникає пізніше</li> <li>• Спазмоподібний біль у животі, здуття живота, відсутність газів, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки та їх болючість</li> <li>• Хвилі перистальтики може бути видно крізь черевну стінку.</li> </ul>
<b>Діабетичний кетоацидоз (с. 673)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поліурія, полідипсія, запах ацетону з рота</li> <li>• Блювання, біль у животі, поганий апетит</li> <li>• Високий рівень глюкози в крові</li> <li>• Позитивний аналіз сечі на глюкозу й кетони.</li> </ul>
<b>Защемлена грижа (с. 417)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болючий набряк у місці пахової або, дуже рідко, пупкової грижі, який не зникає; біль посилюється при кашлянні</li> <li>• Нудота, блювання</li> <li>• Ознаки та симптоми непрохідності кишечника (див. вище).</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Вірусні гепатити (с. 462)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втома, поганий апетит</li> <li>• Жовтяниця та темний колір сечі</li> <li>• Болючість у правому верхньому квадранті, збільшення печінки.</li> </ul>
<b>Хвороба Шенлейна-Геноха (с. 445)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пурпура, що пальпується</li> <li>• Артрит, артралгія</li> <li>• Біль у животі</li> <li>• Гематурія, протеїнурія, гіпертонія.</li> </ul>
<b>Перекрут яєчка (с. 411)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильний біль у генітальній ділянці, що може поширюватися на нижчу частину живота</li> <li>• Нудота, блювання</li> <li>• Гострий набряк з одного боку мошонки</li> <li>• Значна болючість яєчок при доторканні</li> <li>• Кремастерний рефлекс, як правило, відсутній.</li> </ul>
<b>Сімейна середземноморська лихоманка (с. 300)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Періодичне підвищення температури тіла (протягом 1–4 днів) кожного тижня чи місяця</li> <li>• Біль та набряк суглобів</li> <li>• Висипання, що нагадує бешиху</li> <li>• Біль у грудях (плеврит).</li> </ul>
<b>Камені в нирках/ниркова коліка (с. 401)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дизурія</li> <li>• Біль у животі чи в боці, як правило, сильний та коликоподібний</li> <li>• Мікроскопічна або макроскопічна гематурія.</li> </ul>
<b>Отруєння (с. 834)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вплив отруйних речовин або лікарських засобів в анамнезі.</li> </ul>
<b>Гострий панкреатит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Погане самопочуття й гіпотонія</li> <li>• Нудота, блювання, різка поява епігастрального болю, що віддає у спину, зміна кольору шкіри навколо пупка чи з боків</li> <li>• У дітей молодшого віку: дратівливість, здуття живота.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Жовчнокам'яна хвороба, холецистит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль і болючість у правому верхньому квадранті</li> <li>• Позитивний симптом Мерфі (дитина не може зробити вдих при глибокій пальпації нижче за грудну клітку з правого боку)</li> <li>• Біль, що часто виникає після прийому їжі (споживання харчових продуктів із високим вмістом жирів)</li> <li>• Нудота.</li> </ul>
<b>Перекрут яєчника</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дівчата підліткового віку</li> <li>• Раптовий сильний біль у животі, постійний чи коликоподібний</li> <li>• Нудота, блювання.</li> </ul>
<b>Запальні захворювання органів тазу</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дівчата підліткового віку, що живуть активним статевим життям</li> <li>• Біль і болючість у нижній частині живота</li> <li>• Виділення з піхви, кровотеча з піхви</li> <li>• Біль під час або після статевого акту</li> <li>• Підвищена температура тіла.</li> </ul>
<b>Ускладнення вагітності</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Активне статеве життя</li> <li>• Діагностована вагітність, затримка чи відсутність менструації.</li> </ul>
<b>Пухлина ОЧП</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата маси тіла</li> <li>• Утворення в черевній порожнині, відчутне при пальпації.</li> </ul>

### Направлення

Терміново направляйте пацієнтів до лікарні (с. 871) при підозрі на:

- Гострий апендицит
- Гострий панкреатит
- Непрохідність кишечника
- Жовчнокам'яну хворобу, холецистит
- Інвагінацію кишечника
- Ускладнення вагітності
- Перекрут яєчка

- Перекрут яєчника
- Пухлину ОЧП.
- ▶ Забезпечте знеболення (с. 566).
- ▶ За наявності в дитини зневоднення забезпечте в/в доступ та почніть інфузійну терапію перед транспортуванням до лікарні.

### 6.6.1 Функціональний біль у животі

Функціональний біль у животі, як правило, зустрічається в дітей та підлітків у віці від 5 до 14 років.

#### Ознаки і симптоми

- Біль у навколупупкової ділянці (стерпний)
- Відсутність супутніх клінічних проявів
- Функціональні розлади (синдром подразненого кишечника, психічні захворювання, мігрень, тривожність) у сімейному анамнезі
- Стресори чи тригери, напр., незгоди в сім'ї, розлучення батьків, домашнє насильство, знуцання, втрата друга, домашнього улюбленця або розрив романтичних стосунків
- Результати огляду в нормі.

#### Лікування

- ▶ Заспокойте дитину чи підлітка та членів їхніх сімей.
- ▶ Рекомендуйте дотримуватися правил здорового харчування (с. 112), підтримувати регулярну фізичну активність (с. 121) та радьте способи зниження тривожності: повноцінний сон, техніки релаксації й візуалізації.

#### Подальше спостереження

Призначайте контрольний візит через 4 тижні. За відсутності покращення стану направляйте пацієнта для отримання психосоціальної підтримки.

### 6.6.2 Мезентеріальний аденіт

Мезентеріальний аденіт — це запалення лімфатичних вузлів брижі (у черевній порожнині). Воно зазвичай виникає в дітей із респіраторними інфекціями, наприклад, зі звичайною застудою. Минає самостійно.

## Анамнез

- Постійний біль у правому нижньому квадранті
- Підвищення температури тіла, нудота; як правило, відсутність блювання
- Симптоми звичайної застуди, біль у горлі, збільшення шийних лімфатичних вузлів.

## Обстеження

- Біль при пальпації ОЧП у правому нижньому квадранті
- Виключіть гострий апендицит (с. 308). При мезентеріальному аденіті біль зазвичай минає після прийому анальгетиків. Якщо ви не можете із впевненістю виключити гострий апендицит, направляйте дитину до спеціаліста.

## Лікування

- ▶ Призначайте парацетамол або ібупрофен у відповідних дозах для забезпечення знеболення або у разі наявності в дитини підвищеної температури тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258).
- ▶ Пояснюйте, що цей процес мине самостійно. Просіть опікунів прийти на контрольний візит через 2–3 дні, якщо біль у животі не минатиме, або ще раніше, якщо стан дитини погіршуватиметься.

### 6.6.3 Закреп

Частота випорожнень у кожної дитини є різною і варіюється від декількох разів на добу до одного разу на декілька днів. У немовлят частота випорожнень є більшою, ніж у дітей старшого віку.

Закреп не є поширеним серед немовлят, однак може зустрічатися у випадку штучного вигодовування. У більшості дітей закреп функціональний та не має основної причини, яку можна ідентифікувати. Однак слід розглянути можливість органічного закрепу, що може бути спричинений метаболічними розладами, гіпотиреозом, гіперкальціємією, цукровим діабетом, муковісцидозом, пухлинами нервової системи, ДЦП та анатомічними аномаліями товстої кишки.

## Анамнез

- Частота випорожнень < 3 рази на тиждень
- Утруднення випорожнення та збільшення об'єму випорожнень

- Сухі, тверді й грудкуваті випорожнення
- Кровотеча, спричинена твердими випорожненнями
- Напруження та дистрес під час випорожнення
- Нетримання калу (накопичення калових мас)
- Погане харчування.

### Обстеження

- М'який живіт, калові маси пальпуються зазвичай у лівому нижньому квадранті
- У дітей із функціональним закрепом: результати огляду в нормі за наявності чи відсутності анальної тріщини
- Ознаки імпакції: тверді утворення в нижній частині живота та нетримання калу через накопичення калових мас
- У дітей з органічним закрепом можуть бути анатомічні аномалії ануса, утворення в черевній порожнині або здуття живота, гіпотонія, аномалії в нижніх кінцівках та попереково-крижовій ділянці.

### Лікування

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при закрепах удома (робоча пам'ятка 29) та призначайте контрольний візит через 4 тижні.
- ▶ Якщо підтримувальної терапії вдома виявляється недостатньо, розглядайте доцільність призначення осмотичних та змащувальних проносних засобів (див. дозування в додатку 4):
  - Для немовлят у віці 1–12 місяців: ізоосмотичний проносний засіб (поліетиленгліколь) або лактулозу
  - Для дітей: ізоосмотичний проносний засіб (поліетиленгліколь) або змащувальний проносний засіб (парафінову олію). НЕ давайте парафінову олію дітям молодшого віку та дітям, які мають ризик аспірації, напр., мають гастроезофагеальну рефлюксну хворобу, проблеми з ковтанням.
  - Зазвичай потрібне довготривале лікування (протягом декількох місяців). Пояснюйте опікунам, що це безпечно.
  - Адаптуйте лікування таким чином, щоб у дитини було 1 м'яке випорожнення на добу.

**НЕ** призначайте ректальних супозиторіїв чи клізм.

**Робоча пам'ятка 29. Лікування закрепю в домашніх умовах****Як доглядати за дитиною із закрепом у домашніх умовах****Пам'ятайте, що:**

- Слід стежити за тим, щоб дитина достатньо пила.
- У випадку немовлят на грудному вигодовуванні слід годувати дитину грудьми, коли вона того хоче.
- Слід стежити за тим, щоб дитина регулярно виконувала фізичні вправи та достатньо спала.
- Слід організувати регулярні прийоми їжі на основі харчових продуктів із високим вмістом харчових волокон.
- Слід зменшити обсяг коров'ячого молока в раціоні дитини, адже його споживання може призвести до посилення закрепю.

**Допомагайте сходити в туалет дітям молодшого віку:**

- Використовуйте підставку для ніг, щоб коліна дитини були на вищому рівні, ніж її стегна. Порадьте дитині нахилитися вперед, поставити лікті на коліна та випнути живіт. За потреби покладіть дитячу накладку на унітаз.
- Простежте, щоб тричі на день дитина до 5 хвилин посиділа на горщику/унітазі після прийому їжі.
- Хваліть свою дитину за сидіння на горщику/унітазі.
- Для мотивації дитини тримайте на видному місці таблицю зі стікерами, що позначають частоту випорожнень.

- ▶ Призначайте місцеве лікування анальних тріщин вазеліном для знеболення.
- ▶ За наявності ознак імпакції призначайте високі дози поліетиленгліколю з розрахунку 0,5–0,75 г/кг/дозу 2 рази на добу протягом 3–5 днів, після чого — підтримувальну дозу з розрахунку 0,2–0,8 г/кг/дозу один раз на добу протягом декількох тижнів. Повідомляйте опікунів, що таке лікування може спершу загострити такі симптоми, як нетримання калу та біль у животі.

**Подальше спостереження**

Просіть опікунів прийти на контрольний візит через 4 тижні або протягом 2 тижнів після лікування, спрямованого на звільнення товстої кишки від калових мас. За відсутності покращення стану видавайте направлення для подальшого оцінювання (на анатомічні аномалії, хворобу Гіршпрунга).

## Направлення

За наявності підозр щодо можливої першопричини закрепи на основі анамнезу й обстеження направляйте дитину для подальшого оцінювання й лікування.

### 6.6.4 Пептична виразка

Причиною пептичної виразки, за якої розвиваються виразки на слизовій оболонці шлунка або тонкого кишечника, може бути прийом лікарських препаратів, інфекція, викликана бактерією *H. pylori*, або сильний стрес.

#### Анамнез

- Пробудження через біль у животі
- Прийом таких лікарських засобів, як кортикостероїди чи нестероїдні протизапальні лікарські засоби
- Сильний стрес
- У дітей молодшого віку: дратівливість, блювання з домішками чи без домішок крові
- У дітей старшого віку і підлітків: біль в епігастральній ділянці через декілька годин після прийому їжі.

#### Дослідження

- Направляйте дітей до спеціалістів для проведення ендоскопії з метою підтвердження діагнозу «пептична виразка» та біопсії шлунку з метою тестування на *H. pylori*.

**НЕ** проводьте дихального тесту з сечовиною на *H. pylori* чи аналізу фекалій для виявлення антигенів *H. pylori* для цілей первинної діагностики.

#### Лікування

- ▶ Спільно зі спеціалістом лікуйте першопричину:
  - Забезпечте припинення прийому відповідних лікарських засобів
  - При інфекції, викликаній бактерією *H. pylori*: призначте лікування за схемою на основі препаратів першого ряду у відповідних дозах для ліквідації *H. pylori*, згідно з національними настановами. Курс лікування передбачає прийом 2 антибіотиків (як правило, 2 з таких: амоксицилін, кларитроміцин та метронідазол) і 1 інгібітора протонної помпи протягом 14 днів. Пояснійте членам сім'ї, чому важливо дотримуватися призначеного режиму лікування.

- ▶ Для знеболення та загоєння виразок призначайте інгібітори протонної помпи, зокрема омепразол у дозуванні 1 мг/кг.

### Подальше спостереження

Перевіряйте успішність лікування дітей, інфікованих *H. pylori*, щонайменше через 4 тижні після завершення курсу лікування за допомогою дихального тесту з сечовиною чи аналізу фекалій на виявлення антигенів *H. pylori*. Пам'ятайте, що перед тестуванням дитина не має приймати інгібіторів протонної помпи протягом 2 тижнів і антибіотиків — протягом 4 тижнів.

## 6.7 Біль у грудях

Термін «біль у грудях» у різних частинах світу має різні конотації, але, як правило, говорячи про «біль у грудях» у дорослих і в дітей, мають на увазі різне. Такий симптом часто викликає страх і тривогу в дітей чи підлітків та членів їхніх сімей, які, як правило, починають підозрювати проблеми з серцем. Проте більшість дітей та підлітків, які скаржаться на біль у грудях, не мають хвороб серця чи інших серйозних станів (таблиця 52, с. 358).

### Анамнез

- Характеристики болю:
  - Поява: гострий (часто з боку органів дихальної системи або біль «у серці»), хронічний (часто ідіопатичний, психогенний біль або біль у кістках і м'язах)
  - Тип: колючий, пекучий
  - Інтенсивність
  - Локалізований (часто біль у кістках і м'язах чи плевральний біль) або дифузний
  - Поширення: чи віддає біль у якусь іншу частину тіла (нетипово для дітей)
  - Тривалість
  - Біль посилюється при кашлянні чи фізичному навантаженні (біль з боку органів дихальної системи або опорно-рухового апарату) або під час ковтання чи прийому їжі (шлунково-кишковий біль)
  - Зникнення: коли та через що біль зникає.
- Супутні симптоми: підвищення температури тіла, нудота, блювання, регургітація, пітливість, пальпітації, синкопе, кашель, втома
- Травми
- Удавлення або аспірація стороннього предмета
- Тривожність, проблеми чи конфлікти в сім'ї чи у школі
- Хвороби серця, респіраторні захворювання, операції на серці, синдром Кавасакі, серповидноклітинна анемія в анамнезі
- Прийом лікарських засобів, напр., нестероїдних протизапальних засобів
- Вроджені вади серця, СРДС або спадкові захворювання, пов'язані зі структурною кардіопатією, в сімейному анамнезі.

## Обстеження

Виміряйте показники життєдіяльності: частоту серцевих скорочень, частоту дихання, артеріальний тиск, SpO<sub>2</sub>, температуру тіла.

Проведіть повний фізикальний огляд (с. 12) та перевірте наявність таких ознак:

- Блідість, ціаноз
- Набряки
- Час наповнення капілярів більше ніж 2 с
- Слабкі або відсутні пахвовий та феморальний пульси
- Аритмія, тахікардія чи брадикардія
- Набряки, асиметричні синці на стінці грудної клітки
- Біль у місці з'єднання ребер із грудиною при пальпації
- Збільшення печінки, болючість в епігастральній ділянці
- Шум тертя, шуми, аритмія, віддалені звуки
- Дихальний розлад (прискорене дихання, западання грудної клітки)
- Гіповентиляція, свистячі хрипи, вологі хрипи
- Висипання на шкірі, виразки в ротовій порожнині.

## Дослідження

У випадку дітей та підлітків, у яких чітко визначена причина, результати огляду яких у нормі або в яких виявлені відхилення відповідають причинам, пов'язаним із опорно-руховим апаратом чи ШКТ, подальші дослідження не потрібні.

Залежно від анамнезу й клінічної картини:

- Рентген ОГК при травмах грудної клітки, удавленні в анамнезі або при підозрі на пневмоторакс, тяжку пневмонію з ускладненнями, гострий грудний синдром при серповидноклітинній анемії
- ЕКГ при синкопе чи пальпітаціях, посиленні болю під час фізичного навантаження, наявності хвороб серця в медичному чи сімейному анамнезі, при високій тривожності або при підозрі на наявність кардіологічної причини
- Направляйте дитину на ехокардіограму або на подальші дослідження, якщо ви маєте підозри на кардіологічну причину або не можете встановити чіткого діагнозу.

## Диференціальна діагностика

Таблиця 52. Диференціальна діагностика болю в грудях

Діагностика	Фактори на користь
<b>Ідіопатичний біль</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невідоме походження</li> <li>• Інші причини виключені.</li> </ul>
<b>Біль у кістках і м'язах (с. 361)</b>	
<b>Травми</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Травми в анамнезі</li> <li>• Синці, переломи ребер та серйозні внутрішньогрудні травми.</li> </ul>
<b>Розтягнення м'язів</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Травми чи перевантаження в анамнезі (заняття спортом, хронічний кашель).</li> </ul>
<b>Костохондрит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай двосторонній, часто з ураженням &gt; 1 суглоба між грудиною й ребрами</li> <li>• Біль, як правило, у стані спокою, що посилюється на глибокому вдиху</li> <li>• Поява болю при пальпації.</li> </ul>
<b>Синдром Тітце</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Запалення суглобів між грудиною та ребрами, як правило з ураженням лише одного суглоба</li> <li>• Видимий набряк та поява болю при пальпації.</li> </ul>
<b>Синдром ковзаючого ребра</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зміна положення гіпермобільних нижніх реберних хрящів</li> <li>• Періодичний гострий біль, після якого з'являється постійний біль (від незначного до сильного, що триває до декількох тижнів)</li> <li>• Посилення болю при зміні положення тіла, русі, виконанні певних дій.</li> </ul>
<b>Біль з боку органів дихальної системи</b>	
<b>Астма (с. 654)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди задишки або свистячих хрипів в анамнезі</li> <li>• Відчуття стискання у грудній клітці</li> <li>• Фізичні навантаження можуть викликати кашель, задишку, свистячі хрипи.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Пневмонія</b> (з плевральним випотом або без нього) <b>(с. 208)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель, прискорене дихання, западання нижньої частини грудної клітки</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Біль при вдиху.</li> </ul>
<b>Пневмоторакс</b> <b>(с. 361)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Первинний пневмоторакс: високі худорляві підлітки</li> <li>• Вторинний пневмоторакс: травми чи бронхоспазм/астма в анамнезі</li> <li>• Раптовий біль та задишка, зменшення рухливості грудної клітки з одного боку при диханні.</li> </ul>
<b>Плеврит</b> <b>(с. 361)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Запалення плеври, що його зазвичай викликає вірус; мінає самостійно</li> <li>• Біль під час вдихів та кашлю</li> <li>• Незначне підвищення температури тіла.</li> </ul>
<b>Плевродинія</b> <b>(с. 361)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вірус Коксакі (найчастіше)</li> <li>• Плеврит (див. вище)</li> <li>• Гострий спазматичний біль у грудях</li> <li>• Виразки в грудній порожнині, висипання на долонях та підшвах стоп.</li> </ul>
<b>Гострий грудний синдром</b> <b>(с. 689)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ускладнення в дітей із серповидноклітинною анемією</li> <li>• Підвищення температури тіла, кашель, прискорене дихання, свистячі хрипи, ретракції.</li> </ul>
<b>Шлунково-кишковий біль</b>	
<b>Езофагіт</b> <b>(див. «гастро-езофагеальна рефлюксна хвороба», с. 341)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль в епігастральній ділянці чи за грудиною, що посилюється під час прийому їжі</li> <li>• Гастроєзофагеальний рефлюкс в анамнезі, а також прийом лікарських препаратів чи алергії в анамнезі</li> <li>• Може супроводжуватися регургітацією, відчуттям печіння, блюванням, дратівливістю (у немовлят), респіраторними симптомами (хронічним кашлем, стридором, свистячими хрипами).</li> </ul>
<b>Проковтування стороннього предмета</b> <b>(с. 562)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптова поява симптомів</li> <li>• Біль або небажання ковтати, слинотеча</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Біль «у серці» (с. 361)</b>	
<b>Аритмія (с. 373)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аритмія при аускультатії</li> <li>• Іноді супроводжується пітливістю, пальпітаціями, синкопе.</li> </ul>
<b>Перикардит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вірусні, інші інфекційні причини або ідіопатичний біль</li> <li>• Біль за грудиною, що посилюється в лежачому положенні та послаблюється в положенні сидячи з нахилом тулуба вперед</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Шум тертя перикарда, тахікардія</li> <li>• Віддалені тони серця за наявності випоту.</li> </ul>
<b>Міокардит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто вірусні причини</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Міальгія, нездужання</li> <li>• Дихальний розлад</li> <li>• Непропорційна підвищенню температури тіла тахікардія</li> <li>• Ознаки кардіогенного шоку, аритмії, пальпітації, серцева недостатність (диспное, збільшення печінки).</li> </ul>
<b>Ішемія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рідко зустрічається в дітей; може бути пов'язана з вродженими вадами серця, синдромом Кавасаки (с. 284)</li> <li>• Щемливий прекардіальний біль, що іноді віддає в інші ділянки й має коротку тривалість (декілька хвилин) та посилюється при фізичних навантаженнях і підвищенні температури тіла й послаблюється у стані спокою.</li> </ul>
<b>Психогенний біль</b>	
<b>Тривожність (с. 594) або інші психічні розлади</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частіше зустрічається в підлітків</li> <li>• Страх, тривожність в анамнезі, часто викликані стресом</li> <li>• Прискорене та глибоке дихання (гіпервентиляція)</li> <li>• Відчуття стискання у грудній клітці</li> <li>• Відчуття поколювання або спазми в губах, кистях або стопах, запаморочення.</li> </ul>

## Лікування

- ▶ Призначайте лікування залежно від основної причини (відповідні сторінки зазначені в таблиці 52).
- ▶ Деякі причини болю в грудях минають самостійно (іноді можуть тривати декілька тижнів): ідіопатичний біль у грудях, плеврит, плевродонія, незначні травми, розтягнення м'язів (минають після відпочинку), костохондрит, синдром Тітце, синдром ковзаючого ребра.
- ▶ Призначайте парацетамол або ібупрофен у відповідних дозах для забезпечення знеболення (с. 566). Якщо необхідна протизапальна дія (напр., при костохондриті), віддавайте перевагу ібупрофену.
- ▶ При самообмежувальних станах заспокоюйте дитину й членів її сім'ї та пояснюйте особливості перебігу хвороби (через скільки днів/місяців очікується покращення стану); консультуйте щодо лікування вдома й підтримувальної терапії:
  - Прийому парацетамолу чи ібупрофену у відповідних дозах для забезпечення знеболення або в разі наявності в дитини сильної гарячки ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (с. 257)
  - Уникання рухів та дій, що можуть викликати біль
  - Необхідності контрольного візиту через 7 днів або раніше, якщо стан дитини погіршиться.

## Направлення

- ▶ Стабілізуйте стан дитини й терміново направляйте її до лікарні (с. 872) при підозрі на:
  - Перикардит
  - Міокардит
  - Міокардіальну ішемію
  - Аритмію
  - Гострий грудний синдром
  - Пневмоторакс (при напруженому пневмотораксі, що загрожує життю, див. інструкцію щодо проведення голкового торакоцентезу на с. 886)
  - Тяжку травму грудної клітки.

## 6.8 Шуми в серці

Шуми в серці відносно часто зустрічаються в дітей і підлітків. Їх часто виявляють під час планових медичних оглядів. Хоча більшість шумів у серці не несе жодної небезпеки, деякі з них можуть вказувати на вади серця. Відомі хвороби серця описані в главі 7, с. 650.

Слід розрізнати функціональні та патологічні шуми на основі характеристик, виявлених при аускультатії (таблиця 53), детального анамнезу та обстеження.

Більшість шумів у серці є функціональними й не потребують направлення до спеціаліста.

Терміново направляйте дитину до лікарні за наявності в неї ознак ціанозу або серцевої недостатності.

### Анамнез

- Вроджені вади серця, СРДС або спадкові захворювання, пов'язані зі структурною кардіопатією, в сімейному анамнезі
- Результати пренатального УЗД
- Відомі шуми в серці або відомі хвороби серця
- Ознаки серцевої недостатності або погана переносимість фізичних навантажень залежно від віку: проблеми з годуванням, пітливість, втома, затримка росту, синкопе, біль у грудях.

### Обстеження

Виміряйте показники життєдіяльності, зокрема  $SpO_2$  і частоту серцевих скорочень, та визначте час наповнення капілярів. Проведіть повний фізикальний огляд (с. 12) та перевірте:

- Характеристики шуму: час, інтенсивність, супутні звуки та реакцію на вдихання повітря й зміну положення тіла
- Аритмію, тахікардію чи брадикардію
- Слабкість або відсутність пахвового та феморального пульсів
- Ознаки серцевої недостатності: тахікардія, прискорене дихання, ціаноз, зміщення верхівкового поштовху, збільшення печінки, набряк. У немовлят симптоми можуть проявлятися сильніше під час годування
- Блідість.

**Таблиця 53. Характеристики функціональних та патологічних шумів у серці**

Характеристики	Функціональні	Патологічні
<b>Час</b>	Короткі систолічні (не повністю систолічні)	Систолічні або діастолічні
<b>Інтенсивність</b>	Незначні (1–2 ступеня)	Гучні (3–6 ступеня)
<b>Супутні звуки</b>	Відсутні	Клацання, вібрація, ритм галопу
<b>Реакція на вдих</b>	Стають гучнішими після вдиху	Без змін
<b>Реакція на зміну положення тіла</b>	У вертикальному положенні м'якші, ніж у положенні на спині	Без змін

### Направлення

- ▶ Терміново направляйте дитину до лікарні за наявності в неї ознак ціанозу, серцевої недостатності, слабкого пульсу при пальпації, аномальних показників життєдіяльності.
- ▶ Видавайте направлення до дитячого кардіолога для подальших досліджень, якщо:
  - Виявлено характеристики патологічних шумів або якщо патологічні шуми не можуть бути виключені
  - В анамнезі наявні аномалії на ехокардіограмі плода
  - Дитина має основне захворювання, пов'язане з підвищеним ризиком хвороб серця
  - Немовляті < 12 місяців.

#### 6.8.1 Функціональні («невинні») шуми

Під час планових оглядів у здорових немовлят або дітей можуть бути виявлені функціональні шуми (піки орієнтовно у віці 5 років). Їх причиною є незначна турбулентність кровотоку.

#### Ознаки і симптоми

- Шуми (часто вони більш гучні та їх легше виявити при гарячкових захворюваннях) при аускультатії серця:

- Шум Стілла — музикальний вібраційний систолічний шум біля лівого краю грудини (у дітей молодшого віку)
- Шум над легеневою артерією — м'який «дуючий» шум біля верхнього лівого краю грудини (у дітей старшого віку)
- Периферичний стеноз легеневої артерії — шум, аналогічний шуму над легеневою артерією, який поширюється на спину (минає до досягнення дитиною 3–6 місяців)
- Каротидний шум — систолічний шум 2-го ступеня інтенсивності, що прослуховується над ключицями уздовж сонних артерій (у дітей усіх вікових груп)
- Венозний шум — безперервний шум над або під ключицями; інтенсивність змінюється у відповідь на поворот голови та тиск на яремну вену; шум зникає в положенні на спині (у дітей молодшого віку).

- Інші симптоми відсутні.
- Відсутність будь-яких патологій за результатами огляду.

### Лікування

- ▶ Заспокойте членів сім'ї та пояснюйте, що функціональні шуми в серці не становлять жодного ризику для дитини й не потребують проведення подальших досліджень. У більшості випадків вони зникають спонтанно.
- ▶ Якщо ви не впевнені в тому, що шум є функціональним, проведіть повторний огляд дитини (коли мине гарячка, якщо в дитини є такий симптом, або через 2–4 тижні) або направляйте її для додаткового оцінювання. Якщо характеристики шуму змінюються на патологічні, направляйте дитину для подальшого оцінювання.

### 6.8.2 Патологічні шуми

Частими причинами патологічних шумів у дітей та підлітків є:

- Вроджені вади серця (с. 182)
- Мітральна регургітація, викликана ревматичною хворобою серця (с. 368), пролапсом мітрального клапана, міокардитом (с. 255), інфекційним ендокардитом (с. 366) або серцевою недостатністю (с. 365)
- Перикардит: характерний шум тертя перикарда (с. 255).

У всіх дітей, у яких прослуховуються потенційно патологічні шуми, потрібно проводити подальші дослідження. Залежно від можливостей, наявних у

вашому закладі охорони здоров'я, ви можете одразу направити дитину до спеціаліста або зробити перед направленням рентген ОГК та ЕКГ. Залежно від клінічного стану дитини, видайте термінове або планове направлення.

### Серцева недостатність

Серцева недостатність може бути ознакою декомпенсації наявного стану, такого як вроджена вада серця (що зазвичай проявляється в перші місяці життя), гостра ревматична лихоманка, серцева аритмія, міокардит, гнійний перикардит із констрикцією, інфекційний ендокардит, гострий гломерулонефрит, тяжка анемія, тяжка пневмонія та важке недоїдання. Серцеву недостатність може спровокувати чи посилити перевантаження рідиною у вразливих дітей, зокрема дітей із недоїданням, особливо при в/в введенні рідин у великих об'ємах.

### Анамнез

Залежно від віку дитини:

- Труднощі з годуванням
- Пітливість
- Затримка росту в немовлят
- Задишка під час фізичних навантажень
- Втома або непритомність при фізичних навантаженнях.

### Обстеження

Виміряйте показники життєдіяльності, зокрема  $SpO_2$ . Проведіть фізикальний огляд (с. 12) та перевірте наявність таких ознак:

- Ціаноз (блідо-сіре або синюшне забарвлення шкіри) або диференціальний ціаноз:  $SpO_2$  у стопах нижча, ніж у правій руці
- Слабкий феморальний пульс
- Прискорене дихання та дихальний розлад, особливо в немовлят під час годування
- Аускультация серця: шуми в серці (у деяких випадках), гучний другий тон серця або ритм галопу, тахікардія або брадикардія, зміщення верхівкового поштовху ліворуч
- Аускультация легень: дрібнобульбашкові вологі хрипи в основі легень
- Збільшення печінки, відчутне при пальпації
- Підвищений яремний венозний тиск у дітей старшого віку та підлітків

## СЕРЦЕВА НЕДОСТАТНІСТЬ

- Набряки рук, щиколоток чи стоп або обличчя (навколо очей)
- Тривалий час наповнення капілярів
- Зменшення діурезу.

### Лікування і направлення

Терміново направляйте всіх дітей із підозрюваною чи підтвердженою серцевою недостатністю для отримання спеціалізованої допомоги. До та під час транспортування:

- ▶ При дихальному розладі, центральному ціанозі чи низькому рівні  $SpO_2$  забезпечуйте кисневу підтримку.
- ▶ За можливості не застосовуйте інфузійну терапію.
- ▶ Розміщуйте дитину чи підлітка в напівсидячому положенні.
- ▶ Знижуйте підвищену температуру тіла за допомогою парацетамолу для зменшення навантаження на серце.

### Подальше спостереження

- ▶ Інформацію щодо надання допомоги дітям чи підліткам із вродженими чи набутими хворобами серця див. на с. 650.

### Інфекційний ендокардит

Інфекційний ендокардит — це інфекція ендокарда і серцевих клапанів з утворенням тромбу й розмноженням бактерій. Найчастішими збудниками цієї інфекції є стафілококи й стрептококи, але іноді її можуть викликати й інші організми. Вона часто є ускладненням уже наявних клапанних вад серця.

### Анамнез

Фактори ризику інфекційного ендокардиту:

- Вроджені вади серця (с. 182)
- Центральні венозні катетери або внутрішньосерцеві пристрої, наприклад, протезні чи біопротезні клапани, імплантовані кардіовертери-дефібрилятори
- Ревматичні хвороби серця (с. 368).

## Ознаки і симптоми

- Незначне підвищення температури тіла, що триває більше ніж 7 днів (підгострий прояв) або сильна гарячка (гострий прояв)
- Шуми в серці, супутня хвороба серця
- Втрата ваги з незрозумілих причин
- Втома
- Збільшення селезінки
- Блідість (анемія)
- Біль у суглобах, біль у м'язах
- Петехії
- Потовщення кінцевих фаланг пальців рук
- Осколкові крововиливи під нігтями.

## Дослідження

Після направлення в лікарні зазвичай проводять:

- ▶ Як мінімум 3 культуральні дослідження крові, взятої з різних місць венепункції протягом 24 годин (або протягом однієї години, якщо стан дитини критичний)
- ▶ Ехокардіографію
- ▶ Інші дослідження, що можуть бути необхідними, такі як аналіз на рівень маркерів запалення, рівень гемоглобіну, аналіз сечі.

## Направлення

У випадку підозри на інфекційний ендокардит терміново направляйте дитину до лікарні для підтвердження діагнозу на основі критеріїв діагностики (модифікованих критеріїв Дюка), для в/в лікування антибіотиками (упродовж 2–6 тижнів) та підтримувальної терапії. Може бути необхідним хірургічне втручання.

## Профілактика

Для дітей і підлітків, які перенесли інфекційний ендокардит, може існувати високий ризик виникнення нового епізоду. Див. інформацію щодо профілактичних заходів на с. 652 та консультуйте членів сім'ї.

## Ревматична хвороба серця

Ревматична хвороба серця — це аномальна реакція імунної системи на стрептококові інфекції групи А, яка виникає в молодих людей. Вона виникає після перенесення гострої ревматичної лихоманки (с. 270). Тяжкі чи повторювані епізоди гострої ревматичної лихоманки можуть спричинити пошкодження серцевих клапанів (найчастіше мітрального, рідше — аортального, ще рідше — трикуспідального).

### Анамнез і обстеження

- Рецидивуючі інфекції горла (с. 270) або гостра ревматична лихоманка (с. 270) в анамнезі
- Симптоми серцевої недостатності: задишка, втома, набряк
- Шуми в серці, кардіомегалія або набряк легень.

### Дослідження

Направляйте дитину на ехокардіографію.

### Диференціальна діагностика

Вроджені вади серця та ендокардит.

### Направлення

Направляйте пацієнта до спеціаліста (за можливості до дитячого кардіолога) для підтвердження діагнозу та визначення плану лікування. Дітей з ознаками серцевої недостатності необхідно терміново направляти до лікарні.

### Лікування

Медична просвіта, підтримка та довгострокове ведення молодих людей із ревматичною хворобою серця є важливими завданнями на рівні первинної медичної допомоги.

- ▶ У дітей і підлітків, які мали епізоди гострої ревматичної лихоманки або в яких діагностували ревматичну хворобу серця, слід розпочинати вторинну антибіотикопрофілактику для зменшення ризику виникнення епізодів гострої ревматичної лихоманки та прогресування захворювання в майбутньому (с. 653).
- ▶ Забезпечуйте дотримання призначеного режиму лікування та належне контрольне спостереження відповідно до плану лікування, визначеного спеціалістом.

- ▶ Ознайомтеся з необхідними профілактичними заходами (с. 650). Консультуйте членів сім'ї щодо здорового способу життя, догляду за зубами (с. 652) та збереження репродуктивного здоров'я (с. 758).

У випадку дітей із ускладненнями та дітей на пізніх стадіях захворювання може бути потрібне додаткове лікування для полегшення симптомів та досягнення кращих клінічних результатів:

- Медикаментозне лікування (діуретиками при серцевій недостатності та антиаритмічними препаратами при порушеннях ритму), призначене спеціалістом
- Операція на серці: у випадках, коли дитина має ознаки серцевої недостатності, які неможливо усунути за допомогою медикаментозного лікування, існує необхідність проведення операції з заміни серцевого клапана протезним серцевим клапаном. Залежно від типу клапана може бути необхідна довічна антикоагулянтна терапія.

## 6.9 Пальпітації

Пальпітації — це відчуття пацієнтом власного серцебиття. Їх відчувають та описують як прискорене чи посилене серцебиття або нерегулярний серцевий ритм.

У дітей вони, як правило, виникають у відповідь на фізіологічні стимули, такі як підвищення температури тіла, фізичні навантаження, тривожність або анемія, а не через кардіологічні причини, такі як, наприклад, аритмія. У рідкісних випадках пальпітації можуть бути пов'язані зі станами, що загрожують життю (таблиця 54).

### Анамнез

- Характеристики пальпітацій:
  - Раптові або поступові початок і завершення епізоду
  - Швидкий/регулярний/ нерегулярний серцевий ритм
- Супутні симптоми: підвищення температури тіла, пітливість, головний біль, тахікардія, прискорене дихання, ціаноз, біль у грудях, синкопе, втрата маси тіла
- Зв'язок із фізичними навантаженнями
- Вживання психоактивних речовин, тютюну, кави чи лікарських засобів, зокрема  $\beta$ -агоністів короткої дії (SABA) (напр., сальбутамолу)
- Захворювання серця, цукровий діабет або інші захворювання в анамнезі
- Вроджені вади серця або спадкові захворювання, пов'язані зі структурною кардіопатією, в сімейному анамнезі.

### Обстеження

Вимірюйте показники життєдіяльності:  $\text{SpO}_2$ , температуру тіла та артеріальний тиск. Проводьте повний фізикальний огляд (с. 12) та перевіряйте наявність таких ознак:

- Аритмії, тахікардії чи брадикардії
- Ціанозу, блідості
- Набряків
- Слабкості або відсутності пахвового та феморального пульсів
- Збільшення печінки
- Виряченості очей, набряку щитоподібної залози (зоб).

## Дослідження

Залежно від анамнезу та результатів фізикального огляду:

- ЕКГ за наявності ознак, що вказують на хворобу серця, за наявності захворювань серця в анамнезі або при пальпітаціях, пов'язаних із фізичними навантаженнями
- Аналіз на гемоглобін при підозрі на анемію
- Аналіз глюкози в крові при підозрі на гіпоглікемію
- Дослідження функцій щитоподібної залози при підозрі на гіпертиреоз
- Можливе проведення інших досліджень (напр., аналізу для визначення концентрації серцевого тропоніну, цілодобового моніторингу ЕКГ).

**Примітка:** деякі типи аритмії можуть залишитися невиявленими в дітей, які є безсимптомними на момент проведення обстеження, напр., надшлуночкова тахікардія (с. 373).

## Диференціальна діагностика

**Таблиця 54. Диференціальна діагностика пальпітацій**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Анемія</b> (с. 452)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Блідість, блідість кон'юнктиви</li> <li>• Іноді шуми в серці.</li> </ul>
<b>Гіпертиреоз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пітливість, непереносимість спеки</li> <li>• набряк щитоподібної залози (зоб)</li> <li>• Вирячені очі</li> <li>• Втрата ваги.</li> </ul>
<b>Тривожність</b> (с. 594)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прискорене дихання (гіпервентиляція)</li> <li>• Іноді підвищений артеріальний тиск.</li> </ul>
<b>Наслідки вживання лікарських засобів чи психоактивних речовин</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вживання лікарських засобів чи психоактивних речовин в анамнезі</li> <li>• Вживання тютюну, кави.</li> </ul>
<b>Гіпоглікемія</b> (с. 673)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тахікардія, пітливість</li> <li>• Слабкість</li> <li>• Тремор</li> <li>• Знервованість, відчуття голоду.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Міокардит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Міальгія, нездужання</li> <li>• Біль у грудях, дихальний розлад</li> <li>• Непропорційна підвищенню температури тіла тахікардія</li> <li>• Ознаки кардіогенного шоку, аритмії, пальпітації, серцева недостатність (диспное, збільшення печінки).</li> </ul>
<b>Аритмія (с. 373)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Іноді хвороби серця або операції на серці в анамнезі</li> <li>• Раптові початок та кінець епізоду</li> <li>• Блідість, прискорене дихання</li> <li>• Нерегулярний серцевий ритм, сповільнене чи прискорене серцебиття.</li> </ul>
<b>Феохромоцитомата</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тахікардія</li> <li>• Пітливість</li> <li>• Головний біль</li> <li>• Підвищений артеріальний тиск.</li> </ul>
<b>Отруєння (с. 834)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вплив отруйних речовин в анамнезі</li> <li>• Ознаки й симптоми залежать від отруйної речовини.</li> </ul>

## Лікування

- ▶ Призначайте лікування основної причини (відповідні сторінки зазначені в таблиці 54).
- ▶ За можливості припиняйте вживання лікарських засобів чи психоактивних речовин, якщо вони є причиною пальпітацій.
- ▶ Після виключення специфічних станів заспокойте дитину чи підлітка та членів сім'ї. Просить їх знову прийти на прийом у разі появи нових симптомів.

## Направлення

Терміново направляйте дитину для отримання спеціалізованої допомоги у разі:

- Підозри на міокардит, феохромоцитому
- Нестабільного стану або наявності ознак необхідності невідкладної допомоги (с. 798)

- Виявлення відхилень на ЕКГ та наявності інших симптомів (напр., синкопе).

Направляйте дитину до спеціаліста у разі:

- Наявності відомих вроджених вад серця чи інших хвороб серця
- Наявності пальпітацій, пов'язаних із фізичними навантаженнями, синкопе чи болю в грудях
- Виявлення відхилень на ЕКГ за відсутності інших симптомів
- Підозри на гіпертиреоз.

### 6.9.1 Аритмії

Аритмії (брадиаритмія, тобто уповільнення серцебиття, та тахіаритмія, тобто прискорення серцебиття), як правило, є наслідком структурних вад серця, гострих хвороб серця (напр., міокардиту) або інших першопричин чи захворювань (напр., дихальної недостатності з гіпоксією, ацидозу, гіпотонії, отруєння, порушення водно-електролітного балансу).

- ▶ У першу чергу слід визначити та усунути основну причину чи захворювання.
- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста для проведення подальших досліджень та підтвердження діагнозу; дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування.

### Надшлуночкова тахікардія

Надшлуночкова тахікардія — це найпоширеніша первинна аритмія в дітей.



Надшлуночкова тахікардія — це стан, що загрожує життю, і може призводити до кардіогенного шоку.

### Анамнез і обстеження

Вимірюйте показники життєдіяльності: частоту серцевих скорочень,  $SpO_2$ , артеріальний тиск та визначте час наповнення капілярів.

Проводьте повний фізикальний огляд (с. 12) та перевіряйте наявність таких ознак:

- Раптові початки тахікардії в анамнезі
- Частота серцевих скорочень  $> 220$  ударів/хвилину (уд/хв) в немовлят або  $> 180$  уд/хв у дітей

- Пітливість, блідість, ціаноз
- У немовлят: проблеми з годуванням, дратівливість, тривалий плач, утруднене дихання, особливо під час годування
- У дітей старшого віку: пальпітації, біль у грудях, знервованість
- Ознаки серцевої недостатності: прискорене дихання, вологі хрипи, збільшення печінки
- Рівень свідомості (за шкалою AVPU (**A** [alert] — притомний, **V** [voice] — реагує на голос, **P** [pain] — реагує на біль, **U** [unconscious] — непритомний), с. 798)
- Відсутність або слабкість пахвового та феморального пульсів.

### Дослідження

Терміново робіть ЕКГ. При надшлуночкової тахікардії спостерігається вузький комплекс QRS та відсутні або аномальні зубці P на всіх відхиленнях.

### Лікування

У пацієнтів із гемодинамічною нестабільністю (зі зниженим рівнем свідомості, тривалим часом наповнення капілярів, низьким артеріальним тиском, ознаками серцевої недостатності):

- ▶ Забезпечуйте прохідність дихальних шляхів (с. 804), і подачу кисню (с. 807) та терміново направляйте для проведення синхронізованої електричної кардіоверсії.

Якщо дитина гемодинамічно стабільна під час епізоду надшлуночкової тахікардії:

- ▶ Спробуйте виконати вагальні маневри, при цьому забезпечуючи постійний моніторинг стану дитини: прикладіть до її лоба лід та потримайте його протягом не довше ніж однієї хвилини, запобігаючи при цьому утрудненню дихання та використовуючи захисний елемент (напр., тканину) для уникнення пошкодження шкіри.
- ▶ Для дітей старшого віку застосовуйте маневри Вальсальви: попросіть дитину напружитися чи подмухати в закупорену з іншого боку трубку. **НЕ СЛІД** робити каротидний масаж або натискати на очі.
- ▶ Якщо вагальні маневри не дають негайного результату, продовжуйте постійно моніторувати стан дитини та організуйте негайне її направлення для лікування аденозином. **НЕ СЛІД** відкладати направлення для проведення вагальних маневрів.

## Направлення

Негайно направляйте дитину для надання екстреної допомоги при епізоді шлуночкової тахікардії.

Якщо дитина асимптоматична під час прийому чи після конверсії, направляйте її до спеціаліста для проведення подальших досліджень та можливого лікування для запобігання рецидивам.

## 6.10 Синкопе

Синкопе — короткочасна повна втрата свідомості та постурального тону-су. Для синкопе характерні:

- Раптова поява
- Коротка тривалість
- Спонтанне та повне повернення до свідомості.

Його викликає короткочасна гіперфузія мозку, яка може мати різні причини. У більшості випадків такі причини не шкідливі, але іноді вони можуть вказувати на серйозні захворювання, що загрожують життю (таблиця 56, с. 378).

### Анамнез

- Характеристики синкопе:
  - Тригер
  - Продром
  - Тривалість епізоду
  - Наявність судом під час епізоду
  - Прийом лікарських засобів.
- Зв'язок із фізичними навантаженнями
- Пов'язані пальпітації та/або біль у грудях
- Попередні епізоди судом
- Відомі захворювання серця
- Повторювані епізоди
- СРДС, вроджені вади серця, спадкові захворювання, пов'язані зі структурною кардіопатією, у сімейному анамнезі.

### Обстеження

Вимірюйте показники життєдіяльності: SpO<sub>2</sub> та артеріальний тиск. Проводьте повний фізикальний огляд (с. 12) та перевіряйте наявність таких ознак:

- Блідості, ціанозу
- Аритмічного пульсу, тахікардії, брадикардії чи шумів у серці при аускультатії
- Неврологічних ознак, таких як змінений психічний стан, зниження рівня свідомості, атаксія, зниження тону-су та сили м'язів, відсутність рефлексів, нестійка хода, аномалії, виявлені при обстеженні черепно-мозкових нервів

- Збиття (можливі травми, отримані внаслідок втрати постурального тону).

### Дослідження

Залежно від анамнезу та результатів фізикального огляду:

- Аналіз на гемоглобін при підозрі на анемію
- Аналіз глюкози в крові при підозрі на гіпоглікемію
- ЕКГ.

### Диференціальна діагностика

Слід уміти відрізнити синкопе від інших станів, що супроводжуються короткочасною чи очевидною втратою свідомості (таблиця 55).

У разі підтвердження діагнозу «синкопе» слід визначити його причину (таблиця 56).

**Таблиця 55. Диференціальна діагностика короткочасної чи очевидної втрати свідомості**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Синкопе</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптова поява</li> <li>• Коротка тривалість</li> <li>• Спонтанне та повне повернення до свідомості.</li> </ul>
<b>Судоми (с. 522)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай відсутній продром</li> <li>• Ціаноз, почервоніння</li> <li>• Аномальні рухи з початку епізоду</li> <li>• Відсутнє спонтанне та повне повернення до свідомості.</li> </ul>
<b>Мігрень (с. 520)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Продром</li> <li>• Головний біль до та після втрати свідомості (не проходить повністю).</li> </ul>
<b>Гіпоглікемія (с. 673)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата свідомості зазвичай не повна, вона характеризується поступовим початком та довшою тривалістю</li> <li>• Повернення до свідомості після введення глюкози (відсутність спонтанного повернення до свідомості)</li> <li>• Супроводжується тахікардією, пітливістю, слабкістю, тремором.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Тяжка анемія (с. 452)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Поступова поява перед втратою свідомості, зокрема, таких симптомів, як блідість, втома, слабкість.</li> </ul>
<b>Тривожність (с. 594)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Тривожність із гіпервентиляцією в анамнезі</li> <li>Викликана гіпервентиляцією, емоційним стресом, кризою тривожності.</li> </ul>

Таблиця 56. Причини синкопе

Діагностика	Фактори на користь
<b>Найчастіші причини</b>	
<b>Вазовагальне синкопе (непритомність) (с. 379)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Найчастіша причина синкопе в дітей та підлітків</li> <li>Часто зустрічається у дівчат підліткового віку</li> <li>Тригери: біль, тривожність, стрес</li> <li>Продром: пітливість, нудота, блідість, запаморочення, візуальні порушення.</li> </ul>
<b>Ортостатична гіпотонія (с. 379)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Виникає при різкій зміні положення тіла (напр., при вставанні з ліжка)</li> <li>Може бути пов'язана зі зневодненням, анемією, прийомом лікарських засобів.</li> </ul>
<b>Афективно-респіраторні напади (с. 379)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Як правило, зустрічаються в дітей віком 6–24 місяці</li> <li>Тригери: біль, злість або страх</li> <li>Ціаноз чи блідість</li> <li>Затримування дихання перед втратою свідомості.</li> </ul>
<b>Кардіологічні причини, що загрожують життю</b>	
<b>Аритмії (с. 373)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Іноді хвороби серця або операції на серці в анамнезі</li> <li>Раптові початок та кінець епізоду</li> <li>Блідість, прискорене дихання</li> <li>Пальпітації, біль у грудях</li> <li>Нерегулярний серцевий ритм, сповільнене чи прискорене серцебиття.</li> </ul>
<b>Структурна хвороба серця</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вроджені вади серця (с. 182), ревматична хвороба серця (с. 368), синдром Кавасакі (с. 284) в анамнезі.</li> </ul>

## Лікування

- ▶ Ідентифікуйте дітей із будь-якими станами, що загрожують життю, та забезпечуйте їм невідкладне лікування або направлення.

### Кардіологічні причини

- ▶ Направляйте до спеціаліста для проведення подальших досліджень та розробки плану лікування.

### Вазовагальне синкопе

- ▶ Лікування зазвичай не потрібне. Якщо повторювані епізоди синкопе залишаються непередбачуваними або вони трапляються часто, направляйте дитину до спеціаліста для аналізу необхідності призначення специфічного лікування.
- ▶ За можливості уникайте призначення лікарських засобів, що знижують артеріальний тиск.
- ▶ Пояснюйте дитині чи підлітку та членам сім'ї, що це нешкідливий стан, який не вказує на хворобу серця чи головного мозку.
- ▶ Рекомендуйте опікунам піднімати ноги дитини у разі виникнення синкопе.
- ▶ Консультуйте щодо того, як уникати повторення епізоду:
  - Слід визначити тригери, серед яких може бути пиття недостатньої кількості води, вплив високих температур, скупчення людей, різкий підйом, та уникати їх.
  - При появі перших симптомів, таких як нудота, запаморочення чи візуальні порушення, слід негайно сісти чи лягти та схрестити ноги, сісти навпочіпки, з'єднати кисті рук та напружити руки.

### Ортостатична гіпотонія

- ▶ Пояснюйте дитині чи підлітку та членам сім'ї, що це нешкідливий стан, який не вказує на хворобу серця чи головного мозку.
- ▶ Рекомендуйте опікунам піднімати ноги дитини в разі виникнення синкопе.
- ▶ Консультуйте щодо того, як уникати повторення епізоду (див. рекомендації вище в секції «Вазовагальне синкопе»).

### Афективно-респіраторні напади

- ▶ Пояснюйте членам сім'ї, що це нешкідливий процес, та консультуйте їх щодо дій під час такого епізоду (робоча пам'ятка 30).

**Робоча пам'ятка 30. Афективно-респіраторні напади****Афективно-респіраторні напади**

- Афективно-респіраторні напади стаються, коли дитина сердита, налякана чи засмучена або якщо в дитини виникає раптовий біль, через що вона затримує дихання і втрачає свідомість. Такі напади є рефлексивними, вони не є зумисними діями дитини й не є ознакою наявності поведінкової проблеми.
- Афективно-респіраторні напади викликають тривогу в батьків, але зазвичай вони не шкодять дитині. Дитина швидко й повністю повертається до свідомості без жодних довготривалих наслідків.
- Лікування не потрібне. Такі напади зазвичай припиняються до досягнення дитиною 6-річного віку.

**Як діяти під час афективно-респіраторного нападу:**

- Зберігайте спокій.
- Покладіть дитину на спину.
- Перевірте, чи немає в дитини в роті їжі або будь-якого предмета, що може спричинити удушення: не кладіть нічого дитині в рот.
- Приберіть усі предмети поблизу, якщо дитина має судоми.

**НЕ** трусіть дитину та не плескайте її по щоках.

- Якщо дитина не повертається до свідомості чи не реагує протягом 2 хвилин після втрати свідомості, можливо, це не афективно-респіраторний напад. Негайно зверніться по медичну допомогу.

## 6.11 Підвищений артеріальний тиск

Підвищений артеріальний тиск (артеріальну гіпертонію) в дітей та підлітків, як правило, виявляють випадково. Есенціальна гіпертонія найчастіше зустрічається в підлітків. Що менший вік дитини, то вища ймовірність наявності першопричини.

- З боку нирок (найчастіше): наслідки пієлонефриту, гострого чи хронічного гломерулонефриту, обструктивної уропатії, рефлюксної нефропатії, реноваскулярної хвороби, ГУС, полікістозу нирок
- З боку серцево-судинної системи (наприклад, коарктація аорти)
- З боку ендокринної системи: пов'язана з наднирковою залозою (синдром Кушинга), щитоподібною залозою
- Інші причини: стероїдна терапія, підвищений внутрішньочерепний тиск.

Такі фактори, як ожиріння, недоношеність, низька маса тіла при народженні, спадковість, дієта чи стрес, підвищують ризик розвитку артеріальної гіпертонії.

### Діагностика

Нормальним артеріальним тиском вважається систолічний і діастолічний артеріальний тиск, рівень яких є нижчим за 90-й перцентиль для відповідних статі, віку і зросту.

Артеріальною гіпертонією вважається систолічний і діастолічний тиск, рівень якого  $\geq$  95-й перцентиль для відповідних статі, віку і зросту.

Таблиця 57 — це спрощений інструмент для визначання того, чи є в пацієнта гіпертонія, у клінічній практиці.

### Анамнез

- Гіпертонія або захворювання нирок у сімейному анамнезі
- Недоношеність, низька маса тіла при народженні, ІСВШ, вроджені аномалії нирок чи сечовивідних шляхів в анамнезі
- Прийом лікарських засобів (глюкокортикоїдів, оральних контрацептивів), вживання кофеїновмісних напоїв чи наркотичних речовин у підлітковому віці (кокаїну, амфетаміну)
- Хропіння, апное уві сні.

**Таблиця 57. Граничні значення артеріального тиску для діагностики підвищеного артеріального тиску та гіпертонії<sup>1</sup>**

	Систолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.)		Діастолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.)	
	Підвищений артеріальний тиск <sup>2</sup> ( $\geq p90 - < p95$ )	Гіпертонія ( $\geq p95$ )	Підвищений артеріальний тиск <sup>2</sup> ( $\geq p90 - < p95$ )	Гіпертонія ( $\geq p95$ )
1 рік	$\geq 100 - < 105$	$\geq 105$	$\geq 50 - < 55$	$\geq 55$
2 роки	$\geq 100 - < 105$	$\geq 105$	$\geq 55 - < 60$	$\geq 60$
5 років	$\geq 105 - < 110$	$\geq 110$	$\geq 65 - < 70$	$\geq 70$
10 років	$\geq 115 - < 120$	$\geq 120$	$\geq 75 - < 80$	$\geq 80$
15 років	$\geq 125 - < 130$	$\geq 130$	$\geq 80 - < 85$	$\geq 85$
Дорослі	$\geq 130 - < 140$	$\geq 140$	$\geq 85 - < 90$	$\geq 90$

<sup>1</sup> Значення наведені для хлопців та дівчат, зріст яких відповідає 50-му перцентилію.

<sup>2</sup> Раніше використовувався термін «передгіпертонія».

## Обстеження

Вимірюйте артеріальний тиск (с. 878) на правій руці. В асимптоматичних пацієнтів гіпертонію необхідно підтвердити під час 3 різних візитів.

Проводьте повний фізикальний огляд (с. 12) та перевіряйте наявність таких ознак:

- Ожиріння
- Шкірні ознаки: коричневі плями, нейрофіброми, гірсутизм, васкуліт
- Шуми в серці, слабкість або відсутність периферичних пульсів
- Зовнішність, типова для людей із синдромом Кушинга: абдомінальне ожиріння, місяцеподібне обличчя, скупчення жирової тканини між плечима (бичачий горб), синці, рожеваті розтяжки на шкірі
- Утворення в нирках чи наднирниках, відчутні при пальпації ОЧП
- Вогнищева неврологічна симптоматика або змінений стан свідомості
- За можливості проводьте фундоскопію для оцінювання на гіпертонічну ретинопатію

- При підозрі на коарктацію аорти вимірюйте в дитини артеріальний тиск на обох верхніх та обох нижніх кінцівках у положенні лежачи.

! Пильнуйте ознаки й симптоми:

- **Гіпертонічного кризу:** значне підвищення артеріального тиску, що може впливати на функціонування органів та призводити до погіршення зору й серцевої недостатності (утруднене дихання, збільшення печінки), біль у грудях та ознаки й симптоми енцефалопатії (див. нижче)
- **Гіпертонічної енцефалопатії** (рідко): значне підвищення артеріального тиску, сильний головний біль, розмитість зору, блювання, прогресування до вогнищевої неврологічної симптоматики, змінений стан свідомості та кома.

### Дослідження

- Експрес-аналіз сечі (с. 386)
- ЗАК, аналізи на сечовину, креатинін, електроліти, аналіз функцій щитоподібної залози
- ЕКГ
- За необхідності проведення додаткових досліджень для визначення першопричини направляйте дитину до спеціаліста.

### Лікування

- ▶ **При гіпертонічному кризі або енцефалопатії терміново направляйте дитину** до лікарні, в якій наявні спроможності для проведення нейровізуалізації. Забезпечте надання допомоги за алгоритмом ABCDE (вставка 2, с. 800) та допомоги при судомах (с. 811) у разі їх наявності. Лікування при гіпертонічному кризі для зниження артеріального тиску необхідно починати **ЛИШЕ** в лікарні. Якщо існує ймовірність затримки транспортування, розглядайте доцільність початку антигіпертензивного лікування (напр., ніфедипіном сублінгвально). Не починайте лікування за наявності протипоказань, напр., гострих внутрішньочерепних травм, внутрішньочерепних об'ємних утворень, нескоригованої коарктації аорти, симпатичної гіперактивності.
- ▶ При артеріальній гіпертонії з невідомою причиною: направляйте до спеціаліста для проведення подальших досліджень та лікування. Лікування залежить від основної причини.

- ▶ Консультуйте щодо зміни способу життя, зокрема стосовно виконання фізичних вправ, дотримання дієти та належної гігієни сну, утримання від вживання алкоголю й тютюну (див. розділ «Ожиріння», с. 578)
- ▶ Якщо першопричини були виключені, а покращення не настало через 6 місяців після зміни способу життя, призначайте лікування есенціаль-ної гіпертонії. Розпочинайте монотерапію інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту (АПФ) (напр., еналаприлом), блокаторами рецепторів ангіотензину II (напр., лозартаном), антагоністами кальцію (напр., амлодіпіном) або бета-блокаторами (напр., пропранололом). Пам'ятайте про можливі побічні ефекти кожного класу антигіпертензивних засобів. Почніть із мінімальної дози й поступово збільшуйте її через кожні 2–4 тижні до досягнення контролю артеріального тиску. Додавайте другий антигіпертензивний засіб іншого класу, лише якщо контролю артеріального тиску не буде досягнуто через 2–4 тижні після початку застосування першого антигіпертензивного засобу в повній дозі.

### Подальше спостереження

- Після початку медикаментозного лікування повторно вимірюйте артеріальний тиск через кожні 2–4 тижні для коригування доз. У випадку позитивної відповіді на лікування та в разі досягнення цільового артеріального тиску поступово збільшуйте перерви між контрольними візитами до досягнення 3–6-місячного інтервалу.
- Розглядайте доцільність припинення терапії в дітей із легкою гіпертонією на її початкових стадіях, у яких монотерапія забезпечує належний контроль артеріального тиску та які відповідають на поточне немедикаментозне лікування, зокрема на зменшення маси тіла та обмеження споживання натрію. У випадку дітей із вторинною гіпертонією, у яких було визначено й усунено причину, також можливе припинення медикаментозного лікування. Після припинення медикаментозного лікування забезпечте немедикаментозне лікування й регулярний моніторинг артеріального тиску.
- Здійснюйте моніторинг стану дітей та підлітків, які перебувають на виключно немедикаментозному лікуванні, кожні 3–6 місяців для оцінювання успішності немедикаментозних заходів та можливої необхідності початку медикаментозної терапії.

## 6.12 Проблеми з нирками

<b>6.12.1</b>	<b>Протеїнурія</b>	<b>387</b>
	Нефротичний синдром	388
<b>6.12.2</b>	<b>Гематурія</b>	<b>388</b>
	Нефритичний синдром	390
	Постстрептококовий гломерулонефрит	390
	ГУС	391
	Пухлина нирки	392
<b>6.12.3</b>	<b>Ниркова недостатність</b>	<b>392</b>
	Гостре ураження нирок	392
	Хронічна ниркова недостатність	392

У дітей та підлітків можуть проявлятися симптоми захворювання нирок, або такі захворювання можуть бути виявлені випадково під час проведення обстеження, напр., при підвищеному артеріальному тиску, виявленні крові чи білка в сечі.

### Анамнез

- Симптоми, пов'язані з сечовипусканням: зміна кольору сечі, її запаху, об'єму, біль при сечовипусканні, нетримання сечі, підтікання сечі після сечовипускання, біль у животі чи в боках, гематурія, зміна напору струменя сечі
- Утворення в черевній порожнині
- Системні симптоми й ознаки:
  - Ниркова недостатність: втома, нудота, блювання, затримка росту, анурія
  - Гіпертонія: головний біль, судоми
  - Перевантаження рідиною: диспное, набряк
  - Гарячка без місцевих ознак.
- Симптоми першопричини проблем із нирками:
  - Нещодавно перенесена інфекція, підвищення температури, кров'яниста діарея
  - Аутоімунні захворювання: симптоми з боку очей, висипання, біль у суглобах, виразки в ротовій порожнині, кровохаркання, носова кровотеча

## ПРОБЛЕМИ З НИРКАМИ

- Травми в анамнезі
- Дія нефротоксичних препаратів: антибіотиків, противірусних, противірусних препаратів, хіміотерапії, рентгеноконтрастних препаратів
- Сімейний анамнез: гіпертонія, ниркова недостатність чи діаліз, кістозні захворювання нирок, гематурія, протейнурія, аутоімунні захворювання.

**Обстеження**

Вимірюйте показники життєдіяльності, зокрема артеріальний тиск та температуру тіла. Проводьте комплексне обстеження та перевіряйте наявність таких ознак:

- Блідості, перевантаження рідиною чи гіповолемії, затримки росту
- Ознак набряку легень, плевральних випотів
- Ознак застійної серцевої недостатності, гіпертонії
- Утворень у черевній порожнині, болючості в ділянці реберно-хребтового кута, можливості пальпації нирок та сечового міхура.

**Дослідження**

Експрес-аналіз сечі на білок, кров, лейкоцити, нітрити та кетони:

- Білок може вказувати на захворювання нирок та необхідність проведення подальших досліджень.
- Можлива очевидна наявність крові в сечі або наявність мікроскопічної гематурії.
- Лейкоцити й нітрити вказують на ІСВШ (с. 398).
- Кетони вказують на зневоднення чи метаболічні порушення.

Розгляньте доцільність проведення таких досліджень:

- ЗАК (анемія, морфологія еритроцитів, тромбоцити), аналізи на сечовину, електроліти, креатинін, кальцій (ниркові проби), С3, С4 (пов'язані з гломерулонефритом), альбумін у сироватці крові (нефротичний синдром)
- Мікроскопія сечі: еритроцити, інші типи клітин та циліндри, лейкоцити, культуральне дослідження (інфекції), креатинін, білок, кальцій (функції нирок)
- УЗД нирок для виявлення аномалій сечовивідних шляхів чи каменів у нирках

- Титри анти-ДНКаз В та АСЛО (постстрептококовий гломерулонефрит) у разі нещодавніх болю в горлі чи шкірної інфекції
- Антинуклеарні антитіла до дволанцюгової ДНК за наявності ознак аутоімунного захворювання.

### Лікування і направлення

Лікування залежить від основної причини.

- ▶ Направляйте дітей із симптомами, пов'язаними з серйозними захворюваннями нирок, аутоімунними захворюваннями, утвореннями в шлунковій порожнині, відхиленнями в результатах досліджень чи невідомим діагнозом для отримання спеціалізованої допомоги.

### 6.12.1 Протеїнурія

Протеїнурія в дітей та підлітків — це, як правило, нешкідливий стан, який виявляють випадково.

- Ортостатична протеїнурія є найпоширенішим типом серед дітей, особливо серед хлопців у підлітковому віці
- Транзиторна (функціональна) протеїнурія може виникати внаслідок підвищення температури тіла, фізичних навантажень, стресу або впливу холоду
- Стьйка протеїнурія може бути ознакою серйозного захворювання нирок, зокрема нефротичного синдрому (див. нижче).

### Анамнез і обстеження

- Гарячкові захворювання, фізичні навантаження, стрес, вплив низьких температур в анамнезі
- Виключення нефротичного синдрому (див. нижче).

### Дослідження

За відсутності в анамнезі транзиторної протеїнурії проведіть повторний експрес-аналіз першої порції сечі: відсутність протеїнурії підтверджує наявність ортостатичної протеїнурії.

### Лікування і направлення

- ▶ Транзиторна протеїнурія минає спонтанно.
- ▶ Пояснюйте опікунам і дитині, що епізоди транзиторної та ортостатичної протеїнурії нешкідливі та не потребують лікування.

## ПРОТЕЇНУРІЯ

- ▶ Направляйте дітей зі стійкою протеїнурією до спеціаліста.

**Нефротичний синдром**

Нефротичний синдром характеризується тяжкою протеїнурією, гіпоальбумінемією та набряками. У Європі більшість дітей із нефротичним синдромом має хворобу мінімальних змін, яка добре відповідає на лікування стероїдами; проте існує ризик виникнення рецидивів.

**Анамнез і обстеження**

- **Набряк (головний симптом):**
  - Незначний: невеликий набряк периорбітальної ділянки, мошонки чи статевих губ
  - Помірний: периферичні точкові набряки на кінцівках та в крижовій ділянці
  - Значний: сильний набряк кінцівок, асцит і плевральні випоти.
- **Інші симптоми:** набір маси тіла, зменшення діурезу, запаморочення чи дискомфорт, спричинені набряком (зокрема біль у животі).

**Дослідження**

- Аналіз сечі: тяжка протеїнурія (за результатами експрес-аналізу сечі виділення білка становить 3–4+ г на добу або співвідношення білка/креатиніну в сечі > 0,2 г/ммоль) та гіпоальбумінемія (< 25 г/л) підтверджує діагноз «нефротичний синдром» у дітей із набряком
- При гематурії наявність ідіопатичного нефротичного синдрому є малоюмовірною; розглядайте можливість нефритичного синдрому (с. 390).

**Направлення**

Направляйте дітей та підлітків із підозрою на нефротичний синдром для підтвердження діагнозу та початку лікування. Забезпечуйте подальше спостереження відповідно до рекомендацій спеціаліста та продовжуйте лікування.

**6.12.2 Гематурія**

Гематурія — це наявність у сечі еритроцитів.

Ізольована мікроскопічна гематурія часто зустрічається в дітей та підлітків і може бути пов'язана з підвищенням температури чи вірусними інфекціями, ІСВШ, інтенсивними фізичними навантаженнями чи травмами або

менструацією в дівчат підліткового віку. У більшості дітей інші симптоми відсутні.

### Анамнез і обстеження

Детальну інформацію щодо повного анамнезу й обстеження див. на с. 12.

- Підвищена температура тіла або наявність вірусної інфекції
- Болісне сечовипускання при ІСВШ (с. 397)
- Сильні фізичні навантаження чи травми
- Початок менструації в дівчат підліткового віку
- Червоний колір сечі за відсутності гематурії: споживання певної їжі (напр., буряка, ожини, ревеню) чи прийом лікарських засобів (напр., рифампіцину).

Аналізуйте наявність менш поширених причин гематурії:

- Нефритичного синдрому (с. 390), спричиненого постстрептококовим гломерулонефритом (с. 390) або хворобою Шенлейна-Геноха (с. 445)
- ГУС (с. 391)
- Прийому лікарських засобів: циклофосфаміду, нестероїдних протизапальних лікарських засобів
- Пухлини нирки, що проявляється як ущільнення в черевній порожнині (с. 392)
- Каменів у нирках (с. 401).

### Дослідження

Експрес-аналіз сечі та мікроскопія сечі для підтвердження гематурії.

### Лікування і направлення

- ▶ Призначайте лікування залежно від основної причини.

### Подальше спостереження

Призначте контрольний візит через 2–3 тижні дітям із мікроскопічною гематурією, в яких відсутня протеїнурія й немає інших симптомів:

- Проводьте повторний фізикальний огляд та експрес-тест сечі (принаймні через 7 днів після перенесення інфекції та через 2–3 дні після сильного фізичного навантаження і не під час менструації).

## ГЕМАТУРІЯ

- Якщо результати негативні, у дитини була транзиторна мікроскопічна гематурія (найчастіший прояв мікрогематурії). Подальші дослідження не потрібні.
- Якщо результати позитивні, призначайте контрольний візит через 3–6 місяців. Направляйте дитину до спеціаліста, якщо мікрогематурія зберігається на час третього контрольного візиту або одразу після появи інших симптомів.

**Нефритичний синдром**

Нефритичний синдром розвивається внаслідок запалення нирок і має такі прояви, як гематурія, протеїнурія й порушення функції нирок, а також гіпертонія, перевантаження рідиною й набряки.

Нефритичний синдром можуть спричиняти декілька захворювань. Найпоширенішою причиною його виникнення в дітей є постстрептококовий гломерулонефрит. До інших причин належать хвороба Шенлейна-Геноха (с. 445) та інші форми гломерулонефриту.

**Направлення**

Направте до спеціаліста.

**Постстрептококовий гломерулонефрит****Анамнез і обстеження**

- Зустрічається в дітей усіх вікових груп, але найчастіше — у віці 5–12 років
- 7–21 день після перенесення інфекції горла чи шкіри, спричиненої β-гемолітичним стрептококом групи А
- Чайний колір сечі, набряки, гіпертонія, незначне або помірне порушення функції нирок
- Можлива наявність ізольованої гематурії.

**Дослідження**

- Титри АСЛО спочатку підвищені.
- Вміст С3 у сироватці крові знижений, але повертається в норму упродовж 6–8 тижнів. Якщо рівень С3 не нормалізується протягом 6–8 тижнів, направляйте дитину до спеціаліста.
- Мікроскопічна гематурія, як правило, минає через 6–12 місяців після появи нефриту; може тривати до 2 років.

## Лікування і направлення

- ▶ Призначайте феноксиметилпеніцилін (пеніцилін V) 125 мг перорально дітям віком < 1 рік, 250 мг дітям віком 1–5 років, 500 мг дітям віком 6–12 років та 1 г підліткам 2 рази на добу протягом 10 днів **або** бензатин пеніцилін (пеніцилін G) в/м, 0,6 млн ОД для дітей із масою тіла < 30 кг, 1,2 млн ОД для дітей із масою тіла > 30 кг разовою дозою за наявності стрептококової інфекції на момент встановлення діагнозу.
- ▶ Направляйте до лікарні: гостра фаза в дітей може вимагати обмеження споживання рідини й солей та прийому діуретиків і антигіпертензивних засобів.

## ГУС

ГУС найчастіше зустрічається в дітей віком від 9 місяців до 4 років.

### Ознаки і симптоми

Типовий ГУС (90%):

- Діарея, спричинена бактеріями, що продукують Шига-токсин
- Петехії, пурпура, екхімози
- Біль у животі, після якого виникає кров'яниста діарея
- Підвищення температури тіла: незначне або відсутнє
- Ниркова недостатність
- Ураження центральної нервової системи (15–20%): дратівливість, судоми.

Атиповий ГУС (10%): без діареї.

### Діагностика

Триада: мікроангіопатична гемолітична анемія, тромбоцитопенія та ниркова недостатність.

### Направлення

Терміново направляйте дитину до лікарні, оскільки у 40–50% пацієнтів із типовим ГУС розвивається гостра ниркова недостатність, що потребує діалізу.

## НИРКОВА НЕДОСТАТНІСТЬ

**Пухлина нирки**

Пухлина Вільмса, або нефробластома — це найпоширеніший первинний рак нирок у дітей. Піковий вік — 3–4 роки.

**Анамнез і обстеження**

- Часто симптоми відсутні
- Виявлення ущільнення в черевній порожнині під час планового огляду, напр., під час планового профілактичного огляду дитини
- У симптомних пацієнтів: біль у животі, головний біль та погане самопочуття (через гіпертонію), гематурія
- Може бути пов'язана з вродженими захворюваннями.

**Направлення**

Терміново направляйте дитину до спеціаліста, бажано в дитяче онкологічне відділення.

**6.12.3 Ниркова недостатність****Гостре ураження нирок**

Гостре ураження нирок (раніше відоме як гостра ниркова недостатність) — це клінічний синдром, при якому раптове погіршення функції нирок призводить до нездатності нирок підтримувати водно-електролітний гомеостаз.

Гостре ураження нирок розвивається раптово, цей стан триває недовго, може бути серйозним і мати довготривалі наслідки, або він може повністю зникнути після того, як буде усунено основну причину.

Як правило, його виявляють за підвищеним вмістом креатиніну в сироватці крові.



Терміново направляйте до лікарні всіх дітей та підлітків із гострим ураженням нирок.

**Хронічна ниркова недостатність**

Див. с. 653.

**6.13 Симптоми з боку органів сечостатевої системи**

<b>6.13.1 Дизурія</b>	<b>394</b>
ІСВШ: цистит і пієлонефрит	397
Камені в нирках	401
<b>6.13.2 Нетримання сечі</b>	<b>402</b>
Нетримання сечі вночі (енурез)	402
Нетримання сечі в денний час	405
<b>6.13.3 Біль у мошонці або набряк мошонки</b>	<b>408</b>
Перекрут яєчка	411
Перекрут придатка яєчка або епідидимісу	411
Епідидимоорхіт	412
Травми мошонки	413
Варикоцеле	414
Гідроцеле	415
Пухлина яєчка	415
<b>6.13.4 Відсутність або неопущення яєчка</b>	<b>416</b>
<b>6.13.5 Набряклість у паховій ділянці</b>	<b>417</b>
Пахова грижа	417
Защемлення грижі	417
<b>6.13.6 Скарги, пов'язані зі статевим членом і крайньою плоттю</b>	<b>418</b>
Баланіт	418
Фімоз	420
Парафімоз	422
Синдром волосяного джгута	423
Травми, нанесені застібкою-блискавкою	423
Пріапізм	424
<b>6.13.7 Гінекологічні скарги</b>	<b>425</b>
Виділення з піхви (вульвовагініт)	425
Вагінальна кровотеча	427
Зрошення статевих губ	428
Виразки вульви	428

### 6.13.1 Дизурія

Дизурія пов'язана з болем або відчуттям печіння під час сечовипускання, яке може бути викликане кількома інфекційними та неінфекційними причинами (таблиця 58).

#### Анамнез

- Симптоми, пов'язані з сечовипусканням: зміна кольору сечі, її запаху, об'єму, біль при сечовипусканні, нетримання сечі, підтікання сечі після сечовипускання, біль у животі чи в боках, гематурія, зміна напору струменя сечі
- Системні симптоми та ознаки, такі як гарячка без місцевих ознак.

#### Обстеження

Забезпечуйте приватність під час огляду зовнішніх статевих органів у присутності колеги чи помічника.

Вимірюйте показники життєдіяльності, зокрема артеріальний тиск та температуру тіла.

Огляньте живіт, зовнішні статеві органи та перианальну ділянку. Звертайте увагу на:

- Анатомічні варіації
- Запалення ділянки зовнішніх статевих органів
- Виразки на геніталіях
- Вагінальні або уретральні виділення
- Екскоріацію шкіри перианальної ділянки
- Ознаки сексуального насильства (с. 714)
- Біль або утворення в животі (сечовий міхур пальпується при затримці сечі).

#### Дослідження

Експрес-аналіз сечі:

- Білок може вказувати на захворювання нирок та потребувати подальшого дослідження
- Можлива очевидна наявність крові в сечі або наявність мікроскопічної гематурії
- Лейкоцити й нітрити вказують на ІСВШ (с. 398)
- Кетони вказують на зневоднення чи метаболічні порушення.

Розгляньте доцільність проведення або направлення на проведення:

- Культурального дослідження сечі (інфекція)
- УЗД нирок для виявлення аномалій сечовивідних шляхів чи каменів у нирках.

## Диференціальна діагностика

**Таблиця 58. Диференціальна діагностика дизурії**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Інфекційні причини</b>	
<b>Інфекція сечовивідних шляхів (ІСВШ) (с. 397)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Блювання, поганий апетит, дратівливість у немовлят</li> <li>• Біль унизу живота</li> <li>• Збільшення частоти сечовипускання</li> <li>• Позитивний результат експрес-аналізу на лейкоцити та нітрити.</li> </ul>
<b>Баланіт (с. 418)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• набряк, болючість і еритема статевого члена</li> <li>• іноді свербіж статевих органів.</li> </ul>
<b>Вагініт, вульвовагініт (с. 425)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Виділення з піхви, свербіж, почервоніння та відчуття болю</li> <li>• У немовлят дратівливість і тривалий плач.</li> </ul>
<b>Гострики (с. 332)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невеликі білі черви у фекаліях</li> <li>• Свербіння в ділянці навколо ануса, особливо вночі, проблеми зі сном та неспокій</li> <li>• Нетримання сечі вночі.</li> </ul>
<b>Генітальний герпес (с. 771)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невеликі болючі виразки на статевих органах, іноді скупченнями</li> <li>• Сексуально активні підлітки.</li> </ul>
<b>Менш поширені інфекційні стани.</b> За необхідності направляйте пацієнта на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу.	
<b>Уретрит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рідко виникає в дітей</li> <li>• Сексуально активні підлітки</li> <li>• Імперативні позиви, збільшення частоти сечовипускання</li> <li>• Виділення з уретри</li> <li>• Може бути пов'язаний із початковою гематурією</li> <li>• Може бути пов'язаний із вульвовагінітом або зрощенням статевих губ у дівчат.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Запальні захворювання органів тазу</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дівчата підліткового віку, що живуть активним статевим життям</li> <li>• Біль і болючість у нижній частині живота</li> <li>• Виділення з піхви, кровотеча з піхви</li> <li>• Біль під час або після статевого акту</li> <li>• Підвищена температура тіла.</li> </ul>
<b>Неінфекційні причини</b>	
<b>Зрощення статевих губ (с. 428)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зрощення малих статевих губ або заслінка, помітні при обстеженні.</li> </ul>
<b>Камені в сечовому міхурі або нирках (с. 401)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у животі чи в боці, як правило, сильний та коликоподібний</li> <li>• Можуть бути пов'язані з ІСВШ</li> <li>• Мікроскопічна або макроскопічна гематурія.</li> </ul>
<b>Пелюшковий або підгузковий дерматит (с. 168)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поширений у перші 1–2 роки життя або в дитячому віці з інвалідністю</li> <li>• Запалення ділянки шкіри, покритої пелюшкою.</li> </ul>
<b>Менш поширені неінфекційні стани.</b> Розглядайте доцільність направлення пацієнта на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу.	
<b>Травми</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сексуальне насильство або мастурбація в анамнезі.</li> </ul>
<b>Функціональні</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Закреп</li> <li>• Імперативні позиви, збільшення частоти сечовипускання</li> <li>• Може проявлятися частими ІСВШ.</li> </ul>
<b>Стрикттури уретри</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Травми уретри або хірургічне втручання в анамнезі</li> <li>• Зменшення потоку сечі</li> <li>• Розпилення сечі при сечовипусканні</li> <li>• Може проявлятися частими ІСВШ.</li> </ul>

## ІСВШ: цистит і пієлонефрит

ІСВШ часто зустрічаються в дітей та підлітків. ІСВШ частіше зустрічаються у хлопців у ранньому дитинстві у зв'язку з задніми уретральними клапанами, тоді як неускладнений цистит частіше зустрічається в дівчат підліткового віку.

### Анамнез

До факторів ризику належать:

- Міхурово-сечовідний рефлюкс
- Нейрогенний сечовий міхур
- Анатомічні варіації нижніх сечовивідних шляхів
- Фімоз
- Сексуальна активність у дівчат підліткового віку.

### Симптоми

У немовлят і дітей молодшого віку при ІСВШ часто спостерігаються неспецифічні ознаки:

- Гарячка протягом щонайменше 24 годин без видимих причин
- Блювання або поганий апетит
- Дратівливість, летаргія, затримка розвитку, жовтяниця (у новонароджених).

У дітей старшого віку можуть спостерігатися більш специфічні ознаки:

- Біль внизу живота
- Болючість у попереку або надлобковій ділянці
- Біль при сечовипусканні
- Збільшення частоти сечовипускання
- Нетримання сечі в дитини, яка раніше не мала таких проблем.

Слід розрізняти неускладнений **цистит**, що вражає лише сечовий міхур, та **пієлонефрит** із системними ознаками, такими як підвищення температури тіла, погане самопочуття, нудота та блювання.

Пізнє виявлення пієлонефриту та затримка у проведенні лікування ІСВШ антибіотиками може призводити до сепсису та, зрештою, до формування ниркових рубців.

## Дослідження

При ІСВШ у дітей молодшого віку і немовлят часто спостерігаються неспецифічні ознаки, такі як підвищення температури тіла, без інших симптомів. Проводьте аналіз сечі у всіх немовлят із високою температурою тіла або гарячкою, яка триває > 24–48 годин, без місцевих ознак або симптомів.

### Взяття і тестування зразків сечі

- Візьміть чистий свіжий зразок середньої порції сечі та проведіть **експрес-аналіз**. Призначайте лікування згідно з результатами тесту (таблиця 59).
- Якщо взяти чистий зразок середньої порції сечі в дітей молодшого віку неможливо: використовуйте прокладку або мішок для збирання сечі.
  - Якщо результат експрес-аналізу негативний, ІСВШ можна виключити.
  - Якщо результат експрес-аналізу позитивний, направляйте пацієнта до лікарні для взяття зразків сечі за допомогою сечового катетера або надлобкової аспірації сечового міхура, щоб провести повторний експрес-аналіз та посів за наявності відповідних показань (таблиця 59).
- Мікроскопію сечі** можна проводити як підтверджувальний тест.

**Таблиця 59. Результати експрес-аналізу при підозрі на інфекцію сечовивідних шляхів та необхідні дії**

Нітрити	Лейкоцити	Дії
+	+	Відправте зразок сечі на посів, якщо він відповідає критеріям (див. нижче) Розпочніть лікування антибіотиками.
+	-	Відправте зразок сечі на посів Розпочніть лікування антибіотиками.
-	+	Відправте зразок сечі на посів Розгляньте доцільність призначення лікування антибіотиками.
-	-	НЕ відправляйте зразок сечі на посів НЕ розпочинайте лікування антибіотиками.

### Посів сечі

- Відправляйте зразок сечі на **посів** у таких випадках:
  - Перед початком антибіотикотерапії, якщо для цього є показання
  - Якщо стан пацієнта не покращується через 48–72 години антибіотикотерапії
  - При підозрі на гострий пієлонефрит
  - При тяжкому перебігу захворювання
  - У випадку дітей віком < 2–3 роки (окрім випадків із негативним результатом експрес-аналізу або мікроскопії)
  - У разі позитивних результатів експрес-аналізу на нітрити або лейкоцитарну естеразу
  - За відсутності кореляції між симптомами та результатами експрес-аналізу
  - У випадках рецидивуючих ІСВШ.
- Результат посіву є позитивним (значна бактеріурія) за наявності:
  - $> 10^5$  колонієутворювальних одиниць окремого організму/мл чистого зразка середньої порції сечі
  - $> 5 \times 10^4$  у зразку, взятому шляхом катетеризації
  - Будь-якої кількості грамнегативних бактерій у зразку, взятому шляхом надлобкової аспірації.
- **Посів сечі за допомогою занурювальних слайдів** є корисним інструментом, що можна використовувати за місцем надання допомоги, у випадках, коли зразки сечі не можна швидко відправити в мікробіологічну лабораторію. Він дає попередні результати після 24 годин інкуляції.
  - Позитивний результат (виявлено значний ріст бактерій): надішліть зразок сечі в мікробіологічну лабораторію для подальшого аналізу.
  - Негативний результат: розгляньте можливість альтернативного діагнозу та доцільність припинення лікування ІСВШ антибіотиками, якщо таке лікування було розпочато.

### УЗД органів сечостатевої системи

Проводьте УЗД в разі атипової ІСВШ: тяжке захворювання, слабкий потік сечі, утворення в черевній порожнині або сечовому міхурі, підвищений рівень креатиніну в сироватці крові, септицемія.

## Лікування

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
  - Давати дитині парацетамол або ібупрофен, якщо їй боляче або в неї підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258)
  - Частіше пропонувати дитині рідину, оскільки це допоможе вивести інфекцію та запобігти зневодненню
  - Прийти на повторний прийом, якщо температура тіла дитини залишатиметься підвищеною, за відсутності покращення через 2–3 дні або раніше в разі погіршення стану дитини.

## Антибіотикотерапія

**НЕ** призначаєте антибіотики:

- При безсимптомній бактеріурії в немовлят і дітей
- У разі виключення ІСВШ (негативний результат експрес-аналізу або мікроскопії).
- ▶ Завжди беріть зразок сечі для тестування та посіву в дітей із підозрою на ІСВШ **перед** початком антибіотикотерапії.
- ▶ Негайно розпочинайте лікування гострого циститу, щоб запобігти його можливому прогресуванню до пієлонефриту.
  - Якщо симптоми є легкими або діагноз є сумнівним, відкладіть лікування до отримання результатів посіву.
  - За наявності тяжких симптомів розглядайте доцільність початку емпіричної антибіотикотерапії під час очікування результатів посіву.
- ▶ При неускладненому циститі: 12,5 мг/кг цефалексину перорально 4 рази на добу протягом 3–5 днів або амоксицилін-клавуланат, ко-тримоксазол чи нітрофурантоїн (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ При ІСВШ, що супроводжуються гарячкою, або клінічному пієлонефриті: призначайте цефалоспорины третього покоління, такі як цефіксим, перорально в дозуванні 8 мг/кг двічі на день у перший день, далі — один раз на день протягом 7–10 днів. Як альтернативний варіант, можна призначати амоксицилін-клавуланат, цефалоспорин другого покоління або ципрофлоксацин (підліткам).

## Направлення

Направляйте до спеціалістів:

- Дітей віком < 3 місяців
- Дітей із хворобливим зовнішнім виглядом
- За наявності блювання або нездатності пити чи смоктати грудне молоко.

Розглядайте доцільність направлення за наявності:

- Ознак зневоднення
- Ускладненої інфекції.

### Подальше спостереження

Проводьте повторний огляд через 2–3 дні після початку лікування:

- Коригуйте антибіотикотерапію на основі результатів посіву сечі та антибіотикограми після отримання результатів.
- За відсутності покращення стану: проводьте повторне тестування сечі та УЗД. Направляйте дитину до спеціаліста в разі виявлення будь-яких відхилень за результатами УЗД. Розглядайте доцільність направлення дитини до лікарні, якщо її стан погіршується.
- Якщо дитина має хорошу відповідь на лікування, не проводьте повторне тестування сечі.

У випадку першої ІСВШ у немовлят віком < 6 місяців або рецидивуючих інфекцій проведіть УЗД органів сечостатевої системи протягом 6 тижнів після початку ІСВШ та направте дитину до спеціаліста в разі виявлення будь-яких відхилень.

### Камені в нирках

#### Анамнез і обстеження

Камені в нирках або нефролітіаз можуть проявлятися як:

- Дизурія, ІСВШ
- Біль у животі чи в боці, як правило, сильний та колікоподібний
- Мікроскопічна або макроскопічна гематурія
- Можуть бути виявлені випадково при візуалізації.

#### Направлення

Направляйте пацієнтів на УЗД нирок та до спеціаліста для призначення лікування.

### 6.13.2 Нетримання сечі

Контроль за діяльністю і координація сечового міхура в денний час зазвичай розвиваються у віці 2–3 роки, у нічний час — до 6 років. Регуляція функцій сечового міхура в нічний час є процесом розвитку, що завершується в різному віці. Існує сильна генетична схильність до нічного нетримання сечі.

Нетримання сечі під час сну в дітей віком до 5 років є нормальним явищем, яке не слід вважати проблемою.

Тиск на дітей з боку батьків стосовно регуляції функцій сечового міхура може мати зворотний ефект.

#### Нічне нетримання сечі (енурез)

Енурез або нічне нетримання сечі — періодичне нетримання сечі під час сну в дітей віком  $\geq 5$  років. Це поширене явище, яке виникає у 15% дітей у віці до 5 років і стає менш поширеним із віком. Як правило, енурез не викликає тривалих проблем. Більшість дітей, у яких виникає нічне нетримання сечі, не мають серйозних супутніх фізіологічних чи емоційних проблем.

У деяких випадках енурез може бути пов'язаний із такими станами:

- Проблеми з розвитком нервової системи:
  - Розлади аутистичного спектру (РАС) (с. 634)
  - Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) (с. 636).
- Ниркові та урологічні стани:
  - Дисфункція сечового міхура
  - ІСВШ (с. 397)
  - Хронічна ниркова недостатність
  - Задні уретральні клапани
  - Ектопічний сечовід (у дівчат).
- Інші медичні стани:
  - Закреп (с. 351), нетримання калу
  - Гострики (с. 332)
  - Проблеми зі сном (с. 608)
  - Розщеплення хребта (с. 640)
  - Судоми (с. 522)
  - Цукровий діабет (с. 671), нецукровий діабет
  - Первинна полідипсія
  - Серповидноклітинна анемія (с. 686).

## Анамнез

- Початок нетримання сечі вночі (якщо воно гостре, тобто триває від кількох днів до тижнів, розглядайте можливість наявності системного захворювання)
- Попередній контроль за діяльністю сечового міхура в нічний час без допомоги протягом 6 місяців (вторинний енурез)
- Симптоми в денний час: часті, імперативні позиви, поліурія, дизурія або рецидивуючі ІСВШ, слабкий потік сечі або напруження при сечовипусканні
- Патерн і тенденції нетримання сечі в нічний час: кількість ночей на тиждень/місяць, кількість сечі, час ночі, пробудження
- Обмеження у споживанні рідини, напоїв, що містять кофеїн, полідипсія
- Частота випорожнення кишечника: закрєп або нетримання калу
- Умови та режим сну (власне ліжка і спальня, хрпіння, порушення сну або апное уві сні)
- Фактори, які можуть посилити нічний енурез або подовжити його тривалість: проблеми в розвитку чи поведінкові проблеми, цукровий діабет
- Нічне нетримання сечі або проблеми з нирками в сімейному анамнезі
- Соціальний анамнез: здатність та мотивація сім'ї брати участь у лікуванні, соціальні труднощі, значні зміни в оточенні дитини, стосунки в сім'ї, горе.

Якщо дитина раніше контролювала діяльність сечового міхура в нічний час без допомоги протягом 6 місяців, розгляньте можливі медичні, емоційні або фізіологічні тригери. Наявність постійного вторинного енурезу незрозумілої етіології незважаючи на належне лікування є підставою для направлення до спеціаліста.

## Обстеження

Забезпечуйте приватність під час огляду зовнішніх статевих органів у присутності колеги чи помічника.

Проводьте комплексний фізикальний огляд (с. 12) та перевіряйте наявність таких ознак:

- Затримка росту, втрата ваги
- Гіпертонія
- Розтягнення сечового міхура, калові маси, утворення в черевній порожнині, відчутні при пальпації живота
- Зовнішні статеві органи та перианальна ділянка: епіспадія у хлопців, екскоріація шкіри перианальної ділянки (гострики), запалення, ознаки сексуального насильства (с. 714)
- Приховане розщеплення хребта (с. 640) або синдром фіксованого спинного мозку (асиметрія сідничних складок)
- Слабкість ніг.

### Дослідження

- Експрес-аналіз сечі для виключення ІСВШ та діабету
- Розглядайте доцільність проведення УЗД нирок і сечового міхура для виявлення структурних аномалій
- Направляйте пацієнта до спеціаліста, якщо потрібні додаткові дослідження залежно від підозрюваного діагнозу на основі анамнезу та обстеження.

### Лікування

- ▶ Забезпечуйте лікування будь-якого основного стану за наявності, наприклад, закрепи (с. 352), ІСВШ (с. 400) і діабету (с. 671).
- ▶ Пояснюйте ознаки нормального функціонування сечового міхура та запевняйте, що нетримання сечі вночі зазвичай минає з віком і не викликає тривалих проблем.
- ▶ Проведіть консультацію щодо заходів із запобігання енурезу:
  - Слід продовжувати пити регулярно та НЕ слід обмежувати споживання рідини.
  - Слід ходити в туалет регулярно протягом дня (напр., під час шкільних перерв) і безпосередньо перед сном.
  - Не слід пити напої з кофеїном увечері.

## Поведінкові втручання та медикаментозне лікування нетримання сечі вночі

Для більшості дітей енурез є проблемою лише тоді, коли він заважає їхній здатності соціалізуватися. Якщо він виникає нечасто і не турбує дитину чи опікунів, показань до лікування може не бути.

**НЕ СЛІД** призначати лікування дітям до 6 років, оскільки існує висока ймовірність спонтанного зникнення проблеми.

**НЕ** призначайте трицикліки: вони пов'язані з високим ризиком побічних реакцій та не рекомендовані до застосування на сьогоднішній день.

**Терапія з використанням енурезного будильника** є найефективнішим методом лікування для дітей віком від 6 років. Для використання цього методу потрібна мотивація дитини і батьків.

- ▶ Діти повинні «відповідати» за свій будильник, та, можливо, їх потрібно буде спочатку будити, щоб вони самі вимкнули будильник. Для успіху терапії з використанням будильника важливо, щоб дитина повністю прокинулася, перш ніж іти в туалет.
- ▶ Для підкріплення такої поведінки, як пробудження або використання туалету, коли спрацьовує будильник, можуть бути корисними винагороди. Порадьте опікунам не карати дитину за нетримання сечі вночі.
- ▶ Пояснюйте, що, перш ніж вони помітять ознаки покращення, може минути 6–8 тижнів.
- ▶ Якщо дитина демонструє перші ознаки відповіді на терапію через 4 тижні, продовжуйте лікування до досягнення 2 повних тижнів безперервного контролю діяльності сечового міхура в нічний час.
- ▶ Якщо протягом 4 тижнів немає перших ознак відповіді, припиняйте лікування.

## Направлення

- Направляйте пацієнта до спеціаліста за наявності ознак захворювання нирок або неврологічного захворювання, діабету, системного захворювання, серйозних проблем із психічним здоров'ям або в разі невпевненості щодо діагнозу.
- Направляйте пацієнта до спеціаліста, якщо поведінкові втручання недоступні, або в разі постійного енурезу в підлітка.

## Нетримання сечі в денний час

Нетримання сечі в денний час може бути викликане:

- Гіперактивністю сечового міхура з імперативними позивами
- Відкладенням сечовивипускання; звичкою відкладати сечовивипускання з подальшим переповненням сечового міхура і підтіканням сечі
- Недостатньою активністю сечового міхура; нечастим сечовивипусканням та переповненням сечового міхура, що призводить до нетримання сечі
- Дисфункцією сечового міхура та кишечника (не нейрогенного характеру); нездатністю розслабити сфінктер уретри або м'язи тазового дна під час сечовивипускання, що призводить до переривання потоку сечі та подовження часу сечовивипускання.

### Анамнез

- Часте сечовивипускання, нетримання сечі, імперативні позиви
- Ніктурія, поліурія
- Маневри для утримання сечі (напр., стояння навшпильках, схрещування ніг або присідання з притисканням п'яти до промежини)
- Напруження при сечовивипусканні, слабкий потік сечі, переривчастий потік сечі, дизурія, підтікання після сечовивипускання
- Затримка сечі.

Можуть спостерігатися інші проблеми:

- Закреп
- ІСВШ
- Нічне нетримання сечі (енурез)
- Надмірна втомлюваність або втрата ваги; розглядайте можливість наявності основного хронічного захворювання або проблем із нирками
- Полідипсія.

Якщо в дитини ніколи раніше не було періоду, коли вона контролювала діяльність сечового міхура в денний час, або якщо дитина має постійне нетримання чи підтікання сечі (не періодичне), розглядайте можливість наявності анатомічних аномалій.

### Обстеження та дослідження

Фізикальне обстеження та дослідження допомагають виявити основні стани та причини нетримання сечі. Інформацію про обстеження та дослідження при енурезі див. на с. 403.

## Лікування

- ▶ Забезпечуйте лікування будь-яких основних медичних станів за наявності, наприклад, закрепи (с. 352) або ІСВШ (с. 400).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо зміни поведінки, харчування та споживання рідини (робоча пам'ятка 31).

## Направлення

- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста за наявності ознак захворювання нирок або неврологічного захворювання, діабету, системного захворювання, серйозних проблем із психічним здоров'ям або в разі невизначеності діагнозу.
- ▶ Направляйте до спеціалістів дітей старшого віку чи підлітків, якщо поведінкова терапія виявляється неефективною.

### **Робоча пам'ятка 31. Нетримання сечі в денний час**

#### **Як підтримати дитину в подоланні нетримання сечі в денний час**



- Будьте терплячими і підтримуйте дитину при епізодах нетримання сечі.
- Будьте позитивними та заспокоюйте дитину, якщо вона засмучена.
- Навчіть дитину правильному положенню тіла під час сидіння на горщику/унітазі та допоможіть їй розслабитися й не поспішати під час сечовипускання.
- Створіть для дитини спеціальний розклад: кожні 2–3 години протягом дня вона має сидати на горщик/унітаз, навіть якщо не хоче в туалет.
- Давайте дитині багато рідини протягом дня. Пиття меншої кількості рідини для зменшення кількості сечовипускань лише погіршує ситуацію, оскільки призводить до повільного наповнення сечового міхура й ускладнює можливість відчувати його наповнення.
- Уникайте газованих напоїв, шоколаду, чаю та інших напоїв із кофеїном.
- Давайте дитині додатковий одяг у школу та на інші заходи.

**НЕ** карайте дитину за дії, які вона не може контролювати.

**НЕ** використовуйте підгузки, якщо дитині від цього ніяково.

### 6.13.3 Біль у мошонці або набряк мошонки

Гострий біль у мошонці, що також називають «гострою мошонкою» — це раптова поява болю, набряку та болісної чутливості мошонки.

Набряк мошонки може бути гострим чи хронічним, болісним чи безболісним (таблиця 60, с. 409). У разі раптового виникнення болісного набряку мошонки потрібна невідкладна хірургічна допомога (при таких станах, як перекут яєчка, защемлена пахова грижа).



Лікуйте гострий біль у мошонці як невідкладний стан.

#### Анамнез

- Біль у мошонці: раптовий або прихований початок, одно- або двосторонній, інтенсивність болю
- Набряк яєчок або мошонки: початок, зміни залежно від положення тіла та часу доби
- Супутній біль у животі
- Симптоми з боку сечовидільної системи: зміна кольору, запаху, об'єму сечі, частоти сечовипускання, біль при сечовипусканні, нетримання сечі, біль у животі чи в боці, гематурія, сила струменя сечі, виділення з уретри
- Системні симптоми, такі як підвищення температури тіла
- Травми в анамнезі
- Сексуальна активність.

#### Обстеження

Забезпечуйте приватність під час огляду зовнішніх статевих органів у присутності колеги чи помічника.

- Огляньте живіт, пахову ділянку і статеві органи: яєчка, епідидиміс, мошонку, статевий член.
- Оглядайте дитину або підлітка в положенні стоячи: положення яєчок (праве яєчко зазвичай трохи вище за ліве), набряк, утворення в паховій зоні (збільшення при пробі Вальсальви?).
- Обережно пропальпуйте, щоб оцінити болючість, набряк, утворення.
- Перевірте кремастерний рефлекс.

- Перевірте пацієнта на просвічування (розташуйте джерело світла біля основи мошонки): світло просвічує крізь утворення, заповнені рідиною, такі як гідроцеле, але не просвічує через тверді утворення, напр., перекрут яєчка або пухлину.

### Дослідження

- При гострому болю в мошонці необхідно провести невідкладне оцінювання з використанням УЗД для виявлення можливого перекруту яєчка
- УЗД з доплерографією для оцінювання анатомії та перфузії в дітей із травмами мошонки та при оцінюванні на наявність утворень у мошонці
- Експрес-аналіз і посів сечі (с. 398) у разі підозри на епідидимоорхіт
- Культуральне дослідження виділень із уретри та ПЛР-тестування на хламідіоз і гонорею в сексуально активних підлітків з епідидимоорхітом.

### Диференціальна діагностика

**Таблиця 60. Диференціальна діагностика болю в мошонці та набряку мошонки**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Біль у мошонці</b>	
<b>Перекрут яєчка (с. 411)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптова поява сильного болю та гострого набряку з одного боку мошонки</li> <li>• Нудота і блювання</li> <li>• Значна болісна чутливість яєчок при доторканні</li> <li>• Уражене яєчко високо посаджене або перебуває в горизонтальному положенні</li> <li>• Кремастерний рефлекс, як правило, відсутній.</li> </ul>
<b>Перекрут придатка яєчка або епідидимісу (с. 411)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто зустрічається у віці від 7 до 12 років</li> <li>• Раптова поява сильного болю в одному яєчку з одного боку мошонки</li> <li>• Болісна чутливість відсутня, яєчко перебуває в нормальному положенні</li> <li>• Болюче утворення на полюсі яєчка, іноді темно-синя цятка у верхній частині мошонки</li> <li>• Кремастерний рефлекс, як правило, присутній.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Епідидимо-орхіт</b> (с. 412)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поступовий початок</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Виділення з уретри</li> <li>• Почервоніння й набряк половини мошонки</li> <li>• Болісна чутливість яєчка при доторканні, біль послаблюється при піднятті.</li> </ul>
<b>Травми мошонки</b> (с. 413)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Травми в анамнезі</li> <li>• Болючість, набряк, синці на мошонці.</li> </ul>
<b>Набряк мошонки</b>	
<b>Варикоцеле</b> (с. 414)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хлопчики в перипубертатному періоді</li> <li>• Безболісний набряк мошонки, частіше з лівого боку</li> <li>• При пальпації відчувається неболюче утворення варикозно розширених вен над яєчком («мішок із хробаками»).</li> </ul>
<b>Гідроцеле</b> (с. 415)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай виникає в немовлят, але зустрічається також у дітей старшого віку та підлітків (внаслідок епідидимоорхіту, перекруту яєчка, перекруту придатків яєчка, травми або пухлини)</li> <li>• При пальпації мошонки відчувається м'який, неболючий і рухомий набряк</li> <li>• Яскраве просвічування.</li> </ul>
<b>Пахова грижа</b> (с. 417)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай виникає у хлопців</li> <li>• Періодична поява неболючого набряку в ділянці паху, що може зменшуватися</li> <li>• З'являється або збільшується в розмірах під час плачу або кашлю</li> <li>• Просвічування відсутнє.</li> </ul>
<b>Защемлена грижа</b> (с. 417)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болюче утворення в пахово-мошонковій ділянці, що не зменшується</li> <li>• У немовлят — дратівливість і тривалий плач</li> <li>• Іноді ознаки кишкової непрохідності (блювання і здуття живота).</li> </ul>
<b>Пухлина яєчка</b> (с. 415)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Безболісне утворення в мошонці (рідко болісне)</li> <li>• Зазвичай односторонній характер</li> <li>• Набряк мошонки різної щільності — від щільного до твердого</li> <li>• Просвічування відсутнє.</li> </ul>

## Перекрут яєчка

### Анамнез

Перекрут яєчка:

- Сильний біль та гострий набряк з одного боку мошонки
- Нудота і блювання.

Переривчастий перекрут яєчка:

- Раптове виникнення гострого болю в мошонці та набряку мошонки
- Швидке зникнення симптомів
- Відсутність симптомів між епізодами.

### Обстеження

- Почервоніння і набряк з одного боку мошонки
- Значна болісна чутливість яєчок при доторканні
- Уражене яєчко високо посаджене або перебуває в горизонтальному положенні
- Кремастерний рефлекс, як правило, відсутній.

### Лікування і направлення

- ▶ Терміново направте пацієнта до лікарні для огляду дитячим хірургом. Затримка хірургічного втручання тривалістю в 4–6 годин може призвести до значного ішемічного ураження та вплинути на довгострокове функціонування яєчок.

## Перекрут придатка яєчка або епідидимісу

### Анамнез

- Частіше зустрічається у хлопців у віці від 7 до 12 років
- Раптова поява сильного болю, схожого на біль при перекруті яєчка.

### Обстеження

- Болісна чутливість відсутня, яєчко перебуває в нормальному положенні
- Невелике болюче утворення на верхньому (або нижньому) полюсі яєчка, іноді з темно-синьою плямою (внаслідок гангрені)
- Кремастерний рефлекс, як правило, присутній.

### Дослідження

УЗД-доплерографія для виключення перекруту яєчка.

## Лікування і направлення

- ▶ Якщо перекрут яєчка неможливо виключити, терміново направляйте пацієнта до спеціаліста.
- ▶ Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка залежно від віку) щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
  - Давати дитині парацетамол або ібупрофен для знеболення
  - Дотримуватися постільного режиму та забезпечувати достатню підтримку болісно чутливої мошонки
  - Прийти на повторний прийом, якщо стан дитини не покращується через 48–72 години. Біль повинен зникнути через 5–7 днів.

## Епідидимоорхіт

Епідидимоорхіт — це запалення придатка яєчка і яєчка. Він частіше зустрічається в менших дітей віком < 2 років і в підлітків віком > 12 років. Зазвичай він викликаний інфекцією (вірусною чи бактеріальною), найчастіше ІСВШ або ІПСШ.

## Анамнез

- Прихований початок
- Підвищення температури тіла
- Дизурія, збільшення частоти сечовипускання
- Виділення з уретри
- Епідемічний паротит в анамнезі. Паротитний орхіт виникає через 4–6 днів після паротиту
- Нещодавно проведена катетеризація або цистоскопія в анамнезі.

## Обстеження

- Почервоніння і набряк половини мошонки
- Болісна чутливість задньобочкової частини яєчка
- Можлива піурія
- Болісна чутливість зменшується при піднятті яєчка.

## Дослідження

- Експрес-аналіз і посів сечі (с. 398)

- Культуральне дослідження виділень із уретри та ПЛР-тестування на хламідіоз і гонорею в сексуально активних підлітків.

## Лікування

- ▶ Призначайте антибіотики (інформацію про дозування див. у додатку 4):
  - Дітям і сексуально активним підліткам із ІСВШ: призначайте цефіксим перорально в дозуванні 8 мг/кг двічі на день у перший день, далі — один раз на день протягом 7–10 днів, або цефалексин, амоксицилін-клавуланат **або** ко-тримоксазол протягом 7–10 днів.
  - Сексуально активним підліткам із підозрою на інфекцію *Chlamydia trachomatis* або *Neisseria gonorrhoeae*: призначайте 1 г цефтріаксону в/м однією дозою або 2,2 мг/кг доксицикліну перорально двічі на добу протягом 7–10 днів **або** одну дозу азитроміцину.
  - Сексуально активним підліткам із підозрою на інфекцію кишковими організмами: призначайте фторхінолони, наприклад, офлоксацин **або** левофлоксацин, перорально протягом 10 днів.
- ▶ Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка залежно від віку) щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
  - Застосовувати парацетамол або ібупрофен для знеболення
  - Дотримуватися постільного режиму та забезпечувати достатню підтримку болісно чутливої мошонки
  - Прийти на повторний прийом, якщо стан дитини не покращується через 48–72 години.

## Направлення

Направляйте до лікарні для інфузійного лікування антибіотиками маленьких немовлят або дітей із системним погіршенням стану.

## Травми мошонки

Розглядайте можливість неналежного поводження з дитиною в разі неодноразових травм або сумнівного механізму травми (с. 713).

## Анамнез

- Падіння або удари під час занять спортом, велосипедної або автомобільної аварії в анамнезі.

## Обстеження

- Проникна та тупа травма
- набряк, синці
- Болісна чутливість яєчка при пальпації, цілісність яєчка
- Кремастерний рефлекс (як правило, присутній).

## Лікування і направлення

- ▶ Направляйте пацієнта на УЗД та обстеження хірурга, якщо пальпація яєчка не підтверджує цілісність яєчка та незначну болісну чутливість.
- ▶ Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка залежно від віку) щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
  - Застосовувати парацетамол або ібупрофен для знеболення
  - Дотримуватися постільного режиму та забезпечувати достатню підтримку болісно чутливої мошонки
  - Прийти на повторний прийом, якщо стан дитини не покращується через 48–72 години.

## Варикоцеле

Варикоцеле — це розширення вен, що оточують сім'яні канатики. Це найпоширеніша причина безпліддя в чоловіків, яка підлягає коригуванню хірургічним шляхом.

## Анамнез

- Хлопці молодшого підліткового віку
- Безболісний набряк мошонки
- Переважно з лівого боку.

## Обстеження

Огляньте мошонку в положенні стоячи, а потім у положенні лежачи.

- При пальпації відчувається утворення варикозно розширених вен над яєчком («мішок з хробаками»)
- Відсутність болісної чутливості.

## Направлення

- ▶ Терміново направляйте пацієнта до спеціаліста, якщо варикоцеле не зникає в положенні лежачи, є правостороннім або має гострий початок (може бути наслідком обструкції нижньої порожнистої вени).
- ▶ Інших пацієнтів направляйте на хірургічне або урологічне обстеження.

## Гідроцеле

Гідроцеле — це скупчення рідини навколо яєчка.

## Анамнез

- Зазвичай виникає в немовлят
- Реактивне гідроцеле: епідидимоорхіт, перекрут яєчка, перекрут придатків яєчка, травма або пухлина в анамнезі.

## Обстеження

- При пальпації мошонки відчувається м'який, неболючий і рухомий набряк, який зазвичай не поширюється на паховий канал.
- Яскравий позитивний результат просвічування.
- Аналізуйте можливу основну причину реактивного гідроцеле (див. розділи вище).
- Гідроцеле, що зберігаються, можуть перетворюватися на пахові грижі.

## Лікування

У більшості випадків гідроцеле зникає до 1–2 років.

Реактивне гідроцеле зазвичай зникає при лікуванні основної причини. Див. відповідні розділи.

## Направлення

- ▶ Направляйте пацієнта до спеціаліста, щоб розглянути доцільність хірургічного втручання, якщо гідроцеле не зникло у віці 1–2 роки.

## Пухлина яєчка

### Анамнез

- Безболісне утворення в мошонці.
- Утворення болісне, якщо воно швидко росте або пов'язане з крововиливом чи інфарктом.

## Обстеження

- Відсутність болю при пальпації
- Одностороннє (лейкемічний інфільтрат може бути двостороннім)
- Набряк мошонки різної щільності — від щільного до твердого
- Негативний результат просвічування (позитивний результат у випадку кісти).

## Направлення

- ▶ Терміново направляйте пацієнта до спеціаліста (бажано до дитячого онколога).

### 6.13.4 Відсутність або неопущення яєчка

Відсутність або неопущення яєчка (крипторхізм) може бути одностороннім або двостороннім та означає відсутність яєчка або яєчок у мошонці. Яєчко може бути відсутнім або неопущеним.

**Неопущення яєчка:** опущення яєчок нормальним шляхом із черевної порожнини в мошонку може відбуватися із затримкою в декілька місяців, що не спричиняє жодних проблем. Неопущення яєчка частіше зустрічається в недоношених дітей.

**При втягуванні яєчок** яєчка нормально опущені в мошонку, але їх можна відтягнути з мошонки кремастерним рефлексом.

## Обстеження

Пальпація від пахового каналу до мошонки:

- Відсутність у мошонці одного або обох яєчок
- Яєчка пальпуються в паховій ділянці над мошонкою.

## Лікування і направлення

- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста, якщо обидва яєчка не пальпуються.
- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста, якщо яєчка не опускаються в мошонку до досягнення дитиною скоригованого віку 4–6 місяців. У разі неопущення яєчка хірургічне (або гормональне) лікування потрібно провести до 1 року, щоб запобігти проблемам із фертильністю та раку яєчок.

### 6.13.5 Набряклість у паховій ділянці

#### Пахова грижа

Пахова грижа рідко зустрічається в дівчат. У хлопців вона виникає в місці виходу сім'яного канатика з черевної порожнини (паховий канал).

#### Обстеження

- Періодична поява неболючого набряку або утворення в паховій ділянці, що може зменшуватися та з'являється або збільшується в розмірах, коли дитина плаче, кашляє або напружується
- Просвічування відсутнє.



**Пахова грижа**

*Набрякання з'являється при кашлі*

#### Лікування і направлення

- ▶ Переконайтеся, що грижа є вправною. Більшість гриж втягуються спонтанно або при розміщенні дитини в положення Тренделенбурга (див. нижче) та легкому натисканні на грижовий мішок:
- Якщо утворення не вправне, див. інформацію про надання невідкладної допомоги в розділі про защемлення грижі.
- Якщо грижа вправна, забезпечте швидке направлення для проведення хірургічного втручання, щоб уникнути ускладнень.

#### Защемлення грижі

Виникає, коли кишка або інша внутрішньочеревна структура (напр., сальник) застрягає у грижі, і кровообіг у кишечнику порушується.

#### Обстеження

- Невправне пахово-мошонкове (рідше пупкове) болюче утворення, часто з еритемою шкіри
- У немовлят — дратівливість і тривалий плач
- Можуть бути ознаки кишкової непрохідності (блювання і здуття живота) у разі застрягання кишки у грижі.

## Лікування і направлення

- ▶ Не давайте дитині нічого перорально (може знадобитися хірургічне втручання).
- ▶ Проведіть екстрене мануальне вправлення грижі (див. рисунок), якщо дитина не має дуже хворобливого зовнішнього вигляду або ознак кишкової непрохідності:

1. Покладіть дитину на спину (положення лежачи на спині) на звичайну подушку таким чином, щоб її голова була опущена, а сідниці — підняті (положення Тренделенбурга).



**Бімануальне вправлення защемленої пахової грижі**

2. Розгляньте доцільність застосування седативних препаратів (напр., мідазоламу, див. дозування в додатку 4). Плач підвищує внутрішньочеревний тиск, що ускладнює вправлення грижі.

3. Обережно витисніть газ і фекалії із защемленої кишки вгору до пахового каналу, щоб зменшити її розмір.

4. Після цього утримуйте натискання протягом до 5 хвилин (у напрямку від дистального до проксимального), щоб вправити грижу: дистальною рукою (права на рисунку) слід натискати трохи сильніше, ніж проксимальною рукою (ліва на рисунку), доки весь вміст грижі не повернеться в черевну порожнину.

- Якщо мануальне вправлення не показано або не ефективно: **терміново направляйте** дитину на обстеження до дитячого хірурга
- Якщо мануальне вправлення пройшло успішно: направляйте дитину до спеціаліста для проведення своєчасного хірургічного втручання. Направляйте дитину на парентеральне введення антибіотиків при підозрі на порушення функції кишечника.

### 6.13.6 Скарги, пов'язані зі статевим членом і крайньою плоттю

#### Баланіт

Легке почервоніння і болючість кінчика крайньої плоті є поширеним явищем у немовлят і дітей молодшого віку. Лікування включає заспокоєння та

уникання хімічних або фізичних тригерів. Більш обширне запалення голівки статевого члена або крайньої плоті називається баланітом.

Причини баланіту:

- Хімічне подразнення у зв'язку з поганою гігієною: накопичення сечі, забруднені підгузки, залишки мила
- Фізична травма: насильницьке відведення крайньої плоті, сексуальне насильство (с. 714)
- Інфекції: кандидозний пелюшковий дерматит у немовлят, бактеріальна інфекція, у тому числі інфекція *Streptococcus pyogenes* (стрептокок групи А) (рідко).

### Анамнез і обстеження

- Накопичення сечі, забруднені підгузки, залишки мила, насильницьке відведення крайньої плоті, пелюшковий дерматит у немовлят в анамнезі (с. 168).
- набряк, болісна чутливість і почервоніння голівки статевого члена або крайньої плоті.
- Може супроводжуватися свербінням статевих органів і дизурією.
- Ознаки кандидозної інфекції: окремі плями за межами основного висипу та почервоніння шкіри з цятками або прищами. У тяжких випадках білий сироподібний ексудат (сироподібної консистенції).
- Ознаки інфекції *Streptococcus pyogenes*: ексудат і яскраве почервоніння, чітко окреслений висип.

### Дослідження

Дослідження не потрібні.

- Розглядайте доцільність взяття мазка для проведення експрес-тесту для виявлення антигенів стрептококів або посіву, тільки за наявності підозри на стрептококову інфекцію.

### Лікування

- ▶ Консультуйте щодо заходів особистої гігієни статевого члена та крайньої плоті (робоча пам'ятка 32).
- ▶ При баланіті, спричиненому подразненням, призначайте 1% крем із гідкортизоном двічі на добу протягом 7 днів.

## Робоча пам'ятка 32. Гігієна пеніса і крайньої плоти під час лікування баланіту

### Лікування баланіту в домашніх умовах



- Регулярно мийте руки.
- Очищуйте крайню плоть під час приймання душу.
- Регулярно змінюйте спідню білизну.
- Уникайте подразників, вузьких штанів та іншого механічного тертя.
- Змочуйте пеніс у теплій солоній воді (переконайтеся, що вода не занадто тепла, попередньо перевіривши це рукою) двічі на день. Це допоможе зняти набряк і дискомфорт.

- ▶ При неспецифічному баланіті — 1% крем із гідрокортизоном та місцеві антибіотики (напр., мупіроцин) двічі на добу протягом 7 днів.
- ▶ При баланіті, викликаному *Streptococcus pyogenes* (що підтверджено експрес-тестом для виявлення антигенів стрептококів або посівом): 125 мг феноксиметилпеніциліну (пеніциліну V) перорально дітям віком < 1 рік, 250 мг дітям віком 1–5 років, 500 мг дітям віком 6–12 років або 1 г підліткам двічі на добу протягом 10 днів (див. альтернативні антибіотики при стрептококовому тонзиліті, с. 243–244).
- ▶ Призначайте парацетамол або ібупрофен у відповідних дозах для забезпечення знеболення (с. 566).
- ▶ При баланіті з підозрою на кандидозну інфекцію: протигрибковий препарат для місцевого застосування (напр., міконазол, ністатин для місцевого застосування) протягом 5–7 днів.
- ▶ Радьте прийти на повторний прийом через 2–3 дні або раніше, якщо стан дитини чи підлітка погіршиться.

### Фімоз

Фімоз — це нездатність відвести крайню плоть.

- Фізіологічний фімоз: наявний при народженні майже в усіх дітей чоловічої статі. З віком крайня плоть набуває здатності до відведення.
- Патологічний фімоз виникає внаслідок рубцювання кільця крайньої плоти, що перешкоджає її відведенню.

## Анамнез і обстеження

**НЕ** намагайтеся відвести крайню плоть за відсутності скарг або ознак інфекції.

- Насильницьке відведення крайньої плоти до моменту, коли вона почала відводитися природно, в анамнезі
- Епізоди ІСВШ або баланіту в анамнезі
- На отворі крайньої плоти помітно кільце рубцевої тканини
- Крайня плоть не відводиться на момент завершення статевого дозрівання
- Крайня плоть, що раніше відводилася, втрачає таку здатність
- Постійне «надування» крайньої плоти під час сечовипускання в дітей старшого віку, дуже вузький отвір крайньої плоти, вузький струмінь сечі, відсутність покращення при місцевому застосуванні стероїдів.

## Лікування

- ▶ Заспокойте опікунів щодо фізіологічного фімозу, повідомте, що в більшості випадків проблема вирішується спонтанно з віком.
- ▶ Консультуйте щодо заходів особистої гігієни статевого члена та крайньої плоти: слід очищати крайню плоть під час приймання душу та регулярно змінювати спідню білизну.

## Місцеве лікування

- ▶ Розглядайте доцільність місцевого лікування для дітей із фімозом і повторюваними епізодами баланіту, парафімозу та ІСВШ: 0,05% крем із бетаметазоном для місцевого застосування 2–3 рази на добу протягом 2–4 тижнів. За наявності хорошої відповіді лікування слід продовжувати протягом 6–12 тижнів.

**НЕ** починайте місцеве лікування у віці до 3 років за відсутності симптомів, оскільки в більшості випадків проблема вирішується до 3–5 років.

- Не існує визначеного віку, з якого показано лікування безсимптомного фізіологічного фімозу. Розглядайте доцільність лікування до періоду статевого дозрівання, щоб забезпечити нормальний розвиток сексуальності та запобігти парафімозу в сексуально активних підлітків.

## Направлення

- ▶ Терміново направляйте пацієнта для проведення хірургічного втручання в разі нездатності дитини або підлітка до сечовипускання.
- ▶ Направляйте до хірурга або уролога, якщо відповідь на стероїди відсутня або погана, а також у разі патологічного фімозу.

## Парафімоз

Парафімоз є станом, що потребує невідкладної урологічної допомоги і становить ризик некрозу голівки статевого члена.

### Ознаки і симптоми

- Крайня плоть залишається у відведеному положенні
- Голівку неможливо знову прикрити крайньою плоттю
- Крайня плоть за межами щільної ділянки закупорюється та набрякає, що ускладнює її повернення в положення над голівкою.

### Диференціальна діагностика

Синдром волосяного джгута (див. нижче).

### Лікування

- ▶ Проведіть мануальне вправлення (за винятком випадків некрозу голівки статевого члена) якомога швидше:
  - Поясніть процедуру дитині чи підлітку та опікунам
  - Застосуйте пероральні та місцеві знеболювальні препарати (напр., 2% гель із лідокаїном)
  - Накладіть охолоджувальні пакети або компресійну пов'язку (2,5 см) на ділянку з набряком на 15–30 хвилин, щоб зменшити набряк
  - Спробуйте вправити голівку в крайню плоть.
- ▶ Після успішного мануального вправлення голівки проведіть консультацію щодо того, як уникнути повторних епізодів:
  - НЕ** відводити крайню плоть протягом кількох днів.
  - Відводити крайню плоть дитині слід тільки для миття
  - Після миття негайно і повністю закривати голівку крайньою плоттю.

## Направлення

- ▶ Негайно направляйте пацієнта до хірурга або уролога в разі невдалого мануального вправлення або некрозу голівки статевого члена (темнувата або темна тканина).

## Подальше спостереження

Після одного епізоду обрізання не показане, а подальше спостереження не потрібне.

## Синдром волосяного джгута

У немовлят волосся або нитки з одягу можуть намотуватися навколо тіла статевого члена, утворюючи джгут.

## Обстеження

- Почервоніння та набряк дистальної частини статевого члена з помітною лінією розмежування.

## Лікування

- ▶ Розділіть кільце, утворене з нитки або волосся, і перевірте шкіру на цілісність.
- ▶ За наявності причин для занепокоєння направте дитину до спеціаліста.

## Травми, нанесені застібкою-блискавкою

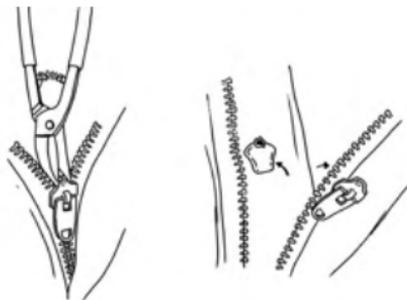
Кінчик крайньої плоти або інша шкіра (напр., мошонки) може застрягнути в зубцях блискавки.

## Лікування

- ▶ Застосуйте техніку звільнення шкіри, защемленої блискавкою:
  - Дайте пацієнту знеболювальний препарат для перорального застосування, наприклад, парацетамол чи ібупрофен (с. 566). Якщо очікується, що дитина відчуватиме значний біль, розгляньте доцільність її направлення до лікарні для звільнення шкіри, защемленої блискавкою, під дією седативних препаратів.
  - Завжди перевіряйте пацієнта на наявність пошкоджень голівки та направляйте на хірургічне або урологічне обстеження за наявності таких пошкоджень.

### Техніка звільнення шкіри, защемленої блискавкою

1. Відріжте перемичку бігунка та розріжте блискавку кусачками.



2. Розділіть зубці блискавки.

### Пріапізм

Пріапізм рідко виникає в дитячому віці та характеризується тривалою ерекцією статевого члена, яка триває понад 4 години або не пов'язана із сексуальною стимуляцією. Поширеними причинами пріапізму в дітей є серповидноклітинна анемія, лейкоемія та травми.

Пріапізм є **станом, що потребує невідкладної урологічної допомоги**, оскільки він може призвести до ішемії.

### Лікування

► Застосуйте парацетамол або ібупрофен (с. 566) для знеболення.

### Направлення

Терміново направляйте дитину до спеціаліста:

- Для хірургічного або урологічного лікування, якщо ерекція триває > 4 години.
- У разі нездатності дитини до сечовипускання.

### 6.13.7 Гінекологічні скарги

Запитуйте всіх дівчат підліткового віку про сексуальну активність без присутності опікуна. Підходьте до запитання максимально делікатно. Дівчата можуть не розповідати про свою сексуальну активність у присутності опікуна.

Звертайте увагу на **ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ** щодо сексуального насильства (с. 714) в дівчат, які не є сексуально активними:

- Незвичайний або надмірний свербіж, синці, рвані рани, почервоніння, набряк або кровотеча в генітальній чи анальній ділянці
- ІСВШ, наявність крові в сечі або фекаліях, болісне сечовипускання
- Вагітність або ІПСШ.

Інформацію щодо гінекологічних скарг, характерних для підлітків, див. у розділі 8.

#### Виділення з піхви (вульвовагініт)

Вульвовагініт — запалення вульви та піхви — є найпоширенішою гінекологічною проблемою в дівчат препубертатного віку.

Більшість випадків є неспецифічними, та існує декілька супутніх факторів ризику:

- Волога синтетична білизна, тісний або мокрий одяг, погана гігієна, ожиріння
- Подразники: мило, піни для ванни, антисептики
- Тривала антибіотикотерапія
- Інфекції: *Candida*, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomonas vaginalis*, генітальний герпес та інші ІПСШ (с. 771) у сексуально активних підлітків, гострики
- Сторонній предмет
- Цукровий діабет (рідкісна причина).

#### Анамнез і обстеження

- Виділення з піхви, свербіж, почервоніння, відчуття болю, іноді дизурія та кровотеча. У немовлят — дратівливість і тривалий плач.

- Неприємний запах (вказує на *Trichomonas*, *Gardnerella* spp. або наявність стороннього предмета).
- Білі густі виділення (вказують на кандидоз).
- Екскоріація вульви та шкіри перианальної ділянки (вказує на наявність гостриків).

**Примітка:** у більшості новонароджених дівчат спостерігаються слизисті білі виділення з піхви. Вони є нормальними та зазвичай зникають до 3 місяців. Від 3 місяців до періоду статевого дозрівання фізіологічні вагінальні виділення зазвичай мінімальні, прозорі або білуватого кольору, без запаху, не липкі, а їх консистенція й кількість змінюються протягом менструального циклу.

### Дослідження

- У більшості випадків дослідження не потрібні.
- Направляйте на проведення посіву вагінальних виділень і посіву сечі залежно від підозрюваної основної причини.
- Виключіть цукровий діабет (с. 671) при вульвовагініті, який є стійким до лікування.

### Лікування

- ▶ Призначайте лікування залежно від основної причини захворювання:
  - Видалення будь-якого стороннього предмета
  - Кандидоз: протигрибковий препарат для місцевого застосування (напр., міконазол, ністатин) протягом 5–7 днів
  - Бактеріальний вагіноз (*Gardnerella vaginalis*): 5 г метронідазолу (гель 0,75%) інтравагінально 1 раз на добу протягом 5 днів або 5 г кліндаміцину (крем 2%) інтравагінально перед сном протягом 7 днів; як альтернативний варіант для підлітків — 500 мг метронідазолу перорально двічі на добу протягом 7 днів
  - Гострики (с. 334)
  - ІПСШ, такі як гонорея (с. 775), хламідіоз (с. 774), трихомоніаз (с. 774), генітальний герпес (с. 774).
- ▶ Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка залежно від віку) щодо загальних правил гігієни:
  - Після туалету належним чином витирати зону геніталій туалетним папером у напрямку спереду назад.

- Використовувати спідню білизну з бавовни та уникати тісного одягу.
- Приймати теплу ванну (без мила), належним чином підмивати та обережно витирати зону геніталій.

## Направлення

Направляйте дитину до спеціаліста, якщо виділення є рясними, кров'янистими або постійними.

## Вагінальна кровотеча

У багатьох немовлят жіночої статі у перший тиждень життя виникають вагінальні кровотечі, спричинені припиненням надходження в організм естрогенів матері. Це варіант норми, який не потребує дослідження або лікування.

Кров'янисті виділення в дівчат старшого віку можуть вказувати на:

- Сторонній предмет у піхві
- Тяжкий перебіг вульвовагініту (с. 425)
- Травму, у тому числі тупу травму пахової ділянки та сексуальне насильство (с. 714)
- Екскоріацію, пов'язану з гостриками (с. 332)
- Початок першої менструації; вважається передчасним, якщо вік дитини становить < 8 років
- Гематурію (с. 388)
- Проплапс уретри (видимий запалений «бублик» тканини в зовнішньому отворі сечовипускного каналу).

## Лікування і направлення

- ▶ Лікування залежить від основної причини: посилання на відповідні сторінки довідника див. вище.
- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста в разі наявності стороннього предмета в піхві, травми або пролапсу уретри.

## Зрощення статевих губ

Іноді медіальні краї малих статевих губ зростаються. Це варіант норми, проблема вирішується спонтанно в пізньому дитинстві.

### Лікування

► Якщо дитина здатна до легкого сечовипускання, лікування не потрібне, окрім заспокоєння стосовно того, що проблема вирішиться спонтанно.

**НЕ** розділяйте зрощені статеві губи мануально (це травматично, завдає стресу та створює ризик рецидиву) та НЕ використовуйте естрогенні креми (через ризик рецидиву).

## Виразки вульви

Розглядайте можливість сексуального насильства у випадках дівчат, які не є сексуально активними (с. 714).

Виразки вульви рідко зустрічаються в дівчат і підлітків, особливо якщо вони не живуть статевим життям. Більшість уражень надзвичайно болісні та спричиняють значну тривогу й емоційний стрес у пацієнтки та її родини. Більшість уражень є самообмежувальними.

- Розглядайте можливість ІПСШ у сексуально активних підлітків (с. 771)
- Інші вірусні та бактеріальні інфекції
- Системні захворювання: аутоімунні та дерматологічні стани
- Побічні реакції на ліки.

### Лікування

► Запевніть, що виразки в дівчат молодшого віку часто не передаються статевим шляхом, та що рівень рецидивів є низьким.

- Специфічне лікування залежно від основної причини захворювання:
  - Якщо існує ймовірність первинної герпетичної інфекції, розглядайте доцільність призначення ацикловіру (с. 775).
  - Інформацію про ІПСШ див. на с. 771.
- Забезпечте знеболення:
  - Нанесення бар'єру з вазеліну або оксиду цинку після змочування
  - Місцеві анестетики (напр., 2% гель із лідокаїном)
  - Парацетамол або ібупрофен (с. 566) перорально.

- ▶ Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка залежно від віку) щодо загальних заходів:
  - Використовувати спідню білизну з бавовни та уникати тісного одягу
  - Усунути інші подразники, такі як мило, прокладки
  - Теплі ванни із солоною водою (1 чайна ложка солі на 1 літр води) для зони геніталій можуть допомогти зменшити біль. Не використовувати мило. Добре підмивати та обережно витирати зону геніталій.
- ▶ Направляйте дитину до гінеколога чи педіатра, якщо виразки рецидивують або наявна підозра на системне чи інфекційне захворювання.

## 6.14 Висипи, свербіж та інші шкірні проблеми

<b>6.14.1 Макулопапульозний висип із гарячкою або без неї</b>	<b>433</b>
Атопічний дерматит/екзема	436
Імпетиго	438
Целюліт	438
Абсцес шкіри	438
Грибкова інфекція	438
Сонячний опік	439
Кропив'янка	440
Алергічні реакції/контактний дерматит	440
Короста	441
Контагіозний молюск	441
Бешиха	442
<b>6.14.2 Везикулярний або бульозний висип</b>	<b>442</b>
Герпетична інфекція	443
<b>6.14.3 Пурпуровий або петехіальний висип</b>	<b>444</b>
Хвороба Шенлейна-Геноха	445
<b>6.14.4 Бородавки</b>	<b>447</b>
<b>6.14.5 Воші</b>	<b>448</b>

Захворювання шкіри часто зустрічаються в дітей різного віку. Шкірні прояви є характерними для поширених дитячих інфекцій. Іноді вони пов'язані з конкретними бактеріальними інфекціями, такими як інфекції *Streptococcus* групи А (*S. pyogenes*) чи *Staphylococcus aureus*, або із запаленням, наприклад, атопічним дерматитом чи екземою. Основні захворювання, такі як хвороба Шенлейна-Геноха, запальні захворювання кишечника, системний червоний вовчак, нейрокутанні стани (нейрофіброматоз, туберозний склероз, синдром Стерджа-Вебера), побічні реакції на ліки та злоякісні новоутворення є більш рідкісними причинами захворювань шкіри.

Більшість проблем зі шкірою належать до сфери охоплення первинної медичної допомоги.

### Анамнез

#### ■ Шкіра:

- Характер, локалізація та тривалість проблеми
- Початковий зовнішній вигляд і тривалість розвитку ураження

- Свербіж, набряк, почервоніння, пухирі, біль
- Червоний висип червоподібної форми на шкірі, що свербить (с. 332)
- Фактори, що посилюють та полегшують проблему: контактні алергени, проковтування речовин, креми для місцевого застосування, нові засоби для прання чи ванни
- Попереднє та поточне лікування (ефективне чи ні)
- Сонячні опіки в анамнезі.

#### ■ Супутні симптоми:

- Атопія, тобто астма, алергічний риніт, екзема
- Симптоми з боку суглобів
- Зміни нігтів
- Втрата нюху, втрата смаку.

#### ■ Інші фактори в анамнезі:

- Шкірні захворювання в сімейному анамнезі
- Прийом лікарських засобів (регулярний чи нещодавній прийом ліків, безрецептурні препарати чи препарати для місцевого застосування)
- Відомі алергії
- Вплив захворювання шкіри на якість життя
- Нещодавні подорожі.

### Обстеження

Проведіть повний фізикальний огляд. Оглядайте шкіру з голови до пальців ніг, у тому числі поверхні згинання й розгинання частин тіла, шкіру голови, волосся, нігті та рот, при хорошому освітленні. Враховуйте розмір, форму, колір і локалізацію висипу та розрізняйте:

- **Еритему:** почервоніння шкіри
- **Макули:** ураження розміром < 1 см, не відчутні при пальпації
- **Плями:** ураження розміром > 1 см, не відчутні при пальпації
- **Папули:** ураження розміром < 1 см, відчутні при пальпації
- **Везикули:** папули розміром < 1 см, що містять прозору рідину
- **Пухирі:** великі везикули розміром > 1 см
- **Пустули:** везикули, що містять гній
- **Пурпур:** відчутні або не відчутні при пальпації червоні/фіолетові ураження, спричинені кровотечею в шкіру, які не бліднуть при натисканні

- **Петехії:** точкові пурпурові ураження
- **Екхімози** (синці): великі пурпурові ураження.



**Пурпуровий висип або петехії, що не бліднуть при натисканні**, можуть бути ознакою менінгококової або іншої бактеріальної септицемії. Терміново направляйте дитину до лікарні.

**Синці незрозумілої етіології** на обличчі, шії, спині, стегнах, сідницях і статевих органах можуть бути ознакою неналежного поводження з дитиною (с. 713).

### Дослідження

- Дослідження зазвичай не є необхідними. Більшість діагнозів встановлюють на основі обстеження та анамнезу.
- Мазки для бактеріологічних чи вірусологічних досліджень або зішкріби шкіри можуть допомогти в діагностиці та визначенні варіантів лікування.
- Кількість тромбоцитів і коагуляція при петехіальних або пурпурових ураженнях.
- Біопсія уражень (зазвичай проводиться у спеціалізованих закладах за направленням).

### Диференціальна діагностика

Розглядайте диференціальні діагнози на основі зовнішнього вигляду шкірного висипу (деякі шкірні захворювання можуть проявлятися різними типами висипу одночасно або з часом):

- Макулопапульозний висип із гарячкою або без неї (таблиця 61, с. 433)
- Везикулярний або бульозний висип (таблиця 62, с. 442)
- Пурпуровий або петехіальний висип (таблиця 63, с. 444).

Також розглядайте інші захворювання шкіри, такі як бородавки (с. 447) і воші (с. 448), а також захворювання шкіри, які є характерними для новонароджених (с. 165).

**6.14.1 Макулопапульозний висип із гарячкою або без неї****Таблиця 61. Диференціальна діагностика макулопапульозного висипу**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Макулопапульозний висип без гарячки</b>	
<b>Атопічний дерматит (екзема) (с. 436)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сухість, свербіння шкіри, як правило, з еритемою, лущенням і набряком</li> <li>• Зазвичай уперше виникає у віці від 3 до 6 місяців</li> <li>• У немовлят: на обличчі, голові та місцях розгинання рук і ніг</li> <li>• У дітей: у складках у місцях згинання частин тіла та шкірних складках виникає ліхеніфікація уражень (потовщення шкіри)</li> <li>• У підлітків: ліхеніфікація уражень у місцях згинання рук і ніг</li> <li>• Поліноз, астма, алергічний риніт у (сімейному) анамнезі.</li> </ul>
<b>Пелюшковий дерматит (с. 168)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Запалення шкіри в місцях контакту шкіри з підгузком</li> <li>• Поширений у перші 1–2 роки життя</li> <li>• Може розвинутися вторинна кандидозна інфекція.</li> </ul>
<b>Себорейний дерматит (с. 166)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немовлята (віком до 2 місяців) і підлітки</li> <li>• Жовтуваті, жирні або вкриті кіркою плями, які не сверблять, на волосистій частині голови, обличчі, тулубі, кінцівках та складках шкіри</li> <li>• «Молочна кірка» в немовлят (с. 166)</li> <li>• Пов'язаний із лупою, викликає легкий свербіж.</li> </ul>
<b>Імпетиго (с. 438)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поширене серед дітей молодшого віку</li> <li>• Окремі ураження з гноєм або жовтуватими кірками на відкритих ділянках тіла (обличчя, руки)</li> <li>• Везикули можуть прогресувати в пухирі (бульозне імпетиго, с. 442)</li> <li>• Може бути пов'язане з лімфаденопатією.</li> </ul>
<b>Целюліт (с. 438)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локалізований теплий болючий набряк і почервоніння шкіри</li> <li>• Шкірна інфекція, що поширюється на підшкірні тканини</li> <li>• Може розвиватися внаслідок саден, рваних ран, опіків або екземи шкіри.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Абсцес (с. 438)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Скупчення гною в результаті інфекції волосяного фолікула, потраплення стороннього предмета або з невідомого джерела</li> <li>• Болюче рухоме утворення, почервоніння на поверхні шкіри.</li> </ul>
<b>Грибкова інфекція (с. 438)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Червона запалена ділянка в складках шкіри (інтертриго)</li> <li>• Пласкі плями від округлої до овальної форми з лусками, що часто сверблять</li> <li>• Ураження тулуба (дерматофітія тулуба)</li> <li>• Ураження волосистої частини голови із втратою волосся (дерматофітія голови)</li> <li>• Гостре грибкове запалення волосистої частини голови з болючими пустульозними бляшками, що можуть бути рухливими (керіон).</li> </ul>
<b>Сонячний опік (с. 439)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вплив ультрафіолетового випромінювання</li> <li>• Еритема та набряк із везикулами або без них та з подальшим лущенням шкіри</li> <li>• Біль і свербіж</li> <li>• У тяжких випадках: гарячка, головний біль, дратівливість (у немовлят).</li> </ul>
<b>Кропив'янка (с. 440)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Випуклі ураження шкіри, що сверблять, оточені еритематозною основою, які називаються «кропив'янкою»</li> <li>• Ураження виникають і зникають та відрізняються за розміром</li> <li>• Може бути локалізованою або генералізованою, чітко визначені краї, часто зливна.</li> </ul>
<b>Алергічний контактний дерматит (с. 440)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Свербіж, сухість, почервоніння шкіри зазвичай спостерігається через 48–72 години після впливу алергену (напр., укусів комах, рослин, парфумів, ліків)</li> <li>• Почервоніння та обмежена болісна чутливість.</li> </ul>
<b>Дитячий папульозний акродерматит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пов'язаний із кількома вірусними інфекціями (напр., вірус гепатиту В, вірус Епштейна-Барр) і вакцинами</li> <li>• Папуловезикулярний незливний та симетричний висип на обличчі, сідницях, ногах і руках (включно з долонями та підшвами стоп); відносно не вражає тулуб</li> <li>• Зазвичай висип не свербить</li> <li>• Генералізована лімфаденопатія, іноді збільшення печінки</li> <li>• Минає самостійно, може тривати до кількох тижнів.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Рожевий лишай</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Іноді легкий продром (звичайна застуда)</li> <li>• «Материнська» бляшка: поодинокa, кільцеподібна, розміром 1–10 см, випуклий край із дрібними лусками</li> <li>• Пізніше з'являється симетричний макулопапульозний висип на тулубі та проксимальних відділах кінцівок</li> <li>• Висип на спині у вигляді ялинки</li> <li>• Може супроводжуватися або не супроводжуватися свербінням</li> <li>• Минає самостійно.</li> </ul>
<b>Тепловий висип</b> (червона пітниця) (с. 167)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Виникає в результаті надмірного потовиділення</li> <li>• Окремі червоні папули у шкірних складках (шия, пах, пахви), що іноді сверблять</li> <li>• Минає самостійно.</li> </ul>
<b>Псоріаз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Різко окреслені, яскраві еритематозні бляшки з лусками переважно на колінах, ліктях і волосистій частині голови</li> <li>• У немовлят вражає ділянку шкіри, що контактує з підгузком.</li> </ul>
<b>Короста</b> (с. 441)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильний свербіж, особливо вночі</li> <li>• Невеликі перламутрові папули та ураження з гноем або кірками між пальцями, на зап'ястях, стопах, зовнішніх статевих органах, сідницях, плечах, навколо пупка</li> <li>• У маленьких немовлят може проявлятися як генералізований висип</li> <li>• Невеликі хвилясті лінії в місцях, де кліщі впиваються у шкіру</li> <li>• Інфікування інших членів домогосподарства</li> <li>• Часто зустрічається вторинна бактеріальна інфекція.</li> </ul>
<b>Контагіозний моллюск</b> (с. 441)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Групи невеликих перламутрових папул із пупкоподібним заглибленням у центрі</li> <li>• Зберігаються протягом місяців до спонтанного зникнення</li> <li>• Гостре пустульозне запалення може виникнути до зникнення симптомів, може призводити до утворення рубців.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<p><b>Акне</b> (с. 788)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто зустрічається в підлітків</li> <li>• Відкриті (чорні вугрі) або закриті (білі вугрі) комедони</li> <li>• Папули, пустули, кісти, вузли</li> <li>• Вражає переважно обличчя, шию, грудну клітку, спину та плечі.</li> </ul>
<p><b>Макулопапульозний висип із гарячкою</b></p>	
<p><b>Примітка:</b> інформацію про диференціальну діагностику висипу з гарячкою <b>див. також у розділі про гарячку з висипом у дітей на с. 274.</b> Інформацію про гарячку з висипом у дітей, що приїхали з-за кордону, див. на с. 303.</p>	
<p><b>Бешиха</b> (с. 442)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рани в анамнезі</li> <li>• Раптовий початок із таких симптомів, як висока температура тіла, нездужання</li> <li>• Яскраво-червона, тверда й набрякла бляшка з чіткими випуклими краями, яка швидко збільшується в розмірах</li> <li>• Виникає переважно на ногах, у немовлят навколо пупка й на ділянці шкіри, що контактує з підгузком (періанальний стрептококовий дерматит).</li> </ul>
<p><b>Менш поширені, але тяжкі стани.</b> негайно направляйте дитину на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу та лікування.</p>	
<p><b>Синдром токсичного шоку</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• У дівчат підліткового віку пов'язаний із використанням тампонів</li> <li>• Хворобливий зовнішній вигляд, висока температура тіла, низький артеріальний тиск</li> <li>• Блювання, діарея, головний біль, біль у горлі</li> <li>• Обширний червоний висип, схожий на сонячний опік, особливо на долонях і підшвах стоп.</li> </ul>

### Атопічний дерматит/екзема

- ▶ Призначайте місцеві кортикостероїди 1–2 рази на добу протягом 5–7 днів:
  - 1% гідрокортизон для обличчя
  - Бетаметазону валерат 0,02% або мометазону фураат 0,1% для тіла та кінцівок

- Радьте застосовувати місцеві кортикостероїди перед зволожувальним засобом у разі загострення (еритеми і свербіння).
- ▶ Проводьте лікування підозрюваної суперінфекції *Staphylococcus aureus* (імпетиго, с. 438 або целюліт, с. 438) або інфекції вірусом простого герпесу (герпетична інфекція, с. 443).
- ▶ Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка залежно від віку) щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 33).

### Робоча пам'ятка 33. Лікування atopічного дерматиту в домашніх умовах

#### Як доглядати за дитиною з atopічним дерматитом у домашніх умовах



##### Загальна допомога

- Уникайте гарячих та занадто сухих умов і середовищ (одяг, обігрівачі, автомобілі з високою температурою в салоні, класні кімнати, гарячі ванни, ковдри).
- Підстригайте нігті дитини коротко й рівно для уникнення розчісування уражень.

##### Купання та догляд за шкірою

- Купайте дитину в теплій, але не гарячій воді протягом 5–10 хвилин.
- За необхідності використовуйте нейтральне мило, та не використовуйте піни для ванни або інші продукти, що можуть викликати подразнення.
- Витираючи дитину після купання, обережно промокуйте шкіру, а не тріть її.
- Уникайте сухості шкіри.
- Наносьте зволожувальний крем принаймні двічі на день на все тіло з голови до пальців ніг.

##### Одяг

- Використовуйте одяг із бавовни.
- Уникайте матеріалів, що можуть викликати подразнення (шерсть, пісок, етикетки).
- Використовуйте мийний засіб, що не викликає подразнення, та споліскуйте одяг великою кількістю води.
- Періть новий одяг дитини перед носінням.

## Направлення

Направляйте дітей із постійною або тяжкою екземою до спеціаліста. Продовжуйте терапію відповідно до плану лікування, складеного спеціалістом.

## Імпетиго

Імпетиго — це дуже контагіозне інфекційне захворювання, спричинене *Streptococcus pyogenes* або *Staphylococcus aureus*.

- ▶ У випадках неускладненого або локалізованого імпетиго:
  - Змивайте кірки.
  - Призначайте 2% мазь із мупіроцином для місцевого застосування або фузидову кислоту 3 рази на добу протягом 5 днів.
- ▶ У разі обширних, множинних уражень або відсутності відповіді на місцеве лікування: призначайте 15 мг/кг клоксациліну 4 рази на добу протягом 7 днів або цефалексин перорально (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах (робоча пам'ятка 34).

## Целюліт

- ▶ Легкий перебіг: призначайте 15 мг/кг клоксациліну 4 рази на добу протягом 7 днів або цефалексин перорально (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ Направляйте до лікарні в таких випадках: целюліт обличчя або периорбітальний целюліт (с. 506), тяжкий або обширний целюліт, системне погіршення самопочуття або відсутність відповіді на пероральне лікування.

## Абсцес шкіри

- ▶ Розріз і дренирування абсцесу (с. 878).
- ▶ Направляйте до лікарні дітей із абсцесами, для дренирування яких потрібна загальна анестезія, або з абсцесами в пахвовій, перианальній ділянках або в ділянці обличчя.

## Грибкова інфекція

- ▶ Дерматофітія тулуба, інтритриго: призначайте протигрибкові засоби для місцевого застосування, такі як міконазол 2% або тербінафін 1% двічі на добу протягом 2–4 тижнів до зникнення клінічних симптомів.

**Робоча пам'ятка 34. Лікування імпетиго в домашніх умовах****Як доглядати за дитиною з імпетиго в домашніх умовах**

- Імпетиго — це інфекція з легким перебігом, яка є дуже контагіозною. Не відправляйте дитину в школу протягом 1–2 днів після початку лікування та повністю прикривайте виразки пов'язками, коли дитина повернеться до школи.
- Утримуйте ураження, пухирі та кірки в чистоті й сухості.
- Наносьте крем для місцевого застосування відповідно до інструкцій.
- Часто мийте руки та просіть мити руки дитину.
- Коротко підстригайте нігті дитини.
- Дайте дитині окремих рушник, яким не користуються інші члени домогосподарства.
- Забезпечте, щоб дитина не торкалася уражень, пухирів і кірок та не чесала їх, щоб уникнути утворення рубців і поширення захворювання.
- Давайте дитині парацетамол або ібупрофен, якщо в неї підвищується температура тіла ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25).
- Прийдіть на повторний прийом через 2–3 дні або раніше, якщо стан дитини погіршується, або в разі підвищення температури тіла.

- ▶ Дерматофітія голови та оніхомікоз потребують тривалого (4–12 тижнів) перорального лікування гризеофульвіном або флуконазолом. За наявності сумнівів направляйте дитину до спеціаліста для підтвердження діагнозу.
- ▶ При підозрі на керіон направляйте пацієнтів до спеціалістів для підтвердження діагнозу та призначення пероральних лікарських засобів.
- ▶ Направляйте до спеціалістів пацієнтів із будь-якою грибковою інфекцією в разі відсутності відповіді на лікування або за наявності сумнівів щодо діагнозу.

**Сонячний опік**

- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії:
  - Наносити охолоджувальні зволожувальні засоби та накладати холодні компреси на уражені ділянки

- Стежити за тим, щоб дитина пила достатньо рідини, щоб уникнути зневоднення.
- ▶ Консультуйте щодо належного захисту від сонця (с. 122).
- ▶ Виключіть тепловий удар (с. 256) або проведіть його лікування за потреби (с. 825).

### Кропив'янка

- ▶ Виключіть анафілаксію (с. 224), якщо кропив'янка супроводжується набряком язика або горла, утрудненим диханням або низьким артеріальним тиском. негайно розпочинайте лікування анафілаксії (с. 816).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії при кропив'янці:
  - Прикладати холодні компреси до уражених ділянок шкіри
  - Визначити фактори, що посилюють симптоми, такі як надмірна спека або гостра їжа, та уникати їх
  - Уникати застосування аспірину та інших нестероїдних протизапальних засобів, оскільки вони часто посилюють симптоми.
- ▶ Лікування кропив'янки слід продовжувати до повного зникнення симптомів. Дотримуйтеся терапевтичного принципу «якомога менше, стільки, скільки потрібно»:
  - Призначте пероральні антигістамінні препарати, наприклад, лоратадин, протягом 3–5 днів, щоб полегшити сильний свербіж і контролювати висип (див. дозування на с. 917).
  - Призначайте короткий курс преднізолону перорально з розрахунку 1 мг/кг/добу тільки в разі сильної кропив'янки.

### Алергічні реакції/контактний дерматит

- ▶ Визначте тригер, напр., мило або нікель у джинсових гудзиках і сережках.
- ▶ Радьте уникати контакту з виявленим тригером у майбутньому.
- ▶ Лікуйте дерматит за допомогою зволожувальних засобів (лосьйон-лубрикант або лосьйон із каламіном) і місцевих стероїдів (1% гідрокортизон).
- ▶ Призначте пероральний антигістамінний препарат, наприклад, лоратадин, протягом 3–5 днів (див. дозування на с. 917), щоб полегшити сильний свербіж.

- ▶ При обширному контактному дерматиті направляйте пацієнтів до спеціаліста.

### Короста

- ▶ Дітям віком > 2 роки призначайте крем для місцевого застосування із 5% перметрином, 0,5% малатіон на водній основі, 5–10% сірчану мазь або 10–25% емульсію бензилбензоату. Немовлятам віком < 3 місяці призначайте 10% кротамітон або сірчану мазь на ніч протягом 3 ночей поспіль. Через 1–2 тижні може знадобитися повторне застосування.
- ▶ Для дітей із масою тіла > 15 кг альтернативним варіантом лікування є разова доза 200 мг/кг івермектину перорально та ще одна така ж доза через 10 днів.
- ▶ Одночасно проводьте лікування членів родини та контактних осіб.
- ▶ Призначте пероральний антигістамінний препарат, наприклад, лоратадин, протягом 3–5 днів (див. дозування на с. 917), щоб полегшити сильний свербіж.
- ▶ У випадках суперінфекції з пустулами: розглядайте доцільність призначення 15 мг/кг клоксациліну 4 рази на добу протягом 7 днів або цефалексину перорально (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:
  - Наносити призначений лосьйон на все тіло від шиї до пальців ніг; немовлятам також наносити лосьйон на волосисту частину голови, обличчя та шию; залишати лосьйон на рекомендований час (зазвичай на ніч), перш ніж змивати
  - Коротко стригти нігті дитини.
  - Випрати всю постільну білизну, одяг і рушники в гарячій воді та висушити в перший день лікування.
  - Зберігати одяг, який не можна прати, у закритому поліетиленовому пакеті протягом принаймні 3 днів.
  - Давати дитині окремі рушники, якими не користуються інші члени домогосподарства.

### Контагіозний молюск

- ▶ Повідомте родині, що захворювання зазвичай минає спонтанно протягом кількох місяців.

- ▶ Повідомте, що вичавлювання або розчісування уражень підвищує ймовірність утворення рубців і ризик поширення інфекції.
- ▶ За наявності уражень у чутливій ділянці або ділянці, що зазнає тиску, розгляньте доцільність розтину й видалення вмісту та продезінфікуйте ділянку.

## Бешиха

Бешиха — це інфекція верхніх шарів шкіри, зазвичай викликана *Streptococcus pyogenes*.

- ▶ Призначайте 125 мг феноксиметилпеніциліну (пеніциліну V) перорально дітям віком < 1 рік, 250 мг дітям віком 1–5 років, 500 мг дітям віком 6–12 років або 1 г підліткам двічі на добу протягом 10 днів або амоксицилін (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ За потреби проводьте оброблення ран (с. 540).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах та радьте давати дитині парацетамол або ібупрофен у відповідних дозах для забезпечення знеболення або за наявності в дитини підвищеної температури тіла ( $\geq 39$  °C), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258).

## 6.14.2 Везикулярний або бульозний висип

**Таблиця 62. Диференціальна діагностика везикулярного або бульозного висипу**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Вітряна віспа</b>	
<b>Синдром «рука-нога-рот»</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Див. таблицю 41 на с. 274</li> </ul>
<b>Укуси комах (с. 547)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Папула або везикула на місці укусу комахи</li> <li>• Іноді почервоніння і сверблючий висип навколо укусу</li> <li>• Зазвичай висип на відкритих ділянках шкіри.</li> </ul>
<b>Бульозне імпетиго (с. 438)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поширене серед дітей молодшого віку</li> <li>• Везикули прогресують до прозорих пухирів, які лускають та утворюють кірки на відкритих ділянках шкіри (обличчі, руках)</li> <li>• Можливі незначне підвищення температури тіла та лімфаденопатія.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Герпетична інфекція</b> (вірус простого герпесу, вірус вітряної віспи) <b>(с. 443)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Повторювані епізоди появи невеликих, болючих, наповнених рідиною пухирців на шкірі, у роті (с. 268), на губах («застуда на губах»), очах або статевих органах (с. 773)</li> <li>Оперізувальний герпес (рідко зустрічається у дітей): болючі, наповнені рідиною пухирці на локалізованій ділянці шкіри (дерматомі) з відчуттям поколювання або печіння та свербінням.</li> </ul>
<b>Короста (с. 441)</b>  <b>(Сонячний) опік (с. 439)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Див. таблицю 61 на с. 433.</li> </ul>
<b>Менш поширені стани.</b> негайно направляйте дитину на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу та лікування.	
<b>Стафілококовий синдром ошпареної шкіри</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Хворобливий зовнішній вигляд, гарячка, ознаки зневоднення</li> <li>Почервоніння шкіри з пухирями, що має вигляд опіку</li> <li>Великі заповнені рідиною пухирі під пахвами, у паховій ділянці, у носі чи вухах</li> <li>Висип поширюється на тулуб, руки і ноги</li> <li>Лущення шкіри на великих ділянках тіла.</li> </ul>

## Герпетична інфекція

- ▶ Призначайте 20 мг/кг ацикловіру 4 рази на добу протягом 7 днів протягом 72 годин після появи первинного герпесу.
- ▶ Консультуйте опікунів щодо підтримувальних заходів за наявності герпетичного гінгівостоматиту (робоча пам'ятка 26, с. 269).
- ▶ Дітей із системним погіршенням самопочуття або поширеною інфекцією направляйте до лікарні.

## Рецидивуючі герпетичні інфекції

Реактивація губного герпесу («застуди на губах»), як правило, має менш тяжкий перебіг та є менш тривалою, ніж первинна інфекція. Перед появою пухирів можуть виникати продромальні симптоми, такі як біль, відчуття печіння або поколювання.

- ▶ Діти з легкими симптомами не потребують противірусної терапії. Консультуйте опікунів щодо підтримувальних заходів (робоча пам'ятка 26, с. 269).

- ▶ Дітям із періодичними рецидивами, що супроводжуються більш серйозними симптомами, та дітям із продромальними симптомами призначайте ацикловір у дозі 20 мг/кг 4 рази на добу протягом 7 днів, щойно з'являться симптоми.
- ▶ Дітям із частими рецидивами та тяжкими симптомами призначайте ацикловір у дозі 20 мг/кг двічі (максимум 400 мг) на добу протягом 12 місяців. Проведіть повторне оцінювання через 12 місяців і розгляньте доцільність припинення лікування.

### 6.14.3 Пурпуровий або петехіальний висип



Дітей із пурпуровим висипом, що не блідне при натисканні, необхідно **терміново направляти** до лікарні.

**Таблиця 63. Диференціальна діагностика пурпурового або петехіального висипу**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Менінгококова (або інша бактеріальна) септицемія (с. 821)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пурпуровий висип, петехії, що не бліднуть при натисканні</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Дуже хворобливий зовнішній вигляд (летаргія, блідість, знижена взаємодія) без видимої причини</li> <li>• Ознаки шоку, напр., тривалий час наповнення капілярів.</li> </ul>
<b>Хвороба Шенлейна-Геноха (с. 445)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Пурпура, що пальпується</li> <li>• Артрит/артралгія</li> <li>• Біль у животі</li> <li>• Гематурія, протеїнурія, гіпертонія.</li> </ul>
<b>Інфекційний ендокардит (с. 366)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата ваги з незрозумілих причин</li> <li>• Збільшення селезінки</li> <li>• Блідість, шуми в серці, основна хвороба серця</li> <li>• Петехії, потовщення суглобів пальців, осколкові крововиливи під нігтями.</li> </ul>

<b>Менш поширені стани.</b> Направляйте дитину на додаткові дослідження для підтвердження підозрюваного діагнозу.	
<b>Гострий геморагічний набряк у немовлят</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкий варіант хвороби Шенлейна-Геноха (вище) у немовлят</li> <li>• Пурпурові ураження, що збільшуються в розмірах, екхімози, особливо на обличчі, вухах і кінцівках (ноги &gt; руки)</li> <li>• Набряк</li> <li>• Підвищена температура тіла.</li> </ul>
<b>Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легке утворення або велика кількість синців</li> <li>• Петехії, зазвичай на ногах</li> <li>• Носова кровотеча, кровотеча з ясен</li> <li>• Кров у сечі або фекаліях.</li> </ul>
<b>Гемолітико-уремічний синдром (с. 391)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Петехії, пурпура, екхімози</li> <li>• Гематурія</li> <li>• Біль у животі, після якого виникає кров'яниста діарея</li> <li>• Незначне підвищення температури тіла або відсутність гарячки.</li> </ul>

## Хвороба Шенлейна-Геноха

Хвороба Шенлейна-Геноха (яку також називають васкулітом, асоційованим із IgA) є найпоширенішим васкулітом у дітей. Він найчастіше зустрічається в дітей віком 2–8 років.

### Анамнез

Нещодавно перенесена інфекція верхніх дихальних шляхів в анамнезі.

### Ознаки і симптоми

Для повного розвитку клінічних проявів може знадобитися кілька днів або тижнів, і порядок їх появи може відрізнятись.

- Типовий шкірний висип: пурпура, відчутна при пальпації, петехії та синці, зазвичай симетричні, на сідницях і ногах
- Біль у суглобах: зазвичай вражає великі суглоби нижніх кінцівок, без значного випоту чи відчуття тепла
- Біль у животі.

## Ускладнення

- З боку ОЧП: ознаки непрохідності кишечника, болючість у ділянці живота, шлунково-кишкова кровотеча, інвагінація кишечника
- Ураження нирок: гематурія, протеїнурія і гіпертонія
- Неврологічні ураження (рідко): зміни психічного стану, мінливий настрій, апатія, гіперактивність, енцефалопатія, локальні неврологічні ознаки
- Ураження легень (рідко): дихальний розлад.



**Хвороба  
Шенлейна-  
Геноха**

## Дослідження

- Експрес-аналіз сечі (зазвичай єдине необхідне дослідження) дає змогу виявити гематурію та протеїнурію.
- За наявності гіпертонії, макроскопічної гематурії або значної протеїнурії:
  - Мікроскопія сечі та співвідношення білок-креатинін у сечі
  - Аналіз крові на рівні сечовини, електролітів, креатиніну й альбуміну
  - ЗАК та дослідження мазка крові для виключення інших діагнозів, напр., лейкемії або ідіопатичної тромбоцитопенічної пурпури.

## Лікування

Більшість випадків захворювання є самообмежувальними, і їх можна лікувати в домашніх умовах за допомогою підтримувальної терапії.

- ▶ Рекомендуйте дотримання постільного режиму, достатнє споживання рідини та піднімання уражених ділянок за наявності набряку ніг, сідниць та зони геніталій.
- ▶ Призначайте парацетамол або ібупрофен (інформацію про дозування див. у додатку 4) для знеболення. Ібупрофен та інші нестероїдні протизапальні засоби протипоказані при шлунково-кишкової кровотечі або гломерулонефриті. При сильному болю в животі пацієнта необхідно направляти до лікарні для лікування глюкокортикоїдами.

## Направлення

Направляйте дитину до спеціаліста, якщо вона має гострий стан, нефротичний синдром (с. 388), гострий нефритичний синдром (с. 390), гіпертонію

(с. 381), порушення функції нирок або ниркову недостатність (с. 392), неврологічні симптоми, сильний біль у животі або шлунково-кишкову кровотечу.

### Подальше спостереження

- ▶ Рецидив можливий у 25–35% пацієнтів.
- ▶ Забезпечуйте уважне подальше спостереження для виявлення випадків значного ураження нирок, яке вимагає втручання. Таке ураження нирок може бути безсимптомним. Якщо початковий експрес-аналіз сечі показав нормальні результати або виявив тільки мікроскопічну гематурію, проводьте клінічний огляд, перевіряйте артеріальний тиск та проводьте аналіз ранкової порції сечі:
  - Щотижня протягом першого місяця з моменту початку захворювання
  - Кожні два тижні з 5–12 тижнів
  - Разові огляди через 6 і 12 місяців.
- ▶ Направляйте пацієнта до спеціаліста для проведення подальших досліджень у разі розвитку в будь-який момент гіпертонії, протеїнурії або макроскопічної гематурії.

### 6.14.4 Бородавки

Шкірні бородавки, викликані інфекцією епідермісу ВПЛ, часто зустрічаються в дітей.

#### Анамнез і обстеження

- Поодинокі ураження або групи уражень, що зберігаються протягом тривалого часу
- Звичайні бородавки: зернисті нарости на шкірі, шорсткі на дотик, зазвичай на кистях рук, колінах або ліктях
- Плaskі бородавки: тілесного кольору, маленькі, гладкі на дотик, зазвичай на обличчі та тильній стороні кистей рук чи стоп
- Зазвичай супутні симптоми відсутні, іноді присутні свербіння і легкий біль.

#### Лікування

- ▶ Запевніть опікуна або дитину, що бородавки зазвичай зникають спонтанно протягом кількох місяців або років.

- ▶ У разі дискомфорту або стійких бородавок призначайте місцеві кера-толітики (саліцилову кислоту) або речовини подразнювальної дії (подофілін).
- ▶ Розглядайте доцільність направлення до спеціаліста для проведення вишкрібання, діатермії або видалення стійких бородавок, які не відпо-відають на місцеве лікування, або розташування яких викликає зане-покоєння (підощви стоп).

### 6.14.5 Воші

Педикульоз голови — це зараження волосистої частини голови та волосся вошами, що викликає свербіння. Є поширеним у дітей шкільного віку.

#### Анамнез і обстеження

- Тісний контакт із іншими інфікованими дітьми, їхніми гребінцями або головними уборами
- Свербіння шкіри голови, іноді з видимою екскоріацією
- Невеликі перламутрові гниди (яйцеві капсули), міцно прикріплені до стрижнів волосся; самі воші рідко помітні.

#### Лікування

- ▶ Видаліть гниди гребінцем із дрібними зубцями.
- ▶ Обробіть педикуліцидом для місцевого застосування, таким як перме-трин або диметикон. Малатіон 0,5% є альтернативним варіантом для дітей віком  $\geq 6$  років у регіонах зі стійкістю до піретроїдів (перметрину і піретринів).
- ▶ Проведіть лікування членів родини та контактних осіб.
- ▶ Повторіть лікування через 10 днів.

## 6.15 Блідість

Батьки часто скаржаться на блідість своєї дитини, тому корисним є діагностичний підхід. Колір шкіри залежить від кількості мелатоніну в епідермісі та кількох інших факторів, у тому числі анемії, припливу крові до шкіри, на який можуть впливати системні захворювання, та аномальних відкладень у шкірі, зокрема білірубіну (жовтяниця) і сечовини (ниркова недостатність). Тому важливо оцінювати блідість слизових оболонок або кон'юнктиви, на які згадані фактори впливають менше.

Більшість дітей, у яких спостерігається блідість, не мають жодного серйозного захворювання.

Найбільш поширеною причиною блідості є анемія (таблиця 64).

### Анамнез

- Поява і тривалість блідості
- Підвищення температури тіла
- Кров у фекаліях або сечі, кровотеча зі слизових оболонок, гематемезис, мелена, кровохаркання або будь-яка інша нещодавно перенесена кровотеча
- Синці, петехії
- Жовтяниця
- Летаргія
- Затримка росту, поганий апетит або відсутність апетиту
- Задишка
- Біль у кульшовому чи колінному суглобі або кульгавість
- Харчування, що включає споживання продуктів, багатих на залізо, і споживання молока
- Нещодавно перенесена інфекція
- Пероральний прийом лікарських засобів в анамнезі
- Кровотеча або синці, таласемія, серповидноклітинна анемія, дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази у сімейному анамнезі.

### Обстеження

Звертайте увагу на:

- Блідість, синці й петехіальні плями на шкірі та слизових оболонках

- Блідість і жовтяницю кон'юнктиви
- Збільшення печінки, селезінки і лімфатичних вузлів
- Шуми кровотоку
- Результати аускультатії грудної клітки (вологі хрипи вказують на пневмонію)
- Затримку росту.

## Дослідження

Залежать від підозрюваної основної причини:

- ЗАК та дослідження мазка крові, зокрема, для визначення кількості ретикулоцитів і тромбоцитів (анемія, злаякісні новоутворення, дефекти кісткового мозку), рівнів запальних маркерів, таких як С-реактивний білок (інфекції), сечовини, креатиніну (захворювання нирок), білірубину в сироватці крові (гемоліз), заліза, феритину (залізодефіцитна анемія)
- Аналіз сечі (гемоліз, захворювання нирок).

## Диференціальна діагностика

**Таблиця 64. Диференціальна діагностика блідості**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Гостра втрата крові (с. 821 за наявності геморагічного шоку)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий початок без підвищення температури тіла</li> <li>• Травми в анамнезі</li> <li>• Кров у фекаліях або сечі, кровотеча зі слизових оболонок, гематемезис, мелена, кровохаркання або будь-яка інша нещодавно перенесена кровотеча</li> <li>• Шок.</li> </ul>
<b>Гемолітична анемія (с. 452)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Іноді кровотеча або синці, таласемія, серповидноклітинна анемія, дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази в сімейному анамнезі</li> <li>• Тригери: вірусна інфекція, медичні препарати</li> <li>• Пов'язана з анемією</li> <li>• Сеча кольору вина або чаю</li> <li>• Збільшення печінки, селезінки і лімфатичних вузлів</li> <li>• Жовтяниця</li> <li>• Шуми кровотоку (анемія).</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Залізодефіцитна анемія (с. 456)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тахікардія, шуми в серці</li> <li>• Летаргія, втома, слабкість</li> <li>• Затримка росту, труднощі з концентрацією уваги</li> <li>• Недостатнє споживання продуктів, багатих на залізо: червоного м'яса, риби, курятини, зелених овочів, бобових</li> <li>• Шуми кровотоку (анемія).</li> </ul>
<b>Анемія хронічних захворювань (інфекція, пухлина, аутоімунне захворювання)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Затримка росту</li> <li>• Летаргія</li> <li>• Ознаки основного захворювання (інфекції, аутоімунного захворювання, пухлини).</li> </ul>
<b>Дефекти або пригнічення функції кісткового мозку (гостра лейкемія, інші зловиякісні новоутворення, апластична анемія, інфільтративні розлади)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Затримка росту</li> <li>• Летаргія</li> <li>• Збільшення печінки, селезінки і лімфатичних вузлів</li> <li>• Синці та петехіальні плями на шкірі і слизових оболонках</li> <li>• Анемія зі зниженням кількості лейкоцитів і тромбоцитів</li> <li>• Пов'язані з прийомом ліків (напр., хлорамфеніколу, сульфонамідів, цитотоксичних лікарських засобів), вірусною інфекцією або вродженою причиною.</li> </ul>
<b>Ниркова недостатність (с. 392)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий початок при гострому ураженні нирок, прихований початок при хронічному захворюванні нирок</li> <li>• Блідість із анемією або без неї</li> <li>• набряків</li> <li>• Підвищений артеріальний тиск</li> <li>• Протеїнурія.</li> </ul>
<b>Інфекція</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий початок</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Затримка росту, відсутність апетиту</li> <li>• Летаргія</li> <li>• Локальні ознаки пневмонії (с. 208), менінгіту (с. 197), пієлонефриту (с. 397) або сепсису (с. 255).</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Застійна серцева недостатність (с. 365)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий початок</li> <li>• Блідість із анемією або без неї</li> <li>• Задишка</li> <li>• Вологі хрипи при аускультатії грудної клітки</li> <li>• Відсутність апетиту.</li> </ul>

## Направлення

Стабілізуйте стан та негайно направляйте до спеціаліста дітей та підлітків із:

- Гострою втратою крові
- Тяжкою анемією (таблиця 65)
- Серйозною інфекцією (див. критерії направлення у відповідних розділах довідника)
- Застійною серцевою недостатністю
- Нирковою недостатністю
- Ознаками гемолітичної анемії, мегалобластної анемії, тромбоцитопенії, дефектів або пригнічення функції кісткового мозку
- Петехіями, лімфаденопатією, збільшеною печінкою або селезінкою.

Направляйте до спеціаліста дітей чи підлітків із залізодефіцитною анемією, що не відповідає на лікування.

## Лікування

- ▶ Забезпечте лікування основного захворювання або стану.
- ▶ Перегляньте розроблений спеціалістом план лікування конкретних захворювань і станів у дітей та дотримуйтеся його.

### 6.15.1 Анемія

Анемія — це стан, при якому кількість еритроцитів є недостатньою для задоволення потреб організму в кисні. Анемія є найбільш поширеною причиною блідості.

#### Анамнез

- Блідість
- Втома, слабкість
- Запаморочення

- Задишка
- Затримка росту, труднощі з концентрацією уваги
- Звички, пов'язані з харчуванням
- Подорожі в анамнезі
- Кровотеча або синці, таласемія, серповидноклітинна анемія, дефіцит глюкозо-6-фосфатдегідрогенази у сімейному анамнезі.

### Обстеження

- Блідість, блідість кон'юнктиви
- Шуми в серці, тахікардія
- Ознаки гемолізу: жовтяниця, пожовтіння склер, збільшення селезінки та темний колір сечі.

### Дослідження

Поетапно:

- Підтвердьте анемію, визначивши рівень гемоглобіну, якщо можна провести один швидкий діагностичний тест.
- Якщо анемія підтверджена: ЗАК та дослідження мазка крові, зокрема, для визначення кількості ретикулоцитів, середнього корпускулярного об'єму (MCV) і середньої концентрації корпускулярного гемоглобіну, тест на рівень заліза (почніть із тесту на рівень заліза та феритину в сироватці крові).
- Мікроскопія сечі, визначення рівня білірубину і лактатдегідрогенази в сироватці крові та печінкові проби для виявлення або виключення гемолізу.

### Діагностика

Анемією вважається рівень гемоглобіну, що є нижчим за нижню межу діапазону нормальних показників для віку (таблиця 65). Концентрація гемоглобіну підвищується пропорційно до збільшення висоти над рівнем моря місця проживання. Для дитини, яка живе на висоті 2 000 м, граничний рівень гемоглобіну для встановлення діагнозу «анемія» слід збільшувати на 10 г/л.

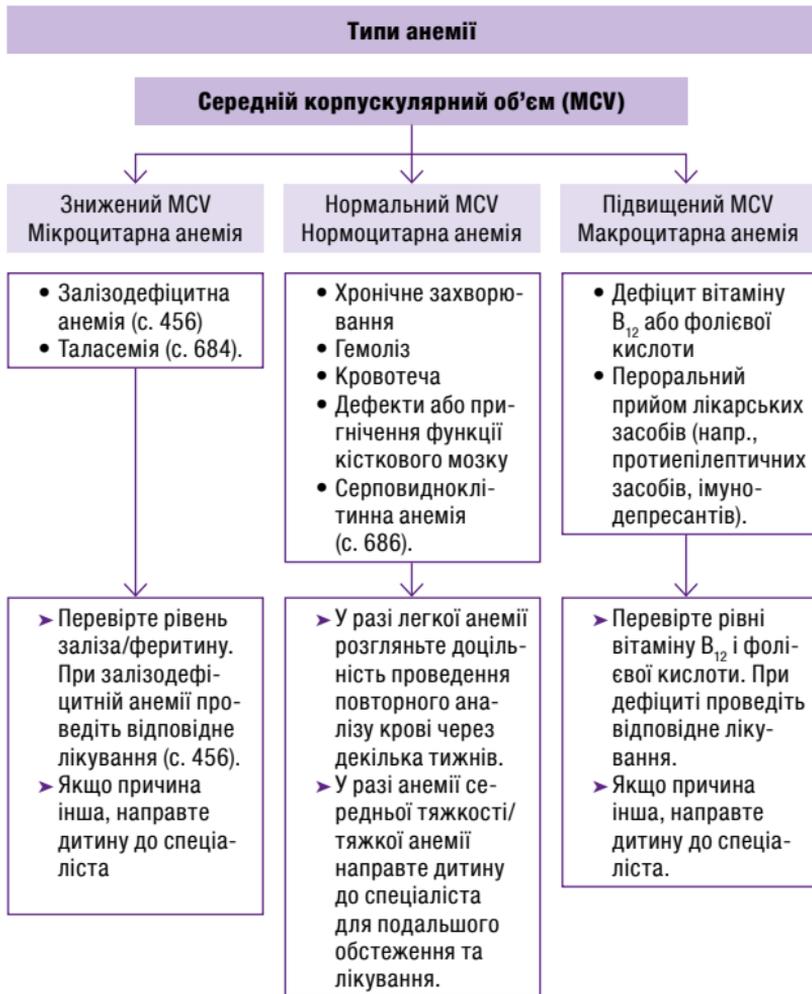
**Таблиця 65. Рівні гемоглобіну (г/л) для встановлення діагнозу анемії на рівні моря**

Група населення	Відсутність анемії	Анемія		
		Легка	Помірна	Тяжка
Діти віком від 6 місяців до 4 років	$\geq 110$	100–109	70–99	< 70
Діти віком від 5 до 11 років	$\geq 115$	110–114	80–109	< 80
Діти віком від 12 до 14 років та дівчата підліткового віку $\geq 15$ років	$\geq 120$	110–119	80–109	< 80
Хлопці підліткового віку $\geq 15$ років	$\geq 130$	110–129	80–109	< 80

**Диференціальна діагностика**

Визначте, чи є анемія мікроцитарною, нормоцитарною чи макроцитарною, на основі MCV, який може вказувати на причину анемії. Основні причини та підходи до діагностики анемії узагальнено на рис. 1.

Рис. 1. Диференціальна діагностика анемії



## Залізодефіцитна анемія

Дефіцит заліза є найпоширенішою причиною анемії в дітей і підлітків та зазвичай пов'язаний із дефіцитом заліза в раціоні. Інші причини включають стани, що призводять до мальабсорбції заліза або втрати крові.

### Анамнез

- Фактори ризику: недоношеність, низька маса тіла при народженні, виключно грудне вигодовування після 6 місяців
- Недостатнє споживання червоного м'яса, риби, курятини, зелених овочів, бобових; надмірне споживання коров'ячого молока
- Целиакія (с. 330), запальні захворювання кишечника (с. 331), лямбліоз (с. 329) або гельмінтози (с. 332) в анамнезі
- Шлунково-кишкова кровотеча, напр., унаслідок тривалого прийому нестероїдних протизапальних препаратів
- Сильна втрата крові під час менструації в дівчат підліткового віку (с. 786).

### Діагностика

Встановлення діагнозу залізодефіцитної анемії ґрунтується на виявленні мікроцитарної анемії (рис. 1) із низьким рівнем заліза та феритину в сироватці крові (граничні значення наведені в таблицях 65 і 66).

**Таблиця 66. Граничні значення рівня феритину для встановлення діагнозу дефіциту заліза**

	Рівень феритину в сироватці (мкг/л)	
	Практично здорові діти	Діти з інфекцією або запаленням
< 5 років	< 12	< 30
≥ 5 та < 20 років	< 15	< 70

### Лікування

- ▶ Призначайте добавки із залізом (таблетки, що містять залізо і фолієву кислоту, або сироп, що містить залізо, щодня) у дозі 2–3 мг/кг двічі на добу протягом щонайменше 3 місяців після усунення анемії для поповнення запасів заліза.

- ▶ Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка) щодо належного харчування для оптимізації абсорбції заліза:
  - Пропонувати дитині різні овочі, фрукти та продукти тваринного походження (див. робочу пам'ятку щодо здорового харчування на с. 112)
  - Їсти більше червоного м'яса, курятини, риби, бобових і зелених овочів
  - Обмежити споживання коров'ячого молока до 500 мл/добу
  - Уникати пиття чаю і кави під час прийому їжі (знижують засвоєння заліза)
  - Давати дитині добавки із залізом згідно з призначенням разом із апельсиновим соком або іншими продуктами, що містять вітамін С (покрощує засвоєння заліза).

### Подальше спостереження

- Проведіть огляд через 2 тижні, щоб оцінити дотримання режиму лікування і споживання заліза в раціоні.
- Через 3 місяці проведіть повторний ЗАК або тест на рівень гемоглобіну і феритину за місцем лікування.

### Направлення

Направляйте до спеціаліста дітей, у яких залізодефіцитна анемія не відповідає на лікування добавками з залізом. Рефрактерна залізодефіцитна анемія є спадковим розладом, що не підлягає лікуванню добавками із залізом для перорального прийому та може частково відповідати на парентеральне введення препаратів заліза.

### Профілактика

Консультуйте родину щодо здорового харчування, що містить продукти, багаті на залізо (див. вище).

## 6.16 Жовтяниця

Причиною жовтяниці є підвищення рівня білірубіну в сироватці крові. Жовтяниця рідко зустрічається в дітей і підлітків після завершення післяпологового періоду (інформацію щодо жовтяниці новонароджених див. на с. 171). Найпоширенішою причиною жовтяниці є вірусний гепатит, але слід розглядати й інші стани (таблиця 67, с. 460). Остаточний діагноз щодо більшості станів (окрім вірусного гепатиту) часто встановлює спеціаліст.

### Анамнез

- Тривалість жовтяниці (якщо > 4–6 тижнів, це може бути хронічний гепатит)
- Поганий апетит, нудота, блювання
- Підвищення температури тіла
- Втома
- Головний біль
- Біль у суглобах
- Симптоми холестазу: свербіння, темний колір сечі, блідий колір калу
- Кровотеча
- Загальний розвиток
- Нещодавно перенесена інфекція, напр., гостра діарея
- Нещодавні подорожі
- Контакт із водою низької якості, погані санітарні умови або харчова гігієна
- Прийом ліків і вплив токсинів, у тому числі парацетамолу, вальпроату, хлорпромазину, ізоніазиду, фенітоїну, тетрациклінів, аспірину
- Статус імунізації, зокрема вакцинами проти гепатиту А та В
- Можливий шлях інфікування: побутові контакти з людиною, інфікованою ВГОВ, переливання крові, татуювання, сексуальна активність, вживання ін'єкційних наркотиків
- Сімейний анамнез: захворювання печінки, анемія, аутоімунне захворювання, гепатит В.

### Обстеження

Звертайте увагу на:

- Втрату ваги, сповільнення росту
- Ознаки зневоднення (с. 310) внаслідок блювання

- Блідість, жовтяницю, петехії або синці та ознаки свербіння
- Збільшення лімфатичних вузлів
- Шуми в серці
- Збільшення печінки, болісну чутливість печінки, збільшення селезінки, болісну чутливість або біль при пальпації в правому верхньому квадранті живота
- Неврологічні симптоми: дратівливість, зниження рівня свідомості, гіперрефлексія, сплутаність мови, тремтіння рук
- Ознаки хронічного захворювання печінки: потовщення суглобів пальців, збільшення селезінки, асцит, набряк, павукоподібні невуси, синці, носові кровотечі, затримка росту, гінекомастія.

## ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

### *Ознаки гострої печінкової недостатності*

- Втома
- Нудота, блювання
- Біль у животі
- Втрата маси тіла
- Петехіальний висип, синці та кровотечі внаслідок коагулопатії
- Астериксис.

### *Ознаки печінкової енцефалопатії*

- Знижений рівень свідомості, сонливість або летаргія
- Зміна особистості
- Погіршення розумових здібностей та поведінки
- Проблеми з мовленням та моторні проблеми, такі як сплутаність мови, тремтіння рук, повільні рухи.

## Дослідження

- Рівень білірубину (кон'югованого і некон'югованого) в крові:
  - Підвищення рівня кон'югованого білірубину свідчить про холестаза.
  - Підвищення рівня некон'югованого білірубину вказує на підвищення утворення білірубину (напр., гемоліз), зниження захоплення або кон'югації білірубину в печінці (вроджені синдроми).

## ЖОВТЯНИЦЯ

- ЗАК, у тому числі визначення кількості ретикулоцитів і дослідження мазка крові, рівнів сечовини та електролітів, печінкові проби
- Залежно від результатів згаданих вище тестів проводьте або направляйте пацієнта на додаткові дослідження за необхідності, напр., дослідження згортання крові, пробу Кумбса, серологічне дослідження на гепатит (зокрема на наявність у сироватці IgM до вірусу гепатиту А (ВГА), HBsAg та анти-HBc), УЗД верхніх відділів живота (печінки, жовчовивідної системи).

## Диференціальна діагностика

Інформацію про жовтяницю новонароджених див. на с. 171.

Інформацію про додаткові причини жовтяниці в дітей, які приїхали з-за кордону, див. у таблиці 46 на с. 303.

**Таблиця 67. Диференціальна діагностика жовтяниці**

Діагностика	Фактори на користь
<b>Аномалії еритроцитів:</b> серповидноклітинна анемія (с. 686), таласемія (с. 684), гемоліз	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Іноді гемоглобінопатія (серповидноклітинна анемія, таласемія), відома або в сімейному анамнезі</li> <li>• Тригери: вірусна інфекція, медичні препарати</li> <li>• Блідість, анемія (іноді шуми в серці), збільшення печінки</li> <li>• Сеча кольору вина або чаю</li> <li>• Підвищення рівня некон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Вірусні гепатити (с. 462)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поганий апетит</li> <li>• Біль у животі</li> <li>• Болючість у правому верхньому квадранті, збільшення печінки</li> <li>• Темний колір сечі</li> <li>• Підвищення рівня некон'югованого і кон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Аутоімунний гепатит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нудота, блювання, біль у животі</li> <li>• Прихований початок</li> <li>• Відоме основне аутоімунне захворювання</li> <li>• Підвищення рівня некон'югованого і кон'югованого білірубину.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Лікарські засоби, токсини</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вплив лікарських засобів або токсинів в анамнезі</li> <li>• Підвищення рівня некон'югованого або кон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Інфекції</b> (вірус Епштейна-Барр, цитомегаловірус)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тонзилофарингіт</li> <li>• Шийна аденопатія</li> <li>• Респіраторні симптоми</li> <li>• Нездужання, втома</li> <li>• Висип</li> <li>• Збільшення селезінки</li> <li>• Підвищення рівня некон'югованого і кон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Метаболічні розлади</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ознаки та симптоми залежно від основного захворювання (дефіцит <math>\alpha</math>1-антитрипсину, муковісцидоз, гемохроматоз, хвороба Вільсона, спадкова гіпербілірубінемія), що вражає всі органи</li> <li>• Підвищення рівня кон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Непрохідність</b> (склерозуючий холангіт, венооклюзивна хвороба)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Свербіння</li> <li>• Темний колір сечі, блідий колір фекалій</li> <li>• Підвищення рівня кон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Холецистит, жовчнокам'яна хвороба</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у верхній правій частині живота (коліки)</li> <li>• Іноді підвищення температури тіла</li> <li>• Підвищення рівня кон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Пухлина</b> (печінки, жовчних шляхів, підшлункової залози, очеревини, дванадцятипалої кишки)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прихований початок</li> <li>• Втрату ваги, сповільнення росту</li> <li>• Біль у животі, асцит</li> <li>• Підвищення рівня кон'югованого білірубину.</li> </ul>
<b>Вроджені синдроми</b> (синдром Жильбера, синдром Криглера-Найяра)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Періодичні епізоди жовтяниці (зазвичай викликані, напр., вірусною інфекцією)</li> <li>• В іншому синдром Жильбера протікає безсимптомно</li> <li>• Підвищення рівня некон'югованого білірубину.</li> </ul>

Діагностика	Фактори на користь
<b>Застійна серцева недостатність (с. 365)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий початок</li> <li>• Блідість із анемією або без неї</li> <li>• Задишка</li> <li>• Відсутність апетиту</li> <li>• Шуми в серці</li> <li>• Підвищення рівня некон'югованого білірубіну.</li> </ul>
<b>Цироз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прихований початок, пізня стадія основного захворювання</li> <li>• Поганий набір маси тіла</li> <li>• Збільшення печінки</li> <li>• Шлунково-кишкові кровотечі, асцит</li> </ul>

### Направлення

Терміново направляйте дитину до лікарні при:

- Ознаках печінкової недостатності або печінкової енцефалопатії
- Тяжкому зневодненні
- Тяжкому гемолізі, тяжкій анемії.

Направляйте дитину до спеціаліста:

- За відсутності підтвердженого діагнозу для проведення подальших досліджень та призначення лікування
- При ознаках хронічного захворювання печінки
- При тривалій жовтяниці
- При ВГВ.

### Лікування

- ▶ Забезпечте лікування основного захворювання або стану. Інформацію щодо гепатиту див. нижче.
- ▶ Дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування для дітей із конкретними захворюваннями або станами.

#### 6.16.1 Вірусний гепатит

Клінічні ознаки ВГА і ВГВ є ідентичними. Гепатит А є самообмежувальним захворюванням, а інфекція ВГВ може переходити у хронічну форму. Багато дітей із обома інфекціями не мають симптомів.

## Анамнез

- Продромальні симптоми: летаргія, поганий апетит, нудота і блювання, гарячка, (можуть продовжуватися на момент звернення)
- Біль у правому верхньому квадранті живота
- Симптоми холестазу: свербіння, темний колір сечі, блідий колір калу
- Тривалість жовтяниці (якщо > 4–6 тижнів, це може бути хронічний гепатит)
- Статус імунізації (ВГВ, ВГА)
- Вплив поганої харчової гігієни або води низької якості, поганих санітарних умов (ВГА)
- Можливий шлях передавання: побутові контакти з людиною, інфікованою ВГВ, переливання крові, татуювання, сексуальна активність, вживання ін'єкційних наркотиків
- ВГВ у матері.

## Обстеження

Звертайте увагу на:

- Ознаки зневоднення (с. 310) внаслідок блювання
- Жовтяницю шкіри та кон'юнктиви
- Екскоріацію шкіри (внаслідок свербіння)
- Збільшення і болісну чутливість печінки, збільшення селезінки
- Ознаки гострої печінкової недостатності або печінкової енцефалопатії (с. 459)
- Ознаки хронічного захворювання печінки: потовщення суглобів пальців, збільшення селезінки, асцит, набряк, павукоподібні невуси, синці, носові кровотечі, затримка росту, гінекомастія.

**Примітка:** тільки у третини дітей молодшого віку (< 6 років) із ВГА розвивається симптоматичний гепатит, що триває < 2 тижні. Діти старшого віку з ВГА часто мають симптоми протягом кількох тижнів із жовтяницею та збільшенням печінки.

## Дослідження

- Серологічне дослідження на гепатит, зокрема на наявність у сироватці IgM до ВГА, та серологічне дослідження на ВГВ (HBsAg та анти-HBc) для підтвердження діагнозу
- ЗАК та дослідження мазка крові, рівень сечовини та електролітів, печінкові проби, дослідження згортання крові
- УЗД печінки.

## Лікування

У більшості випадків специфічна терапія гострого вірусного гепатиту не є необхідною.

Перебіг гепатиту А може бути неприємним, але зазвичай не є серйозним.

**НЕ СЛІД** призначати гепатопротектори.

► Консультуйте опікунів (і дитину чи підлітка залежно від віку) щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах:

- Застосовувати парацетамол або ібупрофен у відповідних дозах для забезпечення знеболення або в разі підвищеної температури тіла ( $\geq 39\text{ }^{\circ}\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258)
- Давати дитині достатньо рідини, щоб уникнути зневоднення
- Пропонувати дитині збалансоване харчування залежно від апетиту
- Прийти на повторний прийом через 2–3 дні або раніше, якщо стан дитини погіршується.

## Направлення

Терміново направляйте дитину до лікарні при:

- Ознаках печінкової недостатності або печінкової енцефалопатії
- Тяжкому зневодненні.

Направляйте дитину до спеціаліста:

- При ознаках хронічного захворювання печінки
- При тривалій жовтяниці
- При ВГВ (може призвести до статусу хронічного носія, хронічного захворювання печінки та карциноми печінки).

## Подальше спостереження

Забезпечуйте спостереження за всіма дітьми з гострим вірусним гепатитом, щоб переконатися у зникненні жовтяниці.

## Профілактика

Забезпечуйте імунізацію проти гепатитів А та В відповідно до місцевого календаря імунізації (с. 83).

## 6.17 Набряк або біль у суглобах чи кістках

Набряк суглобів — відносно поширена скарга в дітей. Це може бути гострою проблемою, пов'язаною з травмою чи інфекцією або генералізованим станом, що впливає на суглоб(-и), включно з реактивним артритом. Часом симптоми з боку суглобів можуть бути пов'язаними з хронічними проблемами, такими як ювенільний ревматоїдний артрит. Навмисні (невипадкові) травми також слід розглядати в ході диференціальної діагностики (таблиця 68, с. 467).

Більшість дітей із симптомами з боку кісток чи суглобів слід направляти до спеціаліста, за винятком випадків, у яких діагноз уже відомий.

### Анамнез

Симптоми з боку суглобів і кісток:

- Характеристики болю (оцінювання за допомогою аббревіатури «SOCRATES»): **S** [site] — локалізація, **O** [onset] — початок, **C** [character] — характер, **R** [radiation] — іррадіація, **A** [associated symptoms] — пов'язані симптоми, **T** [time course] — фактори часу, **E** [exacerbating/relieving factors] — фактори, що посилюють/втамовують біль, **S** [severity] — тяжкість
- Які суглоби уражені: великі (колінні, кульшові), дрібні
- Тривалість симптомів: більше ніж 6 тижнів (хронічне захворювання)
- Відмова переносити вагу на уражену кінцівку
- Ранкова ригідність
- Нездатність займатися звичною діяльністю.

Інші симптоми:

- Підвищення температури тіла
- Пурпуровий висип у місцях розгинання ніг та на сідницях або дрібний висип
- Лімфаденопатія
- Судоми, затримка в розвитку
- Сповільнення росту або втрата ваги
- Біль у спині, біль у животі.

Інші фактори в анамнезі:

- Нещодавні захворювання, що супроводжувалися діареєю, болем у горлі чи вірусними симптомами
- Тілесні ушкодження та травми в анамнезі
- Нещодавній прийом медичних препаратів/вживання психоактивних речовин
- Інші хронічні захворювання, напр., запальне захворювання кишечника.

### Обстеження

Огляньте всі суглоби, у т.ч., суглоби хребта та крижово-клубові суглоби, порівняйте обидві сторони. Перевіряйте наявність:

- Ознак із боку суглобів:
  - Болючості, тепла, набряку, почервоніння м'яких тканин, суглобового випоту
  - Збільшених реберно-хрящових з'єднань грудної стінки та розширення зап'ястка.
- Рухливості суглобів:
  - Активний діапазон рухів, у тому числі ходу
  - Пасивний діапазон рухів
  - Локалізованого болю, болю при русі та у стані спокою, обмеженої рухливості.
- Ознак з боку кісток:
  - Болючості, набряку, почервоніння, тепла над кісткою
  - Синців та ран над кісткою
  - Болю в ушкодженій ділянці, що посилюється при русі чи натисканні
  - Деформацій, зміщень
  - Обмеженої рухливості та втрати функцій в ушкодженій ділянці, напр., відмови переносити вагу на ушкоджену стопу, щиколотку чи ногу.
- Ознак із боку шкіри: жовтяниці, висипів, великих синців чи синців у нехарактерних місцях, петехій, пурпурового висипу в місцях розгинання ніг та на сідницях або дрібного висипу
- Збільшення печінки або селезінки, болючості, утворень чи рубців у ділянці черевної порожнини
- Лімфаденопатії
- Набряку в паху та мошонці

- Проблем із очима: гострого переднього увеїту, епісклериту
- Отоларингологічних проблем: ознак вірусних захворювань та тонзиліту
- Ознак неналежного поводження з дитиною (с. 712).



Септичний артрит — невідкладний стан, який не слід плутати з ювенільним ревматоїдним артритом. **ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ**, що вказують на ураження суглоба септичним артритом: набряк, почервоніння, часто відчуття болю та тепла при торканні. Септичний артрит може супроводжуватися підвищенням температури та неспроможністю перенести вагу тіла на уражений суглоб через сильний біль.

### Дослідження

Проводьте зазначені нижче дослідження залежно від підозрюваної причини:

- ЗАК, ШОЕ, С-реактивний білок
- Культуральне дослідження крові при підозрі на септичний артрит, остеомиєліт чи сепсис
- Рентген ураженого суглоба(-ів) при підозрі на перелом чи остеомиєліт
- УЗД ураженого суглоба(-ів) для перевірки наявності синовіальної рідини, змін у м'яких тканинах та кістках.

Можуть знадобитися додаткові обстеження спеціаліста залежно від клінічної картини та підозрюваного діагнозу.

### Диференціальна діагностика

**Таблиця 68. Диференціальна діагностика набряку чи болю в суглобах та кістках**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Транзиторний синовіт кульшового суглоба</b> (подрознене стегно)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діти дошкільного віку (віком 3–8 років).</li> <li>• Біль у кульшовому суглобі та кульгання.</li> <li>• Нещодавні вірусні інфекції в анамнезі (протягом 1–2 тижнів).</li> <li>• Зазвичай дитина може ходити, але при цьому відчуває біль.</li> <li>• Окрім наявності зазначених симптомів, дитина добре почувається, має нормальну температуру тіла.</li> <li>• Легке або помірне зменшення амплітуди руху кульшового суглоба, особливо при внутрішньому обертанні</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Дисплазія кульшового суглоба (с. 163)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діти молодшого віку (віком 1–4 роки), частіше зустрічається в дівчат</li> <li>• Біль у кульшовому суглобі</li> <li>• Неоднакова довжина ніг, несиметрична складка шкіри на задній частині стегна</li> <li>• Розхитаний кульшовий суглоб</li> <li>• Обмежене відведення кінцівки при згинанні в кульшовому суглобі (див. інформацію про обстеження кульшових суглобів у новонароджених на с. 164).</li> </ul>
<b>Спіральний перелом великомілкової кістки в дітей молодшого віку (с. 558)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перелом кісток нижньої частини гомілки в дітей молодшого віку (1–4 роки)</li> <li>• Часто відсутні травми в анамнезі</li> <li>• Може супроводжуватися відмовою переносити вагу на уражену кінцівку.</li> </ul>
<b>Хвороба Пертеса (аваскулярний некроз головки стегнової кістки)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Віковий діапазон 2–12 років (пік 4–8 років)</li> <li>• Біль у кульшовому суглобі та кульгання</li> <li>• Обмеження рухливості кульшового суглоба.</li> </ul>
<b>Хвороба Осгуда-Шляттера (с. 471)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підлітки в період активного росту, спортсмени</li> <li>• Біль та набряк нижче за колінний суглоб, де сухожилля надколінка з'єднується з великомілковою кісткою.</li> </ul>
<b>Епіфізеоліз головки стегнової кістки (с. 472)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підлітки віком &gt; 10 років</li> <li>• Часто зустрічається в дітей із надмірною вагою або ожирінням</li> <li>• Біль у кульшовому чи колінному суглобі та пов'язане з ним кульгання</li> <li>• Уражене стегно на вигляд коротше та повернуте назовні</li> <li>• Зменшення амплітуди руху кульшового суглоба, особливо при внутрішньому обертанні</li> <li>• Може бути двостороннім.</li> </ul>
<b>Синдром перевантаження/ стресові переломи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підлітки віком &gt; 10 років</li> <li>• Прогресивне посилення хронічного болю: сильніший біль при меншій активності</li> <li>• Часто вражає опорні кістки гомілки та стопи.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Реактивний артрит (с. 472)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нещодавні шлунково-кишкові чи сечостатевої інфекції (кілька днів або кілька тижнів тому)</li> <li>• Зазвичай вражає один суглоб, переважно колінний</li> <li>• Часом — ентезит (запалення в місцях кріплення сухожиль), набряк п'ят</li> <li>• Часом — дактиліт, набряк пальців</li> <li>• Може супроводжуватися симптомами з боку інших систем, зокрема, кон'юнктивітом, дизурією, діареєю</li> <li>• Часом — спостерігається лейкоцитоз, зазвичай — підвищений рівень С-реактивного білка.</li> </ul>
<b>Септичний артрит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відчуття болю, тепла, почервоніння шкіри навколо суглоба</li> <li>• Значний біль при рухах і в стані спокою</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Відмова рухати ураженою кінцівкою чи суглобом або переносити вагу на уражену ногу</li> <li>• Дуже обмежений діапазон рухів</li> <li>• Лейкоцитоз та нейтрофілія</li> <li>• Нещодавні тілесні ушкодження чи захворювання, що супроводжувалися діареєю, боєм у горлі чи симптомами вірусної інфекції.</li> </ul>
<b>Остеомієліт (с. 472)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локалізована болючість і набряк над кісткою</li> <li>• Локалізований біль і біль при русі</li> <li>• Відмова рухати ураженою кінцівкою або переносити вагу на уражену ногу</li> <li>• Можливе підвищення температури тіла</li> <li>• Часто підгострий початок.</li> </ul>
<b>Травми, переломи (с. 471)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Травми в анамнезі</li> <li>• Біль у місці травми</li> <li>• Синці, рани.</li> </ul>
<b>Навмисні травми (с. 713)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переломи в нехарактерних місцях, множинні переломи, застарілі переломи та переломи на стадії загоєння</li> <li>• Великі синці чи синці в нехарактерних місцях.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Ювенільний ревматоїдний артрит (с. 475)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто епізодичний артрит, тривалість епізодів — понад 6 тижнів</li> <li>• Олігоартрит (великі суглоби) чи поліартрит (суглоби пальців на руках та ногах, зап'ястки, стегна, коліна, щелепи)</li> <li>• Може розвиватися гострий передній увеїт.</li> </ul>
<b>Хвороба Шенлейна-Геноха (с. 445)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Артрит або артралгія</li> <li>• Пурпуровий висип, що пальпується, в місцях розгинання ніг та на сідниці</li> <li>• Біль у животі</li> <li>• Гематурія, протеїнурія, гіпертонія.</li> </ul>
<b>Гемофілія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильні крововиливи у суглоби</li> <li>• Синці, часті кровотечі.</li> </ul>
<b>Рахіт (с. 473)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• набряк або розширення зап'ястків</li> <li>• Викривлення ніг</li> <li>• Рахітичні «браслети» (потовщення реберних хрящів)</li> <li>• М'які та тонкі кістки черепа (краніотабес)</li> <li>• Виступання лобних горбів, затримка закриття тім'ячка</li> <li>• Судоми</li> <li>• Затримка росту, повільний ріст</li> <li>• Затримка розвитку.</li> </ul>
<b>Захворювання органа черевної порожнини</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При таких станах як гострий апендицит (с. 308) та псоас-абсцес (с. 293) біль може поширюватися на стегна чи спину.</li> </ul>
<b>Стани з боку сечостатевої системи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• При таких станах як перекрут яєчка (с. 411) біль може поширюватися на стегна.</li> </ul>
<b>Сироваткова хвороба (імунно-опосередкована реакція гіперчутливості)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у суглобах та набряк декількох суглобів</li> <li>• Симптоми виникають через 1–2 тижні після контакту з агресивним агентом та минають протягом декількох тижнів, якщо уникати його впливу</li> <li>• Нещодавні прийом медичних препаратів/вживання психоактивних речовин в анамнезі</li> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Висип.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Інфекції</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сповільнення росту або втрата ваги та інші системні симптоми, напр., туберкульозу (с. 705), бруцельозу (с. 294).</li> </ul>
<b>Пухлини кісток</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• набряк кісток</li> <li>• Хронічний біль у кістках, що посилюється з часом</li> <li>• Можуть супроводжуватися переломом.</li> </ul>
<b>Прояви інших онкологічних захворювань з боку кісток</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у кістках та їх набряк</li> <li>• Лімфаденопатія</li> <li>• Гепатоспленомегалія</li> <li>• Великі синці чи синці в нехарактерних місцях</li> <li>• Сповільнення росту або втрата маси тіла, інші системні симптоми</li> <li>• Помітні відхилення показників аналізу крові</li> <li>• Наявність відомого злоякісного новоутворення.</li> </ul>

## Лікування

Більшість дітей із симптомами з боку суглобів слід направляти до спеціаліста для проведення досліджень та призначення лікування за винятком випадків, у яких діагностовано травму чи транзиторний синовіт.

- ▶ Лікування залежить від основної причини. Див. посилання на відповідні сторінки у таблиці 68.
- ▶ Забезпечуйте підтримку дитині або підлітку та його/її сім'ї під час подальшого лікування та, за необхідності, в ході проведення реабілітаційних втручань, таких як фізіотерапія та застосування допоміжних засобів (с. 626).

## Травми

- ▶ Призначайте парацетамол чи ібупрофен для знеболення (с. 566).
- ▶ За необхідності забезпечуйте надання допомоги при ранах та ушкодженнях м'яких тканин (с. 540) чи переломах (с. 554).

## Хвороба Осгуда-Шляттера

- ▶ Рекомендуйте відпочинок та обмеження занять спортом залежно від інтенсивності болю.

- ▶ При набряку рекомендуйте прикладання охолоджувальних пакетів на 15 хв декілька разів на добу.
- ▶ Призначайте ібупрофен чи парацетамол для знеболення (с. 566).
- ▶ Повідомляйте, що біль повністю зникне, коли підліток зупиниться в рості.

### **Транзиторний синовіт**

- ▶ Рекомендуйте дотримання постільного режиму.
- ▶ Призначайте ібупрофен чи парацетамол для знеболення (с. 566).
- ▶ Просіть опікунів прийти на повторний прийом через 3 дні або раніше в разі поганого самопочуття, підвищення температури тіла або погіршення стану дитини чи підлітка.

### **Направлення**

Терміново направляйте дитину до спеціаліста чи лікарні за наявності підозри на:

- Реактивний артрит
- Остеомієліт чи септичний артрит
- Епіфізеоліз головки стегнової кістки
- Хворобу Пертеса
- Гемофілію
- Злоякісне новоутворення
- Сироваткову хворобу.

Направляйте дитину до спеціаліста, якщо:

- Симптоми тривають протягом більш ніж 4 тижнів
- Наявні підозри на дисплазію кульшового суглоба (с. 163). Хоча зазвичай це захворювання діагностується в ранньому дитинстві, існує ймовірність його виявлення чи розвитку у старшому дитячому віці.
- Наявні підозри на ревматичні захворювання.

### **Подальше спостереження**

Подальше спостереження залежить від основної причини. Переглядайте й застосовуйте розроблений спеціалістом план лікування специфічних захворювань та станів у дітей.

### 6.17.1 Рахіт

Рахіт — це захворювання, викликане недостатньою мінералізацією пластинки росту та остеїдної тканини кісток. Воно вражає дітей у періоди активного росту. Переважними його причинами є недостатнє споживання вітаміну D чи кальцію (аліментарний рахіт) або проблеми, пов'язані з метаболізмом вітаміну D, кальцію чи фосфору (поганим засвоєнням, підвищеним виділенням). Пікова інцидентність припадає на вік у 6–23 місяців, а також — 12–15 років.

#### Анамнез

- Біль у кістках хребта, стегон, ніг
- Летаргія, незвична дратівливість
- Слабкість
- Регулярні респіраторні інфекції в анамнезі
- Судоми
- Затримка розвитку
- Фактори ризику дефіциту вітаміну D:
  - Відсутність у раціоні добавок із вітаміном D
  - Темний колір шкіри
  - Обмеження перебування на сонці
  - Проживання в північніших широтах узимку та навесні
  - Недоношеність
  - Дефіцит вітаміну D в матері під час вагітності
  - Тривале виключно грудне вигодовування в поєднанні з недостатнім споживанням їжі, що містить вітамін D
  - Медикаментозне лікування (протисудомними препаратами, рифампіцином, ізоніазидом чи глюкокортикоїдами)
  - Хронічні захворювання печінки та нирок
  - Захворювання, пов'язані з мальабсорбцією (муковісцидоз, целиакія, запальні захворювання кишечника).

#### Обстеження

- Ознаки захворювань, пов'язаних із кістками (залежно від віку дитини):
  - Набряк або розширення зап'ястків у дітей старшого віку

- Збільшення реберно-хрящових суглобів (рахітичні «браслети»)
- М'які та тонкі кістки черепа (краніотабес) у немовлят
- Виступання лобних горбів, затримка закриття тім'ячка
- Викривлення ніг (після того, як дитина почала ходити)
- Біль у кістках незрозумілої етіології
- Неспроможність ходити, труднощі під час піднімання сходами, вставання зі стільця, «качина хода».

- Затримка росту, повільний лінійний ріст
- Затримка моторного розвитку, зокрема, пізній початок ходьби
- Затримка прорізування зубів та дефекти зубної емалі.

### Дослідження

Для підтвердження рахіту та встановлення його причини:

- Рентген зап'ястків, кистей та колін залежно від проявів захворювання для оцінювання стану епіфізарних пластинок. Типовою ознакою є утворення чашоподібних заглиблень у дистальних відділах кісток.
- Аналіз крові, зокрема, рівня 25(OH)D у сироватці крові, кальцію, фосфору, лужної фосфатази, паратгормону:
  - Дефіцит вітаміну D при рахіті: низький рівень 25(OH)D в сироватці крові < 30 нмоль/л (< 12 нг/мл), підвищена активність лужної фосфатази, високі показники паратгормону та низькі або нормальні — кальцію та фосфору.
  - Для рахіту, викликаного іншими причинами, характерні інші комбінації лабораторних параметрів.

### Лікування

- ▶ Призначайте вітамін D для лікування аліментарного рахіту (таблиця 69).
- ▶ Слід забезпечити щоденний прийом 30–50 мг/кг елементарного кальцію з їжі чи добавок.
- ▶ За можливості усувайте фактори ризику. Рекомендуйте дотримуватися правил здорового харчування (с. 112).

**Таблиця 69. Прийом вітаміну D при аліментарному рахіті**

Вікова група	Доза вітаміну D під час гострої фази	Підтримувальна доза вітаміну D
< 3 місяці	2 000 міжнародних одиниць (МО) на добу протягом 3 місяців	400 МО до зникнення стану
Від 3 до 12 місяців	2 000 МО на добу протягом 3 місяців чи 50 000 МО разовою дозою	
Від 12 місяців до 12 років	3 000–6 000 МО на добу протягом 3 місяців чи 150 000 МО разовою дозою	600 МО до зникнення стану
≥12 років	6 000 МО на добу протягом 3 місяців чи 300 000 МО разовою дозою	

### Подальше спостереження

Перевіряйте дотримання призначеного плану лікуванню.

### Направлення

Розглядайте доцільність направлення до спеціаліста залежно від тяжкості наявних симптомів (напр., деформацій) для проведення подальшого оцінювання та лікування.

Направляйте дитину до спеціалістів, якщо:

- Рахіт не спричинений дефіцитом вітаміну D.
- Стан дитини не покращується після кількох тижнів прийому вітаміну D.

### Профілактика

Усі немовлята повинні отримувати щоденну дозу 400 МО вітаміну D протягом щонайменше перших 12 місяців життя для покращення здоров'я кісток і запобігання рахіту. Дітям із факторами ризику дефіциту вітаміну D рекомендовано продовжувати прийом добавок із вітаміном D після 12 місяців життя (с. 114 та с. 473).

### 6.17.2 Ювенільний ревматоїдний артрит

Ювенільний ревматоїдний артрит — це загальний термін, що охоплює групу аутоімунних запальних захворювань суглобів невідомої етіології, які призводять до неінфекційного запалення синовіальної оболонки суглоба.

Діагноз встановлюється, якщо в дитини віком до 16 років протягом більш ніж шести тижнів не минає артрит, а інші причини були виключені.

### Анамнез

- Напади артриту часто є епізодичними.
- Артрит провокують неспецифічні тригери, такі як інфекція чи травма.
- Артрит, запальні захворювання кишечника чи хронічний шкірний висип (напр., псоріаз) у сімейному анамнезі.

### Обстеження

- Набряк суглоба(-ів), але без відчуття болю та тепла.
- Можливі обмежена рухливість, а також болючість та ригідність суглобів. Ступінь дискомфорту та ригідності варіюється від просто набряку, що не обмежує активність, до сильного болю та скутості суглоба при русі. Може супроводжуватися системними симптомами, такими як втомлюваність чи періодичні підвищення температури тіла.

Різні типи ювенільного ревматоїдного артриту можна відрізнити за анамнезом та результатами обстеження (таблиця 70).

### Надання допомоги

Різні форми ювенільного ревматоїдного артриту мають різний прогноз.

Загалом, у половини всіх уражених дітей спонтанно настає стійка ремісія. Діти з хронічним артритом, що впливає на спосіб життя, потребують лікування та допомоги мультидисциплінарної команди спеціалістів. Більшість дітей потребує лише знеболення та запевнення, що набряк та біль зникнуть, і дитина знову зможе займатися спортом та вести активне життя. Позитивний підхід, втішання та розуміння з боку сім'ї, друзів та надавачів медичних послуг можуть полегшити тягар захворювання.

Ціль лікування — взяти під контроль симптоми та уможливити активне та самостійне життя.

### Направлення

- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста для підтвердження діагнозу та розроблення плану лікування.
- ▶ Направляйте до офтальмолога дітей, для яких існує ризик розвитку переднього увеїту (олігоартриту, пов'язаного з ентезитом) для регулярно оцінювання стану очей та призначення специфічного лікування. Існує ризик сліпоти.

**Таблиця 70. Види ювенільного ревматоїдного артриту**

<b>Види ювенільного ревматоїдного артриту</b>	<b>Ознаки і симптоми</b>
<b>Олігоартрит</b> Ураження < 5 суглобів; найпоширеніша форма.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уражає переважно великі суглоби</li> <li>• Часто одне чи обидва коліна</li> <li>• Може розвинутися хронічний передній увеїт.</li> </ul>
<b>Поліартрит</b> Ураження ≥ 5 суглобів; друга за поширеністю форма.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уражає переважно пальці рук та ніг, зап'ястя, стегна, коліна та щелепи</li> <li>• Раптовий або повільний початок</li> <li>• Втомлюваність, незначне підвищення температури тіла</li> <li>• Погане загальне самопочуття</li> <li>• Ревматоїдний фактор може бути позитивним чи негативним.</li> </ul>
<b>Ентезит-асоційований артрит</b> (анкілозуючий спондилоартрит)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ригідність та біль у хребті, крижово-клубових суглобах (у місці кріплення сухожиль до кісток поруч із суглобами)</li> <li>• Зазвичай зустрічається у хлопців підліткового віку, рідше — у дівчат</li> <li>• Може розвиватися гострий передній увеїт</li> <li>• Позитивний результат на антиген HLA-B27 (80%)</li> <li>• Подібний вид артриту, «здерев'яніла спина», запальні захворювання кишечника в сімейному анамнезі.</li> </ul>
<b>Псоріатичний артрит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Уражає переважно суглоби пальців рук і ніг</li> <li>• Псоріатичний висип</li> <li>• Точкові поглиблення на нігтях</li> <li>• Висипи чи проблеми з суглобами в сімейному анамнезі.</li> </ul>
<b>Генералізований артрит</b> (хвороба Стілла)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Періодична гарячка &gt; 39 °С, але відносно здоровий зовнішній вигляд</li> <li>• Висипання на тулубі та кінцівках зникають протягом 24 годин</li> <li>• Лімфаденопатія, серозит (перикардит), міокардит, збільшення печінки та селезінки</li> <li>• Трапляється в будь-якому віці (у дітей молодшого віку в тому числі).</li> </ul>

Види ювенільного ревматоїдного артриту	Ознаки і симптоми
<b>Недиференційований артрит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Симптоми 2 або більше типів ювенільного ідіопатичного артриту, зазначені вище, або симптоми, що не відповідають жодному типу ювенільного ідіопатичного артриту.</li> </ul>

### Знеболення

- ▶ Зазвичай знеболення забезпечується парацетамолом чи нестероїдними протизапальними засобами, такими як ібупрофен (с. 566).
- ▶ Крім того, втамуванню болю сприяють прикладання гарячих та охолоджувальних пакетів, масаж, гідротерапія, трансдермальна електронейростимуляція та акупунктура.
- ▶ Стероїдні (системні чи внутрішньосуглобові) протиревматичні препарати, що модифікують перебіг захворювання, такі як метотрексат або сульфасалазин, та біологічні препарати, такі як етанерцепт або інфліксимаб, має призначати лише спеціаліст.

### Координація допомоги

- ▶ Співпрацюйте з мультидисциплінарною командою (у т.ч. з дієтологом та ерготерапевтом) за наявності потреби в рекомендаціях щодо харчування та використання опор, шин чи колісного крісла.
- ▶ Направляйте пацієнтів до фізіотерапевта для призначення вправ проти ригідності та болю.

### Консультавання

- ▶ Рекомендуйте дитині чи підлітку та членам сім'ї:
  - Приймати парацетамол або ібупрофен у відповідних дозах для забезпечення знеболення (с. 566).
  - Дотримуватися правил здорового харчування (с. 112), регулярно виконувати фізичні вправи (с. 121), зокрема, прогулюватися та плавати, а також добре спати.
  - Підтримувати правильну поставу для запобігання болю та деформаціям.
  - За наявності носити шину (як правило, вночі) для профілактики контрактур.

- Ювенільний ревматоїдний артрит не впливає на статевий розвиток, але стероїдне лікування може призвести до його затримки та зменшення зросту. Дівчата з ювенільним ревматоїдним артритом можуть скаржитися на нерегулярність менструації.
- Стрес, зокрема інфекції чи травми, може провокувати загострення захворювання.

### **Моніторинг**

- ▶ Моніторуйте дитину на предмет ознак гострого переднього увеїту (почервоніння очей, що супроводжується болючістю): це невідкладний стан, що потребує термінового направлення до спеціаліста для призначення стероїдних та мідріатичних очних крапель для попередження сліпоти.

## 6.18 Ущільнення та припухлості

Ущільнення, особливо в шийній ділянці, є поширено скаргою в дітей та підлітків. У більшості випадків причиною є збільшення лімфатичних вузлів (лімфаденопатія). У багатьох здорових дітей віком від 2 до 10 років пальпується доброякісне збільшення лімфатичних вузлів, як правило, спричинене вірусними інфекціями. Такі «реактивні» лімфатичні вузли зазвичай є маленькими, твердими та неболючими й можуть залишатися такими від кількох тижнів до кількох місяців. Збільшення шийних лімфатичних вузлів та генералізоване збільшення лімфатичних вузлів можуть бути ознакою більш серйозного захворювання.

- ≡ Переважно ущільнення є доброякісними, про що потрібно повідомляти членам сім'ї.
- ≡ Направляйте пацієнтів до спеціалістів при підозрі на злоякісне утворення, інфекцію чи ревматоїдне захворювання.

### Анамнез

- Тривалість та ділянки виникнення лімфаденопатії
- Рецидивуюча чи постійна лімфаденопатія
- Пов'язані симптоми, такі як підвищення температури тіла, тонзиліт, біль, проблеми з суглобами, проблемна шкіра, нездужання, втрата ваги та міалгія, свербіння шкіри голови
- Контакти з тваринами, особливо з котами, укуси в анамнезі
- Пов'язане хронічне захворювання або ВІЛ-інфекція
- Прийом лікарських засобів
- Нещодавні подорожі
- Атопічний чи себореїний дерматит в анамнезі
- Симптоми гіпо- чи гіпертиреозидиту (у випадку припухлості в ділянці щитоподібної залози).

### Обстеження

Перевіряйте наявність:

- Блідості
- Збільшення печінки чи селезінки
- Болю в кістках при пальпації

- Ознак з боку шкіри: синців та петехій, місць «входу» інфекції, що можуть бути причиною лімфаденопатії, атопічного чи себорейного дерматиту
- Ознак із боку суглобів: рухливості, почервоніння та набряку
- Втрати ваги, сповільнення росту, анорексії (див. інформацію про моніторинг росту на с. 138).

Оцінюйте лімфатичні вузли і диференціюйте доброякісні збільшення та ті, що викликають занепокоєння (таблиця 71).

- Розмір (збільшення лімфатичних вузлів визначається залежно від їх локалізації та віку дитини):
  - Шийні та пахові: 10 мм
  - Пахові (інгвінальні): > 15 мм
  - Ліктьові (епітрохлеарні): > 5 мм
  - Надключичні: будь-якого розміру
  - У новонароджених (віком < 1 місяця) > 5 мм у будь-якій локалізації.
- Консистенція: м'яка та рухлива або тверда, щільна та гумоподібна
- Рухливі або прикріплені до тканин навколо
- Болючість
- Локалізовані (одна ділянка) чи генералізовані ( $\geq 2$  окремих ділянок).



**ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ:** збільшення шийних, надключичних лімфатичних вузлів та генералізоване збільшення лімфатичних вузлів (> 2 см), які є нерухливими, твердими чи щільними та неболючими.

**Таблиця 71. Характеристики доброякісного збільшення лімфатичних вузлів та того, що викликає занепокоєння й потребує подальшого дослідження**

	Доброякісне	Викликає занепокоєння, потребує подальшого дослідження
<b>Локалізація</b>	Пахова, підщелепна	Надключична, ліктьова, шийна, пахова, генералізована
<b>Розмір</b>	< 2 см	> 2 см

	<b>Доброякісне</b>	<b>Викликає занепокоєння, потребує подальшого дослідження</b>
<b>Консистенція</b>	М'яка або рухлива	Тверда, щільна або гумоподібна
<b>Больові відчуття</b>	Зазвичай присутні	Відсутні
<b>Рухливість</b>	Рухливі	Нерухливі
<b>Тканини навколо</b>	Неприкріплені	Прикріплені
<b>Тривалість та прогресування</b>	< 2 тижні, повільне прогресування	> 2 тижні, можуть мати прогресивний ріст
<b>Ультразвукове дослідження</b>	Лімфатичний вузол маленький, овальний, чітко окреслений, ворота ехогенні, структурні зміни відсутні, судини не візуалізуються при доплерографії, центральна васкуляризація.	Лімфатичний вузол великий, круглий, має невизначені краї, ворота відсутні, наявні структурні зміни, судини візуалізуються при доплерографії, периферична васкуляризація.

### Диференціальна діагностика

Основною причиною лімфаденопатії є вірусні та бактеріальні інфекції.

Тривале збільшення лімфатичних вузлів (> 2 тижні) може вказувати на інші стани, зокрема, на наявність системних інфекцій, злоякісних новоутворень та ревматологічних станів. Основні причини лімфаденопатії див. у таблиці 72.

Відрізняйте шийну лімфаденопатію від набряку щитоподібної залози та інших нетипових причин появи ущільнень на шиї (таблиця 73, с. 485).

Таблиця 72. Диференціальна діагностика лімфаденопатії

Діагноз	Фактори на користь
<b>Інфекції</b>	
<b>Вірусна інфекція</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Двостороння лімфаденопатія, лімфатичні вузли м'які та рухливі</li> <li>• Нещодавнє або поточне підвищення температури тіла (с. 252), кашель (с. 206), висип (с. 430), біль у вухах (с. 234).</li> </ul>
<b>Інфекційний мононуклеоз (с. 283)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шийна аденопатія</li> <li>• Тонзилофарингіт</li> <li>• Нездужання, сильна втома</li> <li>• Респіраторні симптоми, кашель</li> <li>• Збільшення селезінки.</li> </ul>
<b>Гострий бактеріальний лімфаденіт (с. 487)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Швидко прогресуюча лімфаденопатія, лімфатичні вузли болючі та рухливі</li> <li>• Шкіра над лімфатичними вузлами тепла, еритематозна, іноді виглядає як абсцес</li> <li>• Виникає після бактеріальної інфекції (<i>S. aureus</i>, <i>S. pyogenes</i>, у поодиноких випадках, анаеробної)</li> <li>• Можна виявити місце входу, напр., ротова порожнина (мигдалики, зуби), шкіра голови.</li> </ul>
<b>Мікобактеріальна інфекція (комплекс <i>M. avium</i>, <i>M. tuberculosis</i>) (с. 705)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прихована одностороння лімфаденопатія, лімфатичні вузли рухливі та неболючі, часом супроводжується спонтанним дренаванням та формуванням синусів</li> <li>• Можуть спостерігатися невелике підвищення температури тіла, анорексія, сповільнення росту.</li> </ul>
<b>Інфікування вірусом імунодефіциту людини (с. 696)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай шийна, потилична чи пахвова лімфаденопатія, лімфатичні вузли неболючі</li> <li>• Зустрічається в немовлят та підлітків із ризикованою поведінкою.</li> </ul>
<b>Хвороба котячих подряпин (<i>Bartonella henselae</i>)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тісний контакт із котами, часом відсутність повідомлень про подряпини чи укуси в анамнезі</li> <li>• Лімфаденопатія з болючістю</li> <li>• Підвищена температура тіла.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Бруцельоз (с. 294)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вживання сирого молока або інших молочних продуктів в анамнезі</li> <li>• Рецидивуюче або тривале підвищення температури тіла</li> <li>• Нездужання, біль у кістках і м'язах, біль у нижній частині спини або стегнах, збільшення селезінки, лімфаденопатія, блідість.</li> </ul>
<b>Атопічний (с. 436) або себорейний дерматит (с. 166)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецидивуюча лімфаденопатія</li> <li>• Атопічний дерматит: сухість, свербіння шкіри, еритема, лущення чи везикули, астма чи алергічний риніт в анамнезі</li> <li>• Себорейний дерматит: почервоніння та утворення жирних лусочок на волосистій частині голови, між бровами, у носогубних складках та на грудях.</li> </ul>
<b>Воші (с. 448)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Потилична лімфаденопатія</li> <li>• Свербіння шкіри голови.</li> </ul>
<b>Злоякісне новоутворення</b>	
<b>Лімфома (Ходжкіна, неходжкінська)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лімфатичні вузли невеличкі, щільні, прикріплені до розташованих нижче тканин</li> <li>• Лімфома Ходжкіна: шийна лімфаденопатія в дітей старшого віку та підлітків</li> <li>• Неходжкінська лімфома: швидко прогресуюча та генералізована (двостороння) лімфаденопатія</li> <li>• Може супроводжуватися порушенням дихання, болем у животі (лімфаденопатія середостіння чи черевної порожнини).</li> </ul>
<b>Лейкемія (с. 694)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Лімфаденопатія в одній ділянці чи генералізована, лімфатичні вузли невеличкі, гумоподібні, нерухливі</li> <li>• Системні симптоми, такі як втома, блідість.</li> </ul>
<b>Ревматичні хвороби</b>	
<b>Ювенільний ревматоїдний артрит (с. 475)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль у суглобах або набряк одного чи декількох суглобів протягом кількох тижнів</li> <li>• Тривале підвищення температури тіла</li> <li>• Висип (макулярний, зазвичай на тулубі)</li> <li>• Лімфаденопатія, збільшення селезінки та/або печінки.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Системний червоний вовчак</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тривале підвищення температури тіла</li> <li>• Втрата ваги</li> <li>• Блідість, втома</li> <li>• Світлочутливий висип у формі метелика</li> <li>• Біль у суглобах або їх набряк</li> <li>• Лімфаденопатія.</li> </ul>
<b>Медикаментозне лікування</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Прийом лікарських засобів, напр., алопуринолу, ізоніазиду, фенітоїну, карбамазепіну, в анамнезі</li> <li>• Може бути пов'язане з висипом, жовтяницею, збільшенням печінки або селезінки, підвищенням температури тіла.</li> </ul>

**Таблиця 73. Інші причини появи ущільнень та припухлостей на шиї**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Кіста щитовязикової протоки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кістозне ущільнення по середній лінії біля під'язикової кістки</li> <li>• Ущільнення рухається вгору при ковтанні та витягуванні язика</li> <li>• Може бути інфікованим та виглядати як запальна припухлість.</li> </ul>
<b>Бранхіогенна кіста</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Безболісна, повільно прогресуюча, гладка, рухлива припухлість на бічній частині шиї (перед груднинно-ключично-соскоподібним м'язом)</li> <li>• Спершу може виглядати як інфіковане ущільнення на шиї</li> <li>• Часто виникає лише в підлітковому віці.</li> </ul>
<b>Дермоїдна кіста</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Епідермальна кіста, розташована під язиком чи на піднебінні.</li> </ul>
<b>Лімфангіома (гігрома)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• М'які, рухливі утворення під шкірою</li> <li>• Зазвичай розташована в задньому шийному трикутнику (бічна частина шиї, за груднинно-ключично-соскоподібним м'язом)</li> <li>• Переважно виникає в немовлят у ротовій порожнині (на язика чи піднебінні).</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гемангіома (с. 170)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Червоне (поверхнєве) чи фіолетове (глибоке) утворення, що можна стиснути</li> <li>• Виникає у немовлят.</li> </ul>
<b>Збільшення щитоподібної залози</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дифузно збільшена щитоподібна залоза (зоб)</li> <li>• Може виникати в дітей старшого віку.</li> </ul>

## Дослідження

Невеликі реактивні лімфатичні вузли на шиї у здорової дитини при відсутності тривожних ознак не потребують дослідження під час першого огляду. У разі генералізованого збільшення лімфатичних вузлів чи тривалої лімфаденопатії однієї ділянки протягом 2–3 тижнів розглядайте доцільність проведення:

- ЗАК та дослідження мазка крові, ШОЕ, визначення рівня С-реактивного білка, печінкових ферментів
- Серологічного дослідження на: ВЕБ, ЦМВ, токсоплазмоз, ВІЛ, *Bartonella*, сифіліс, *brucella*
- Рентгену ОГК
- УЗД збільшених лімфатичних вузлів чи припухлостей та черевної порожнини
- Проби Манту чи інших тестів для діагностування ТБ.

Якщо основна причина залишається невідомою, повторіть ЗАК та дослідження мазка крові (див. вище) або направте дитину до спеціалістів.

## Лікування

У більшості випадків запалення минає самостійно та НЕ потребує специфічного лікування.

- ▶ Забезпечуйте лікування супутніх захворювань, зокрема педикульозу (с. 448), екземи (с. 436) та інших захворювань шкіри.
- ▶ У випадку реактивних лімфатичних вузлів чи доброякісної лімфаденопатії (таблиця 71, с. 481): заспокойте членів родини, забезпечте підтримувальну терапію та, за необхідності, проведіть повторне обстеження через 2–3 тижні.

- ▶ Радьте опікунам давати дитині парацетамол або ібупрофен у відповідних дозах для забезпечення знеболення або за наявності в дитини підвищеної температури тіла ( $\geq 39^\circ\text{C}$ ), що спричиняє дистрес (робоча пам'ятка 25, с. 258).

**НЕ СЛІД** призначати кортикостероїди, оскільки вони можуть погіршувати перебіг деяких інфекційних захворювань та приховувати стани, пов'язані з появою злоякісних новоутворень.

### Гострий бактеріальний лімфаденіт

- ▶ Оцінійте необхідність дренування абсцесу.
- ▶ Призначайте пероральні антибіотики, ефективні проти стафілококів: 15 мг/кг клоксациліну 4 рази на добу протягом 7 днів або цефадроксил чи цефалексин (інформацію про дозування див. у додатку 4). Призначайте 25 мг/кг амоксицилін-клавуланату двічі на добу, якщо ви підозрюєте, що причиною лімфаденіту стало захворювання зубів. Діти з тяжким перебігом шийного лімфаденіту можуть потребувати направлення для в/в введення клоксациліну чи цефазоліну.
- ▶ Просіть опікунів привести дитину на повторний огляд через 2–3 дні, якщо температура тіла дитини залишатиметься підвищеною, або раніше в разі погіршення її стану.

### Направлення

Терміново направляйте дитину для отримання спеціалізованої допомоги за наявності:

- Ознак злоякісної лімфаденопатії (таблиця 71, с. 481)
- Підозр на злоякісні новоутворення, ТБ або ВІЛ
- Абсцесів, оскільки на рівні первинної медичної допомоги надрізи та дренування не здійснюються
- Підозр на гострий бактеріальний лімфаденіт за відсутності покращення стану після 2–3 днів прийому пероральних антибіотиків
- Лімфаденопатії в немовлят віком  $< 3$  місяці.

Направляйте дитину до спеціаліста за наявності:

- Ущільнень на шиї (таблиця 73, с. 485)
- Ревматоїдних захворювань
- Непевності чи невизначеності діагнозу після проведення дослідження другого рівня
- Сумнівів щодо діагнозу.

## 6.19 Проблеми з очима

<b>6.19.1</b>	<b>Зниження гостроти зору</b>	<b>492</b>
<b>6.19.2</b>	<b>Почервоніння очей</b>	<b>495</b>
<b>6.19.3</b>	<b>Запалення навколо очей</b>	<b>504</b>
<b>6.19.4</b>	<b>Запалення повік</b>	<b>508</b>
<b>6.19.5</b>	<b>Надмірна сльозливість очей</b>	<b>509</b>
<b>6.19.6</b>	<b>Лейкокорія (біле око)</b>	<b>511</b>

Проблеми з очима часто зустрічаються в дітей усіх вікових груп. Нескориговані проблеми з очима та зором із часом можуть посилюватися, тому рання діагностика та лікування мають важливе значення для уникнення довгострокових ускладнень та запобігання втраті зору.

Усі діти віком від 3 років повинні проходити адаптовані до віку обстеження зору для раннього виявлення амбліопії, косоокості та аномалій рефракції. Рекомендовано проводити оцінювання зору та його гостроти всім немовлятам та дітям під час планових профілактичних оглядів (розділ 3), а також за наявності:

- Занепокоєння батьків щодо зору
- Будь-яких порушень, виявлених у ході збирання анамнезу чи обстеження
- Факторів ризику розвитку проблем із зором, серед яких:
  - Передчасні пологи
  - Проблеми з розвитком нервової системи
  - Нейросенсорна приглухуватість
  - Наявність захворювань очей та сліпоти в сімейному анамнезі
  - Косоокість, амбліопія, аномалія рефракції в ранньому віці
  - Труднощі в розвитку, навчанні та читанні, поведінкові проблеми.

### Анамнез

- Основна скарга: зниження гостроти зору, почервоніння та свербіння очей, чутливість до світла, сльозливість очей, постійні виділення з очей, зменшення рухливості очей, закидання голови, утворення вузликів на повіках, головний біль
- Дитина сидить близько до телевізора або має труднощі з читанням
- Білий колір зіниць (може бути помітним на фотографіях)

- Низька успішність у школі та недосягнення ключових показників розвитку
- Допологовий та післяпологовий анамнез, маса тіла при народженні, гестаційний вік, киснева терапія в разі післяпологової госпіталізації, серйозні травми, хірургічні втручання чи захворювання, інші медичні проблеми
- Сімейний анамнез: генетичні захворювання, глаукома, катаракта, косокість, амбліопія, які виникають у дітей частіше, ніж у дорослих.

## Обстеження

Залежно від причини звернення, оцініть:

- Стан очей та повік: наявність халязіону (кісти повіки), опущення верхньої повіки (птозу), почервоніння очей, сльозотечі, порушень будови
- Особливості положення голови, напр., розвиток очного тортиколісу
- Стан зіниць: неоднаковий розмір зіниць, пряма та непряма реакції зіниць на світло (перевіряється за допомогою діагностичного ліхтарика), симетричність червоного рефлексу, наявність лейкорії (може вказувати на катаракту, ретинобластому)
- Рухливість очей у всіх напрямках (див. зображення)
- Порушення симетричності положення очей (косоокість): проводьте тест із прикриттям, тест із прикриттям-відкриттям та бінокулярний червоний рефлекс-торний тест (див. нижче)
- Гостроту зору (див. нижче)
- Колірне сприйняття — у відповідних випадках (див. нижче)
- За необхідності та можливості проведіть фундоскопію для огляду зорового нерва, макули, судин та периферії.



**Рухи очима:** Попросіть дитину стежити за рухом вашого пальця по шести основних позиціях очей.

## Перевірка гостроти зору

Оцінюйте гостроту зору за допомогою спеціальної таблиці:

1. Розташуйте таблицю для перевірки гостроти зору в добре освітленому місці, у якому немає різких відблисків.
2. Використовуйте таблицю для перевірки гостроти зору відповідно до віку дитини: Таблицю символів LEA чи НТОВ-таблицю для дітей віком від 3 до 5 років, таблицю з різноспрямованою літерою «Е» чи таблицю з літерами для дітей віком від 6 років.
3. Дитина повинна перебувати на відстані 6 м від таблиці.
4. Перевіряйте кожне око окремо. Спочатку перевірте праве око (у цей час ліве око має бути прикрите). Після цього перевірте ліве око.
5. Під час перевірки за допомогою таблиці з різноспрямованою літерою «Е» попросіть дитину вказувати руками напрямок, у який «дивиться» літера: вгору, вниз, праворуч або ліворуч.
6. Запишіть результат у вигляді дробу, у якому чисельник позначає відстань, що розділяє дитину та таблицю (зазвичай 6 метрів), а знаменник — відстань, з якої людина з нормальним зором може побачити ті самі деталі.
7. Гострота зору визначається по останньому рядку, у якому дитина правильно визначила більш ніж половину символів, літер чи напрямків літери «Е».
8. Якщо дитина не розпізнає позначки у верхньому рядку і тих, що нижче, зокрема в рядку, який відповідає дробу 6/12, її слід направити на подальше обстеження.
9. Якщо дитина не бачить навіть великі символи, літери чи напрямки літери «Е», попросіть дитину стати на половині початкової відстані від таблиці, тобто за 3 м від неї. Якщо дитина не бачить великі символи, літери чи напрямки літери «Е» на відстані 3 м, зафіксуйте гостроту її зору як 3/60.

### Перевірка

**гостроти зору:**  
дитина повинна  
стояти на  
відстані 6 метрів  
від плакату, очі  
мають бути на  
рівні четвертого  
рядка.



6 метрів

**Направляйте** всіх дітей, у яких результати перевірки свідчать про наявність проблем із зором, до офтальмолога для подальшого оцінювання. Якщо у вас викликає занепокоєння зір дитини молодшого віку, направляйте її до спеціаліста, оскільки оцінити зір у такому віці може бути непросто.

### **Перевірка колірного сприйняття**

Перевіряйте колірне сприйняття за наявності побоювань щодо нездатності дитини розрізняти кольори, проблем із колірним сприйняттям у сімейному анамнезі, будь-яких станів або медикаментозного лікування, які можуть викликати проблеми з колірним сприйняттям. Перевірку колірного сприйняття слід проводити за умови, що дитина вже вміє називати тестові символи (цифри). Часто немає потреби перевіряти колірне сприйняття у дітей молодшого віку.

1. Використовуйте псевдоізохроматичні зображення (тести Ішіхара чи Харді-Ренд-Ріттлера) при гарному освітленні.
2. Попросіть дитину назвати цифри, зображені на картинках, що пропонуються у випадковому порядку, не торкаючись картинок та не обводячи зображення.

### **Перевірка стереоскопічного зору (стереотест Ланга)**

Перевірка наявності проблем зі стереоскопічним зором (сприйняття глибини) у дітей віком від 2 до 5 років:

1. Запитайте дитину, чи він/вона бачить щось на картці (на кожній картці зображені три приховані об'єкти), та спостерігайте за її очима під час пошуку.
2. Якщо дитина помітила один об'єкт, попросіть її пошукати ще один та описати його.
  - **Норма:** дитина знаходить усі три об'єкти, при цьому її очі перестрибують із одного об'єкта на інший, щойно той було виявлено.
  - **Направляйте дитину до спеціаліста для подальшої перевірки, якщо:** дитина не бачить приховані об'єкти, а рух її очей вказує на скасування картки без затримування погляду на виявлених об'єктах.

### **Тест із прикриттям для виявлення косоокості**

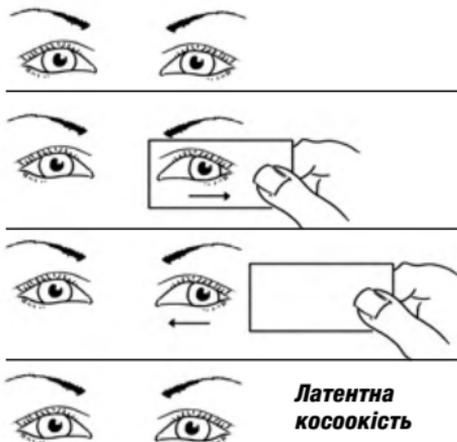
Попросіть дитину сфокусуватися на певній цілі:

1. Прикрийте одне око та спостерігайте за рухами іншого.
2. Повторіть тест із іншим оком.

- **Норма:** неприкрите око не рухається при прикритті іншого ока.
- **Косоокість:** неприкрите око рухається, щоб відновити фокусування на цілі.

### Тест із прикриттям/відкриттям для виявлення косоокості

1. Прикрийте одне око на кілька секунд.
2. Швидко приборіть прикриття та спостерігайте за рухом щойно відкритого ока під час відновлення фокусування.



- **Норма:** око не рухається, щоб відновити фокусування на цілі
- **Латентна косоокість:** око рухається, щоб відновити фокусування на цілі.

### Бінокулярний червоний рефлекторний тест (тест Брюкнера) для виявлення косоокості

1. Встановіть офтальмоскоп на нульовій позначці чи близько до неї та відійдіть від дитини приблизно на півметра.
  2. Попросіть дитину дивитися на світло та порівняйте червоний рефлекс у кожній зіниці.
- **Норма:** відображення червоного рефлексу в зіницях має однаковий розмір, форму, колір та яскравість в обох очах.
  - **Косоокість:** асиметричність червоних рефлексів.
  - **Катаракта, ретинобластома:** відсутність червоного рефлексу в одному оці.

#### 6.19.1 Зниження гостроти зору

Нескориговані аномалії рефракції (гіперметропія, міопія, астигматизм) є найбільш поширеними причинами зниження гостроти зору у дітей. Вони можуть призводити до косоокості, тобто відхилення зорової осі одного або обох очей від спільної точки фіксації.

- Рання діагностика та лікування аномалій рефракції та косоокості має важливе значення для повноцінного розвитку та навчання дитини.

Якщо дитина скаржиться на погіршення зору та труднощі під час читання, але перевірка показує нормальну гостроту зору, порадьте дитині дотримуватися правил здорового читання:

- Читати при гарному освітленні.
- Тримати книжку на відстані 30 см від очей.
- Кожні 30 хв читання давати очам 5 хв відпочинку.

### Аномалії рефракції

Аномалії рефракції належать до поширених проблем із зором у дітей. Вони виникають, якщо очне яблуко має подовжену чи вкорочену форму, унаслідок чого зображення фокусується перед (міопія, короткозорість) чи за сітківкою (гіперметропія, далекозорість). Часто міопію вперше діагностують у школярів, яких може направити до лікаря вчитель, оскільки дитина не бачить, що написано на шкільній дошці.

### Анамнез і обстеження

- Примружування очей при фокусуванні
- Втома, головний біль, зниження концентрації
- Труднощі під час читання зі шкільної дошки чи перегляду телевізора
- Міопія: при перевірці чітке бачення зблизька, розмите бачення на відстані (с. 489)
- Гіперметропія: при перевірці розмите бачення зблизька, чітке бачення на відстані (с. 489)

### Лікування і направлення

- ▶ Направляйте пацієнтів до спеціаліста для перевірки гостроти зору та призначення окулярів із опуклими (при гіперметропії) чи ввігнутими (при міопії) лінзами. Ступінь коригування вимірюється в діоптріях із зазначенням знаку «—» перед цифрою при міопії та знаку «+» — при гіперметропії.

### Подальше спостереження

- ▶ Щороку проводьте повторне обстеження та перевірку гостроти зору в усіх дітей із аномаліями рефракції.

## Астигматизм

Аномалія рефракції, для якої характерна зміна діоптрійної сили ока у зв'язку з асиметричною кривизною рогівки чи, в поодиноких випадках, кришталіка. Зазвичай поєднується з іншими аномаліями рефракції.

### Симптоми

- Ті самі, що й при аномаліях рефракції.

### Лікування і направлення

- ▶ Направляйте дитину до оптометриста чи офтальмолога для перевірки гостроти зору. Ступінь коригування астигматизму в рецепті на окуляри вказується за допомогою куту нахилу осі циліндра (у градусах) поруч із іншими показниками коригування.

### Подальше спостереження

- ▶ Спершу проводьте повторне обстеження кожні 3–6 місяців для перевірки на предмет ознак амбліопії. Після цього проводьте повторне обстеження та перевірку гостроти зору раз на рік.

## Косоокість

Відхилення зорових осей очей від спільної точки фіксації внаслідок нескоригованих аномалій рефракції або спадкової схильності.

### Симптоми

- Порушення симетричності положення очей (одне око відхиляється від спільної точки фіксації)
- Диплопія (двоїння в очах), може бути відсутньою через пригнічення
- Зниження гостроти зору
- Втрата стереоскопічного зору.

### Обстеження

Оцініть положення очей:

- Тест із прикриттям та тест із прикриттям/відкриттям (с. 492)
- Біокулярний червоний рефлекторний тест (с. 493).

## Лікування і направлення

- ▶ Направляйте до офтальмолога дітей віком від 6 місяців із підозрою на косоокість.
- ▶ Дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування. Варіанти лікування:
  - Коригування аномалій рефракції
  - Вправи для тренування зору
  - Оклюзійна терапія (заклеювання одного ока пластиром)
  - Хірургічне втручання.

## Амбліопія

Зниження гостроти зору одного чи обох очей, часто спричинена недостатньою зоровою стимуляцією у критичні для розвитку зору періоди в ранньому дитинстві. Амбліопія зазвичай розвивається від народження й до 9 років. Може бути наслідком нелікованої косоокості.

## Анамнез і обстеження

- Косоокість та аномалії рефракції в анамнезі
- Зниження гостроти зору одного чи обох очей
- Червоний рефлекс: асиметрія кольору та яскравості
- Тест із прикриттям та прикриттям/відкриттям для виявлення пов'язаної косоокості (с. 492).

## Лікування і направлення

- ▶ Направляйте пацієнтів до офтальмолога для подальшого обстеження та призначення лікування.
- ▶ Дотримуйтеся розробленого офтальмологом плану лікування. Варіанти лікування:
  - Коригування аномалій рефракції
  - Оклюзійна терапія (заклеювання ока пластиром) або лікування атропіном
  - Хірургічне втручання.

### 6.19.2 Почервоніння очей

Почервоніння очей — поширена причина звернення до лікаря. Почервоніння очей зазвичай є проявом запалення очей, у тому числі кон'юнктивіту,

кератиту, (епі-)склериту та увеїту (таблиця 74). Воно може бути викликане інфекцією, травмою чи (рідко) злоякісними новоутвореннями або аутоїмунними захворюваннями, такими як ювенільний ревматоїдний артрит, синдром Бехчета, саркоїдоз або синдром Шегрена, що призводять до переднього увеїту.

### Анамнез

- Тривалість симптомів, періодичність епізодів
- Однобічний або двобічний характер почервоніння
- Свербіння
- Печіння, відчуття стороннього предмета в оці
- Світлобоязнь
- Наявність та характер виділень з очей (водянисті, гнійні)
- Нормальна або знижена гострота зору
- Вплив хімічних речовин, травми в анамнезі
- Використання контактних лінз
- Пов'язані симптоми: підвищення температури тіла, кашель, нежить, чхання, біль у горлі
- Відомі медичні стани, напр., запальне захворювання кишечника, ювенільний ревматоїдний артрит.

### Обстеження

Перевіряйте:

- Ступінь та локалізацію почервоніння: дифузне почервоніння (кон'юнктивальна ін'єкція), кільцеподібне почервоніння навколо рогівки (циліарна ін'єкція)
- Однобічний або двобічний характер почервоніння
- Наявність виділень із очей: водянистих, гнійних
- Наявність набряку повік чи набряку навколо очей
- Повіки: повне закриття, набряк
- Рогівку: прозора чи з помутніннями
- Наявність стороннього предмета в оці, травм
- Однаковість розміру зіниць, реакцію зіниць на світло (перевіряється за допомогою діагностичного ліхтарика).

Таблиця 74. Диференціальна діагностика почервоніння очей

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гострий кон'юнктивіт (с. 497)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дифузне почервоніння очей (кон'юнктивальна ін'єкція)</li> <li>• Водянисті чи гнійні виділення з очей</li> <li>• Відчуття печіння, свербіння, але відсутність болю</li> <li>• Відсутність порушень зору</li> <li>• Відсутність аномалій рогівки та зіниць</li> <li>• Переважно двосторонній характер при вірусних кон'юнктивітах.</li> </ul>
<b>Кератит (с. 502)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дифузне чи локалізоване помутніння рогівки</li> <li>• Почервоніння навколо рогівки (циліарна ін'єкція)</li> <li>• Мінімальні виділення з очей</li> <li>• Біль в очах</li> <li>• Може супроводжуватися зниженням гостроти зору</li> <li>• Відсутність аномалій зіниць; звужені зіниці (міоз), якщо пов'язаний із увеїтом.</li> </ul>
<b>Увеїт (с. 502)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Звужені зіниці (міоз), погана реакція на світло</li> <li>• Почервоніння навколо рогівки (циліарна ін'єкція)</li> <li>• Біль в очах</li> <li>• Зниження гостроти зору</li> <li>• Можливе помутніння рогівки</li> <li>• Відсутні виділення з очей.</li> </ul>
<b>(Епі-)склерит (с. 503)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почервоніння склери (навколо рогівки)</li> <li>• Відсутність аномалій рогівки та зіниць</li> <li>• Мінімальні водянисті виділення</li> <li>• Біль в очах.</li> </ul>
<b>Сторонній предмет в оці (с. 503)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптова поява болю в оці</li> <li>• Відчуття стороннього предмета в оці</li> <li>• Зазвичай має односторонній характер.</li> </ul>

### Гострий кон'юнктивіт

Кон'юнктивіт — це запалення кон'юнктиви, яке часто зустрічається в дітей молодшого віку. Таке запалення зазвичай спричинене вірусними (аденовірус) або бактеріальними інфекціями (*S. pneumoniae*, *S. aureus* та *H. influenzae*). У новонароджених та сексуально активних підлітків може бути викликано *N. gonorrhoea* та *Chlamydia trachomatis*. Кон'юнктивіт може мати

також неінфекційне походження (наприклад, алергічний або травматичний кон'юнктивіт).

Бактеріальний та вірусний кон'юнктивіти є висококонтагіозними.

## Діагноз

Розрізняйте причини виникнення гострого кон'юнктивіту (таблиця 75) та враховуйте інші можливі захворювання, що викликають почервоніння очей (таблиця 74).

## Дослідження

Немає потреби в рутинному проведенні культурального та мікроскопічного досліджень для первинної діагностики за винятком випадків підозрюваного інфікування *N. gonorrhoea* або *Chlamydia trachomatis* (за наявності профузних гнійних виділень у новонароджених чи сексуально активних підлітків):

- Фарбування за Романовським-Гімзою та культуральне дослідження (*Chlamydia trachomatis*)
- Фарбування за Грамом: внутрішньоклітинно розташовані грамнегативні коки (*N. gonorrhoea*).

**Таблиця 75. Диференціальна діагностика гострого кон'юнктивіту**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Вірусний</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Контакт із інфікованою особою або нещодавні симптоми інфекції верхніх дихальних шляхів</li> <li>• Часто двосторонній характер (зазвичай починається з одного ока та поширюється на інше протягом декількох днів)</li> <li>• Водянисті виділення</li> <li>• Свербіння, печіння, відчуття стороннього предмета в оці</li> <li>• Відсутність порушень зору</li> <li>• Часто супроводжується симптомами інфекції верхніх дихальних шляхів або виникає після неї.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Бактеріальний</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гнійні виділення</li> <li>• Переважно односторонній характер, але може бути двостороннім</li> <li>• Відсутність порушень зору</li> <li>• Рідко супроводжується свербінням.</li> </ul>
<b>Алергічний</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Атопічний дерматит, поліноз та астма в анамнезі</li> <li>• Сильне свербіння (основна скарга)</li> <li>• Зазвичай двосторонній характер</li> <li>• набряк повіки</li> <li>• Водянисті чи слизисті виділення</li> <li>• Сосочки під верхньою повікою нагадують «бруківку»</li> <li>• Інші симптоми алергії: чхання, свистячі хрипи, закладеність носа.</li> </ul>
<b>Неінфекційний незапальний</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вплив хімічних речовин, механічне подразнення, носіння контактних лінз чи прийом препаратів, які можуть викликати запалення, в анамнезі.</li> </ul>
<b>Системне захворювання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гострий прояв: кір (с. 277), синдром Кавасаки (с. 284), синдром Стівенса-Джонсона</li> <li>• Післяінфекційний прояв: реактивний артрит (с. 469)</li> <li>• Хронічний прояв: запальне захворювання кишечника (с. 331), ювенільний ревматоїдний артрит (с. 475).</li> </ul>

## Направлення

**Терміново** направляйте дитину до офтальмолога за наявності:

- Значного болю, чутливості до світла (світлобоязні), неправильної форми/нерухомості зіниць, білої плями на рогівці, втрати зору чи виділення із кров'ю при кон'юнктивіті
- Травм в анамнезі
- Контакт з хімічними речовинами.

Направляйте пацієнтів до офтальмолога при:

- Збереженні симптомів протягом більше ніж 7–10 днів після початку лікування
- Підозрі на системне захворювання
- Підозрі на інфікування *Chlamydia trachomatis* або *N. gonorrhoea* (для в/в введення ліків).

## Лікування

**НЕ СЛІД** призначати місцеві кортикоїди, якщо їх не призначив офтальмолог, оскільки кортикоїди можуть подовжувати тривалість та погіршити перебіг вірусного кон'юнктивіту.

**НЕ СЛІД** прикривати око пластиром.

► Призначайте специфічне лікування залежно від основної причини захворювання.

## Вірусний кон'юнктивіт

Вірусний кон'юнктивіт минає самостійно протягом декількох днів без застосування лікарських препаратів.

- Консультуйте опікунів щодо важливості дотримання заходів із гігієни:
- Гострий кон'юнктивіт має високу контагіозність та може легко передаватися людям навколо. Переконайтеся, що ви та ваша дитина:
    - Не торкаєтеся очей дитини.
    - Миєте руки перед торканням чи лікуванням очей дитини та після цих процедур.
    - Використовуєте чисту тканину для протирання очей за наявності виділень.
    - НЕ КОРИСТУЄТЕСЯ одними серветками та рушниками з іншими людьми.

## Бактеріальний кон'юнктивіт

- Призначайте місцеві антибіотики, такі як азитроміцин (1,5%), гентаміцин (0,3%) чи офлоксацин (0,3%) у формі очних крапель чи мазі в обидва ока кожні 4 години протягом 5–7 днів.
- Консультуйте опікунів щодо лікування вдома та важливості дотримання заходів із гігієни (див. інформацію щодо вірусного кон'юнктивіту вище), а також радьте:
- Очищувати дитині очі чистою тканиною перед застосуванням призначеного антибіотику у формі крапель чи мазі кожні 4 години.
  - Прийти на повторний прийом через 2–3 дні або раніше в разі погіршення стану дитини.
- Якщо це дозволено нормами місцевого законодавства, рекомендуйте дитині не відвідувати школу чи дитячий садок до одужання.

**Алергічний кон'юнктивіт**

- ▶ За можливості слід уникати контакту з пилом чи алергенами в сезон їх активності.
- ▶ У разі легкого перебігу призначайте застосування штучних сліз та прикладання холодних компресів.
- ▶ У разі перебігу помірної тяжкості (якщо симптоми не послаблюються при застосуванні зазначених вище підтримувальних заходів):
  - Призначайте антигістамінні препарати, такі як азеластин (0,05%), кетотифен (0,025%) чи олопатадин (0,1%) у формі очних крапель: по одній краплі в кожне око 2–4 рази на добу за потреби протягом не більше ніж 4 тижнів.
  - Розглядайте доцільність короткострокового застосування пероральних антигістамінних засобів, таких як лоратадин, на додаток до місцевих антигістамінних препаратів чи замість них.
- ▶ У разі тяжкого перебігу або резистентного алергічного захворювання розглядайте доцільність направлення до спеціаліста.

**Системні захворювання**

- ▶ Дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування.

**Неінфекційний незапальний кон'юнктивіт**

Стан дітей із цією формою захворювання зазвичай поліпшується протягом 24 годин. Призначайте лікування залежно від основної причини захворювання:

- ▶ У разі впливу хімічних речовин слід ретельно промити очі фізіологічним розчином та розглянути доцільність направлення на обстеження до офтальмолога.
- ▶ У разі механічного впливу слід призначати засоби для зволоження очей (краплі чи мазі). У тяжких випадках слід розглядати доцільність тимчасового заклеювання ока пластиром та радити носіння захисного щитка під час сну. У разі потрапляння стороннього предмета в око див. с. 503.
- ▶ У разі носіння контактних лінз слід тимчасово припинити їх використання.
- ▶ У разі виникнення запалення внаслідок медикаментозного лікування слід за можливості припинити прийом препарату, що його викликав. За потреби консульуйтеся зі спеціалістом.

## Кератит

Кератит — це запалення рогівки, викликане інфекцією (напр., ВПГ, аденовірусом, кором, *S. pneumoniae*, *S. aureus*, *Pseudomonas sp.*, акантамебами) чи реакцією на хімічні речовини.

### Анамнез і обстеження

- Рогівка: набряк, локалізоване помутніння
- Сильний біль в очах
- Може супроводжуватися зниженням гостроти зору
- Використання контактних лінз.

### Лікування і направлення

- ▶ Направляйте дитину до офтальмолога для підтвердження діагнозу та визначення плану лікування.
- ▶ Дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування, зокрема щодо застосування специфічних антибіотиків проти бактеріальних або грибкових інфекцій, ацикловіру проти герпетичної інфекції, кератопластики.
- ▶ За потреби забезпечуйте знеболення за допомогою парацетамолу чи ібупрофену (с. 564).

## Увеїт

Увеїт — це запалення судинної оболонки очного яблука, зазвичай спричинене системними захворюваннями, такими як ювенільний ревматоїдний артрит, реактивний артрит, саркоїдоз чи запальне захворювання кишечника. У багатьох випадках захворювання періодично рецидивує і може призводити до сліпоти.

### Анамнез і обстеження

- Зіниці: звужені (міоз), неправильної форми, погано реагують на світло
- Спайки райдужної оболонки зі структурами навколо
- Почервоніння навколо рогівки (циліарна ін'єкція)
- Може бути як одностороннім, так і двостороннім
- Біль в очах, світлобоязнь
- Зниження гостроти зору.

## Лікування і направлення

- ▶ Направляйте дитину до офтальмолога для підтвердження діагнозу.
- ▶ Дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування увеїту та первинних системних захворювань.

## (Епі-)склерит

(Епі-)склерит — це запалення (епі-)склери. Переважно спричиняється ідіопатичними аутоімунними захворюваннями, напр., системним червоним вовчаком, геморагічним васкулітом.

## Анамнез і обстеження

- Почервоніння склери та ділянки навколо рогівки (циліарна ін'єкція), при цьому судини більш розширені, ніж при кон'юнктивіті
- Переважно односторонній характер
- Локалізований біль
- Мінімальні водянисті виділення.

## Лікування і направлення

- ▶ (Епі-)склерит минає самостійно.
- ▶ Розглядайте доцільність направлення до офтальмолога, який може порадити застосування місцевих стероїдів для швидшого полегшення.

## Сторонній предмет в оці

### Анамнез і обстеження

- Потрапляння дрібних предметів в око, травми чи носіння контактних лінз в анамнезі
- Відчуття піску, стороннього предмета в оці
- Сильний біль в оці, світлобоязнь, дратівливість у маленьких дітей
- Зазвичай односторонній характер
- Сторонній предмет може бути видимим або бути мікроскопічного розміру (відтягніть угору верхню повіку для ретельного оцінювання)
- Виразки на рогівці.

## Лікування і направлення

- ▶ Якщо сторонній предмет був виявлений на рогівці ока, спробуйте видалити його шляхом іригації після інстиляції місцевого анестетика за потреби.
- ▶ Терміново направляйте пацієнта до офтальмолога в разі неможливості видалення стороннього предмета або за наявності ознак проникаючих травм, виразок на рогівці чи кератиту.

### 6.19.3 Запалення навколо очей

Запалення слізної залози (дакріоаденіт) та носослізного мішка (дакріоцистит) можуть супроводжуватися запаленням навколо очей.

Целюліт — це інфекція м'яких тканин навколо очей над орбітальною перегородкою (пресептальний целюліт) чи під нею. Останній є не дуже поширеним, але може призводити до тяжких внутрішньочерепних ускладнень.

#### Анамнез

- Виникнення запалення, його розвиток та поширення, пов'язані симптоми
- Травми, такі як розриви шкіри, інфікування при укусах комах
- Синусит
- Інфекції шкіри обличчя та зубів
- Інфекції верхніх дихальних шляхів
- Офтальмологічні чи синусові хірургічні втручання.

#### Обстеження

Оцінюйте:

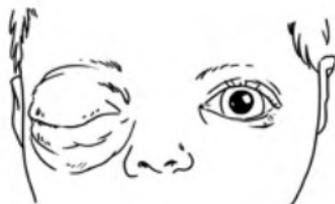
- Локалізацію та ступінь запалення
- Пов'язані ознаки первинної інфекції, зокрема, наявність виділень чи кровотечі з носа при синуситі, болю та набряку тканин пародонта при абсцесі зуба
- Гостроту зору (с. 489)
- Рухливість очей у всіх напрямках та їх положення (с. 489)
- Наявність диплопії (двоїння в очах)
- Поверхню очей, повіки та очні впадини
- Реакцію зіниць на світло.

## Пресептальний целюліт

Пресептальний целюліт частіше зустрічається в дітей молодшого віку та зазвичай має легкий перебіг. Його спричиняє інфекція, що переважно поширюється з поверхневих осередків.

### Анамнез і обстеження

- Місцеві травми обличчя, укуси комах або тварин, кон'юнктивіт, халязіон в анамнезі
- набряк повіки та еритема
- біль при торканні
- Відсутність порушень зору
- Підвищена температура тіла (не так часто, як при орбітальному целюліті).



### Ускладнення

- Абсцес повіки.

### Лікування

- ▶ Призначайте 25 мг/кг амоксицилін-клавуланату перорально двічі на добу або цефуроксиму аксетил протягом 7–14 днів.

### Подальше спостереження

Просіть опікунів прийти на повторний прийом через 48–72 години або раніше в разі погіршення стану дитини.

### Направлення

Направляйте пацієнтів до лікарні для в/в лікування антибіотиками, якщо:

- Дитині < 1 рік.
- Дитина не переносить перорального застосування лікарських засобів.
- Інфекція швидко розвивається, дитина має хворобливий вигляд.
- Амбулаторне лікування виявляється неефективним (за результатами 2–3 днів прийому пероральних антибіотиків).

## Орбітальний целюліт

Орбітальний целюліт частіше зустрічається в підлітків. Осередками інфекції переважно є верхні дихальні шляхи (синусит), зуби чи місцеві травми. Основні збудники — *S. pneumoniae* та *S. aureus*.



Орбітальний целюліт може призводити до тяжких захворювань. Виключайте менінгеальне ураження (клінічні ознаки — нудота, блювання та сонливість) та інші тяжкі ускладнення!

### Анамнез і обстеження

- Інфекції верхніх дихальних шляхів (синусит), зубні інфекції чи місцеві травми в анамнезі
- Проптоз (випинання очного яблука)
- Обмежена рухливість очей, що супроводжується болем
- Зниження гостроти зору або двоїння в очах
- Підвищена температура тіла, міалгія
- Головний біль, летаргія.

### Ускладнення

Орбітальний целюліт може призводити до серйозних ускладнень, таких як менінгіт, венозний тромбоз синусів, внутрішньочерепне поширення інфекції, субперіостальний абсцес та втрата зору.

### Лікування і направлення

- ▶ **Терміново направляйте** дитину до лікарні за наявності підозрюваного чи підтвердженого орбітального целюліту для подальшого обстеження (аналізу крові та томографії) та в/в введення антибіотиків.
- ▶ Розглядайте доцільність призначення першої дози 50 мг/кг/ цефтріаксону в/в або в/м перед направленням, якщо очікується, що доправлення до лікарні відбудеться зі значною затримкою.

### Дакріоденіт

Запалення слізної залози, спричинене інфекцією (*S. aureus*, *S. pneumoniae*, ЦМВ, кором, ВЕБ, ентеровірусами), травмою, рідко — саркоїдозом чи лейкемією. Нечасто зустрічається в дітей.

## Симптоми

- Набряк та почервоніння над ділянкою залози (зовнішня частина верхньої повіки)
- Біль, болючість у повіці
- Слизисто-гнійні виділення
- Може бути пов'язаний із підвищенням температури.

## Ускладнення

Пресептальний (с. 505) чи орбітальний целюліт (с. 506), орбітальний абсцес.

## Лікування і направлення

- ▶ Призначайте 25 мг/кг амоксицилін-клавуланату перорально двічі на добу (макс. 3 г/добу) або цефуроксиму аксетил протягом 7–14 днів.
- ▶ У разі формування абсцесу направляйте пацієнта на дренивання.

## Дакріоцистит

Гостра бактеріальна інфекція чи запалення носослізного мішка, спричинені вродженою чи набутою непрохідністю носослізної залози (інформацію щодо дакріостенозу див. на с. 509). Поширені збудники — *S. aureus*, коагулазонегативні стафілококи, *H. influenzae*, *S. pneumoniae*.

## Симптоми

- Набряк та почервоніння нижньої повіки біля носа над слізним мішком
- Болючість, біль
- Виділення з очей у ділянці слізної протоки (у медіальній частині нижньої повіки та у внутрішньому куті ока)
- Сльозотеча (епіфора)
- Можливий орбітальний целюліт.

## Лікування і направлення

- ▶ Рекомендуйте прикладання теплих вологих компресів чотири рази на добу.
- ▶ Призначайте 25 мг/кг амоксицилін-клавуланату перорально двічі на добу протягом 7–14 днів або цефуроксиму аксетил (інформацію про дозування див. у додатку 4).

- ▶ Розглядайте доцільність направлення на проведення хірургічного дренивання.

**НЕ СЛІД** проводити зондування слізної протоки під час гострої бактеріальної інфекції, оскільки це може сприяти її поширенню!

### 6.19.4 Запалення повік

#### Блефарит

Запалення залоз повік, спричинене інфекцією *S. aureus* чи в поодиноких випадках дисфункцією мейбомієвих залоз.

#### Симптоми

- Почервоніння, набряк та свербіння повік
- Утворення кірок на віях, злипання повік після сну
- Відчуття печіння
- Відчуття піску, стороннього предмета в оці
- Біль в очах
- Світлобоязнь
- Сльозотеча.

#### Ускладнення

Гордеолум та халязіон (див. нижче).

#### Лікування

- ▶ Призначайте місцеві антибіотики, такі як азитроміцин (1,5%), гентаміцин (0,3%) у формі очних крапель чи мазі.
- ▶ Рекомендуйте дотримуватися заходів із гігієни очей, зокрема щодня очищувати повіки обережними масажними рухами із застосуванням тепла.

#### Гордеолум (ячмінь)

Зовнішній гордеолум розвивається внаслідок інфікування залоз Цейса, розташованих на краю повік, внутрішній гордеолум — інфікуванням мейбомієвих залоз, розташованих на повіках.

#### Анамнез і обстеження

- Невелике болюче ущільнення на повіці

- Повіка може почервоніти та набрякнути
- Може розвинутися абсцес із виділеннями жовтого кольору
- Внутрішній гордеолум: помірний набряк дифузного характеру; часто випирає на внутрішню сторону повіки.
- Зовнішній гордеолум: набряк менший та поверхневий.

### Лікування і направлення

- ▶ Призначайте місцеві антибіотики, такі як азитроміцин (1,5%), гентаміцин (0,3%) у формі очних крапель чи мазі.
- ▶ Рекомендуйте прикладання теплих вологих компресів чотири рази на добу.
- ▶ У разі формування абсцесу направляйте пацієнта на дренивання.

### Халязіон

Хронічна інфекція мейбомієвих залоз, яка виникає внаслідок закупорювання вивідної протоки.

### Симптоми

- Локалізоване вузликподібне утворення, що повільно розвивається
- Відсутність болю та почервоніння.

### Лікування і направлення

- ▶ Рекомендуйте прикладання теплих вологих компресів чотири рази на добу, а також дотримання належної гігієни повік.
- ▶ Направляйте до спеціаліста в разі збереження симптомів після кількох тижнів лікування.

## 6.19.5 Надмірна сльозливість очей

Надмірна сльозливість очей або надмірна сльозотеча (епіфора) свідчить про наявність проблем із носослізними протоками, зокрема, про їх звуження чи непрохідність.

### Дакріостеноз

Причиною дакріостенозу є непрохідність слізного мішка чи носослізних проток. Захворювання часто є вродженим і лише часом — набутим.

### Анамнез і обстеження

- Вроджений дакриостеноз: надмірна сльозотеча протягом 2–4 тижнів після народження.
- Набутий дакриостеноз: наявність хронічного кон'юнктивіту, травм, грануломатозних захворювань, напр., саркоїдозу, гранулематозу з поліангіїтом, в анамнезі.
- Переважно односторонній, але може бути двостороннім.
- Симптоми основного захворювання у випадках набутого дакриостенозу.

### Ускладнення

Гострий або хронічний дакриоцистит (с. 507).

### Лікування і направлення

- ▶ Більшість випадків вродженого захворювання минають спонтанно або з допомогою масажів слізного мішка та носового проходу, а також теплих компресів.
- ▶ Направляйте до отоларинголога дітей із вродженою рефрактерною формою захворювання (через декілька місяців після народження) для розширення та стентування проток.
- ▶ У випадках набутого дакриостенозу: лікуйте основне захворювання.

### Глаукома

Глаукома — це група захворювань очей, які призводять до підвищення внутрішньоочного тиску. Вони рідко розвиваються в немовлят та дітей, але можуть загрожувати зору. Глаукома призводить до руйнування зорового нерва, що відбувається внаслідок підвищення внутрішньоочного тиску. Рання діагностика має критично важливе значення.

### Анамнез і обстеження

Симптоми глаукоми істотно варіюються залежно від віку пацієнта та ступеня підвищення внутрішньоочного тиску:

- «Класична тріада» первинної інфантильної глаукоми включає:
  - Надмірну сльозливість (епіфору)
  - Чутливість до світла (світлобоязнь)
  - Мимовільне щільне зажмурювання повік (блефароспазм).
- Втрата зору

- Візуальне збільшення одного ока
- Помутніння чи збільшення розміру рогівки.

### Направлення

Направляйте пацієнтів до офтальмолога для подальшого обстеження та призначення лікування.

## 6.19.6 Лейкокорія (біле око)

### Ретинобластома

Ретинобластома — це рідкісне первинне внутрішньоочне злоякісне новоутворення, що розвивається в дітей.



Лейкокорію слід вважати ознакою ретинобластоми, доки не буде доведено протилежне.

### Анамнез і обстеження

- Зазвичай з'являється у віці до 3 років
- Білий рефлекс зіниць на фотографіях, який виявляється як відсутність червоного рефлексу в ході клінічного обстеження у рамках планового огляду при народженні дитини та упродовж перших 72 годин життя (с. 26), в 1 тиждень (с. 31) чи в 1 місяць (с. 34)
- Косоокість, що зберігається після 3 місяців життя дитини
- Втрата зору
- Зазвичай одностороння, рідше двостороння
- Біль та почервоніння в очах
- Огляд очного дна: сіро-біла, васкуляризована пухлина сітківки.

### Направлення

Терміново направляйте всіх дітей із лейкокорією до офтальмолога для подальшого обстеження та лікування.

### Катаракта

Катаракта — це помутніння кришталіка. Катаракта може бути вродженою (так само як спадкові вроджені інфекції, серед яких краснуха, гепатит, паротит, токсоплазмоз) чи набутою (тобто викликаною медикаментозним

лікуванням, наприклад, довгостроковою глюкокортикоїдною терапією, або травмою ока, опроміненням, діабетом, синдромом Дауна).

### Анамнез і обстеження

- Вроджена катаракта:
  - Лейкокорія (білий рефлекс зіниць), яка проявляється на фотографіях та в ході клінічного обстеження як відсутність червоного рефлексу
  - Косоокість
  - Ністагм.
- Зниження гостроти зору
- Неболюче та часто двостороннє сіро-біле помутніння кришталика.

### Направлення

Терміново направляйте дитину до офтальмолога для підтвердження діагнозу та призначення лікування.

## 6.20 Головний біль

Головний біль часто зустрічається в дітей та посилюється до підліткового віку. Основною метою діагностичного підходу є диференціація первинних головних болів і вторинних, які можуть потребувати спеціальної діагностики та лікування (таблиця 76, с. 515).

### Анамнез

- Раптовий початок і прогресивне посилення
- Періодичність і час доби, тригери
- Однобічний, двобічний дифузний або потиличний біль
- Пульсуючий або стискаючий (відчуття здавлювання навколо голови)
- Пов'язані симптоми:
  - Підвищення температури тіла
  - Блювання
  - Кашель, симптоми з боку вух
  - Фонофобія (чутливість до звуків), фотофобія (чутливість до світла)
  - Зниження гостроти зору, виникнення косоокості
  - Судоми
  - Головний біль, якому передують аура, напр., мерехтіння чи відблиски світла, розмитість зору
  - Головний біль, пов'язаний зі зміною положення тіла на вертикальне чи горизонтальне та маневром Вальсальви .
- Симптоми підвищеного внутрішньочерепного тиску:
  - Головний біль і блювання при пробудженні
  - Нудота, блювання, сонливість, дратівливість або сплутаність свідомості, двоїння в очах.
- Соціальні проблеми, ситуація вдома
- Особистісні зміни
- Фізична активність, повноцінний сон та гідратація
- Попереднє застосування ліків проти головного болю (препарат, дозування, частота)
- Наявність в анамнезі травм голови чи шиї, ВІЛ-інфекції, серповидноклітинної анемії, нейрохірургічних втручань або вентрикулоперитонеального шунтування

- Вплив арбовірусів під час нещодавніх подорожей.

### Обстеження

Проведіть фізикальне обстеження, включаючи неврологічний та отоларингологічний огляд. За можливості проведіть огляд очного дна. Перевіряйте наявність:

- Болючості обличчя при пальпації, запалення слизової оболонки та гнійних виділень із носа
- Болючості в ділянці скронево-нижньощелепного суглоба чи скронь при пальпації
- Зубного карієсу, захворювань ясен чи абсцесів у ротовій порожнині
- Уражень шкіри: винних родимих плям (с. 170), коричневих плям, нейрофібром, гіполігментованих макул
- Зниження гостроти зору (с. 492)
- Збільшення окружності голови швидше за норму (вимірюйте в усіх дітей)
- Ознак підвищеного внутрішньочерепного тиску: гіпертензії, брадикардії або переривчастого дихання (тріади Кушинга)
- Петехій чи пурпури
- Менінгеальних ознак: ригідності потиличних м'язів, фотофобії (чутливості до світла)
- Зміненого психічного стану, зниження рівня свідомості, атаксії, зниження тону та сили м'язів, відсутності рефлексів, нестійкої ходи, аномалій при обстеженні черепномозкових нервів
- Надмірної ваги або ожиріння
- Гіпертонії
- Підвищеної температури тіла.

### Дослідження

Дослідження зазвичай не є необхідними, за винятком випадків, коли наявні тривожні симптоми.


**ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ:** негайно направте дитину до лікарні, якщо

- Наявні менінгеальні ознаки: ригідність потиличних м'язів, фотофобія (чутливість до світла).
- Сильний головний біль почався раптово.
- Відбувається зростання частоти сильного головного болю.
- Наявна постійна локалізація періодичного головного болю.
- Вік дитини < 6 років.
- Головний біль викликає пробудження в дитини або підлітка.
- Наявні ознаки та симптоми підвищеного внутрішньочерепного тиску.
- Наявний змінений психічний стан, виражена млявість чи зміна поведінки.
- Наявні судоми чи конвульсії.
- В анамнезі наявні венрикулоперитонеальне шунтування чи нейрохірургічні втручання.
- Наявна тяжка гіпертензія.

### Диференціальна діагностика

- Примітка: у пацієнтів із відомими головними болями напруги чи мігренями також можуть розвиватися головні болі через інші гострі чинники.

**Таблиця 76. Диференціальна діагностика головного болю**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Найчастіші причини</b>	
<b>Вірусні захворювання, у тому числі гострий синусит (с. 244) та звичайна застуда (с. 206)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Головний біль у лобовій частині</li> <li>• Виділення з носа</li> <li>• Лихоманка, кашель, втомлюваність, зубний біль, біль або закладеність у вухах, закладеність носа, галітоз, болючість обличчя при пальпації.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Головний біль напруги (с. 519)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Легкий або помірний головний біль, двобічний, дифузний або потиличний за локалізацією, стискаючий (відчуття здавлювання навколо голови)</li> <li>• Відсутність ознак мігрені</li> <li>• Відсутність нудоти чи блювання</li> <li>• Неврологічні показники в нормі</li> <li>• Больові відчуття при пальпації голови</li> <li>• Можлива наявність тригерних точок на шиї.</li> </ul>
<b>Мігрень (с. 520)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецидивуючий головний біль, якому часто передують аура, напр., візуальні симптоми, такі як: мерехтіння світла, зигзагоподібні лінії або сліпі плями, розмитість зору</li> <li>• Однобічний пульсуючий головний біль</li> <li>• Світлобоязнь</li> <li>• Нудота, блювання, біль у животі</li> <li>• Сльозотеча, почервоніння очей, можливий періорбітальний набряк</li> <li>• Труднощі в підборі слів</li> <li>• Слабкість.</li> </ul>
<b>Проблеми з зором (с. 492)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зниження гостроти зору через аномалії рефракції (с. 492)</li> <li>• Примружування очей при фокусуванні</li> <li>• Втомлюваність, головний біль, проблеми з концентрацією</li> <li>• Труднощі під час читання зі шкільної дошки чи перегляду телепрограм.</li> </ul>
<b>Найменш часті причини</b>	
<b>Ідіопатична внутрішньочерепна гіпертензія (<i>pseudotumor cerebri</i>)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Головний біль (від помірного до сильного)</li> <li>• Проблеми з зором, шум у вухах (дзвін) у ритмі серцебиття</li> <li>• Нудота, блювання</li> <li>• Надмірна вага або ожиріння</li> <li>• Частіше зустрічається в дівчат.</li> </ul>
<b>Зубний карієс, захворювання ясен чи абсцеси</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Біль зазвичай локалізується в ротовій порожнині; може проявлятися як біль в обличчі або головний біль.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Головний біль після струсу мозку</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність травм голови в анамнезі</li> <li>• «Світлий» проміжок між травмою і початком головного болю</li> <li>• Може супроводжуватися запамороченням, нудотою, розмитістю зору, порушеннями сну</li> <li>• Може тривати місяцями.</li> </ul>
<b>Менінгіт (с. 264)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Підвищення температури тіла</li> <li>• Фотофобія, фонофобія</li> <li>• Ригідність потиличних м'язів</li> <li>• Дратівливість</li> <li>• Петехії/пурпура</li> <li>• Судоми, зниження рівня свідомості</li> <li>• Блювання.</li> </ul>
<b>Енцефаліт</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Локальні судоми</li> <li>• Підвищення температури тіла, вплив інфекційного агента (напр., герпесу або арбовірусів)</li> <li>• Змінений психічний стан від незначних дефіцитів до повної відсутності реакції; фокальні моторні або сенсорні неврологічні порушення; проблеми з мовленням; посилені глибокі сухожильні та патологічні рефлекси.</li> </ul>
<b>Синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба (с. 519)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійний пульсуючий біль, що часто супроводжується скреготінням зубами або іншими рухами щелепи</li> <li>• Біль, викликаний рухом щелепи або тиском на щелепні м'язи</li> <li>• Клацання щелепою або зниження її рухливості.</li> </ul>
<b>Судинна мальформація</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптове виникнення головного болю</li> <li>• Змінений психічний стан</li> <li>• Локальні неврологічні ознаки.</li> </ul>
<b>Нейрокутанні синдроми</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сімейний анамнез</li> <li>• Ураження шкіри, напр., винні родимі плями, коричневі плями, нейрофіброми, гіпопигментовані макули</li> <li>• Судоми</li> <li>• Проблеми з зором</li> <li>• Проблеми з навчанням.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гіпертонічна енцефалопатія (с. 383)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сильний головний біль</li> <li>• Підвищений артеріальний тиск</li> <li>• Симптоми й ознаки підвищеного внутрішньочерепного тиску.</li> </ul>
<b>Ішемічний інсульт і внутрішньочерепна кровотеча</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптове виникнення головного болю</li> <li>• Локальні судоми</li> <li>• Симптоми підвищеного внутрішньочерепного тиску: дратівливість, блювання, локальні неврологічні ознаки, змінений стан свідомості.</li> </ul>
<b>Пухлина головного мозку</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Постійні блювання чи нудота</li> <li>• Періодичний головний біль, особливо одразу після пробудження</li> <li>• Аномальні рухи очей, розмитість зору або двоїння в очах</li> <li>• Судоми</li> <li>• Менінгізм або фотофобія</li> <li>• Зміна поведінки, особливо летаргія</li> <li>• Порушення рівноваги, ходьби, координації</li> <li>• Аномальне положення голови (наприклад, нахил голови).</li> </ul>

### Лікування і направлення

- ▶ Призначайте лікування відповідно до діагнозу чи першопричин захворювання. Посилання на відповідні сторінки довідника див. у таблиці вище.
- ▶ **Негайно** направте до спеціаліста за наявності ознак:
  - Ідіопатичної внутрішньочерепної гіпертензії (pseudotumor cerebri)
  - Менінгіту, енцефаліту
  - Пов'язаних із травмами головних болів
  - Судинної мальформації
  - Ішемічного інсульту і внутрішньочерепної кровотечі
  - Нейрокутанних синдромів
  - Гіпертонічної енцефалопатії
- ▶ За потреби направляйте дитину до спеціаліста відповідно до підозрюваного діагнозу для підтвердження і призначення лікування.

- ▶ За наявності зубного карієсу, захворювання ясен чи абсцесів направте дитину до стоматолога.

### Подальше спостереження

- ▶ Перевірте, чи зберігаються симптоми протягом 5 днів у пацієнтів, які не потребують негайного направлення.
- ▶ Попросіть опікунів повернутися раніше, якщо стан дитини чи підлітка погіршиться.
- ▶ Направляйте до спеціаліста дітей чи підлітків із тривалими головними болями.
- ▶ Призначайте контрольні візити дітям зі специфічними хворобами чи станами та дотримуйтеся визначеного спеціалістом плану лікування.

### 6.20.1 Синдром дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба

- ▶ Порекомендуйте накладати теплі компреси на уражену ділянку.
- ▶ Порадьте їсти м'яку їжу та уникати широкого відкриття рота.
- ▶ За потреби призначте нестероїдні протизапальні препарати, такі як ібупрофен, щоб зменшити біль (с. 566).
- ▶ Якщо за 1–2 тижні стан дитини не покращується, направте її до стоматолога.

### 6.20.2 Головний біль напруги

Превалентність головного болю напруги збільшується з віком. Цей тип болю частіше зустрічається в дівчат.

#### Діагноз

Діагностика ґрунтується на зазначених нижче клінічних діагностичних критеріях і щонайменше 10 епізодах головного болю:

- Кожен епізод триває від 30 хвилин до 7 днів.
- Наявні принаймні 2 з таких ознак:
  - Двосторонній біль
  - Тиснучий або стягуючий, не пульсуючий біль
  - Легка чи помірна інтенсивність
  - Відсутність погіршення при фізичній активності (напр., при ходьбі, підніманні сходами).

## ГОЛОВНИЙ БІЛЬ НАПРУГИ

- Наявність обох зазначених нижче ознак:
  - Відсутність нудоти чи блювання
  - Відсутність фотофобії чи фонофобії.

Головний біль напруги не є локалізованим, не пульсує, не є сильним і не посилюється під час фізичного навантаження.

Головний біль напруги класифікується як:

- Нечастий: < 1 день із епізодом головного болю на місяць, що виникає < 12 разів на рік.
- Частий: Від 1 до 14 днів із епізодом головного болю на місяць протягом більше ніж 3 місяців, що виникає від  $\geq 12$  до < 180 днів на рік.
- Хронічний:  $\geq 15$  днів із епізодом головного болю на місяць або  $\geq 180$  днів на рік.

### Лікування

- ▶ Призначте парацетамол або ібупрофен для забезпечення знеболення під час гострої фази (с. 566).
- ▶ Заспокойте підлітка та опікуна. Визнайте біль та поясніть специфіку стану.
- ▶ Порадьте, як уникнути тригерів головного болю:
  - Пити достатньо води, забезпечувати регулярне харчування (включаючи сніданок), фізичну активність і якісний сон.
  - Уникати споживання кофеїну, тютюну та алкоголю, а також зменшити кількість часу перед екраном.
  - Знизити рівень стресу.

### 6.20.3 Мігрень

Мігрень часто зустрічається як у дівчат, так і у хлопчиків. Може протікати з ауруо чи без неї. Аура — це тимчасові локальні неврологічні симптоми, що передують головному болю або супроводжують його.

### Діагноз

Діагностика ґрунтується на таких клінічних діагностичних критеріях:

### Мігрень без аури

- А. Щонайменше 5 епізодів, що відповідають критеріям В–D
- В. Епізоди головного болю тривалістю від 2 до 48 годин (що малоуспішно піддаються лікуванню або не піддаються лікуванню зовсім)
- С. Головний біль має  $\geq 2$  з таких характеристик:
  - Односторонній
  - Пульсуючий
  - Помірний або сильний
  - Посилюється при фізичній активності або змушує уникати її (напр., при ходьбі, підніманні сходами).
- D. Головний біль супроводжується  $\geq 1$  з таких ознак:
  - Нудота, блювання або нудота з блюванням
  - Фотофобія, фонофобія.

### Мігрень з аурою

- А. Принаймні 2 епізоди, що відповідають критеріям В та С
- В.  $\geq 1$  такий повністю оборотний симптом аури:
  - Візуальна
  - Сенсорна
  - Мови та мовлення
  - Рухова
  - Стовбура головного мозку
  - Ретинальна.
- С.  $\geq 3$  таких характеристики:
  - $\geq 1$  симптом аури, що поширюється поступово протягом  $\geq 5$  хвилин
  - $\geq 2$  симптоми, що виникають послідовно
  - Кожен окремий симптом аури триває від 5 до 60 хвилин
  - $\geq 1$  односторонній симптом аури
  - $\geq 1$  позитивний симптом аури (мерехтіння та поколювання)
  - Головний біль супроводжується аурою або починається протягом 60 хвилин після неї.

### Лікування

Метою лікування є зменшення частоти, тривалості та тяжкості епізодів мігрені.

### Лікування невідкладних станів

Важливим є своєчасний початок лікування під час епізоду мігрені.

- ▶ За потреби призначте парацетамол або ібупрофен для забезпечення знеболення. Препарати не слід використовувати більше ніж 14 днів на місяць. Якщо парацетамол та ібупрофен неефективні, розгляньте доцільність направлення до спеціаліста та потенційного призначення триптанів дітям віком > 12 років.
- ▶ Порадьте відпочинок або сон у тихій темній кімнаті в разі початку мігрені.
- ▶ За наявності в дитини або підлітка сильної нудоти і блювання і, відповідно, неспроможності спати, розгляньте доцільність одноразового застосування протиблювотних препаратів, таких як ондансетрон у дозуванні 0,15 мг/кг. Пам'ятайте про побічні ефекти, які може викликати ондансетрон (серцеві ускладнення та збільшення часу проходження їжі через ШКТ). Не призначайте метоклопрамід, оскільки він викликає серйозні побічні ефекти в дітей.

### Профілактичне лікування

- ▶ Порадьте, як уникнути тригерів головного болю:
  - Пити достатньо води, забезпечувати регулярне харчування (включаючи сніданок), фізичну активність і якісний сон.
  - Уникати споживання кофеїну, тютюну та алкоголю, а також зменшити кількість часу перед екраном.
  - Знизити рівень стресу.
- ▶ Якщо частота або тяжкість епізодів мігрені перешкоджають навчанню у школі або соціальному життю, направте дитину до спеціаліста для розгляду необхідності призначення медикаментозної терапії (пропраналолу, топірамату).

## 6.21 Судоми

- ▬ У дітей судоми найчастіше виникають через підвищення температури тіла (фебрильні судоми, с. 528).

**Епілептичні напади** спричиняються надмірною мозковою активністю, яка є тимчасовою та зазвичай минає самостійно (може тривати від кількох секунд до кількох хвилин).

Епілептичні напади можна класифікувати як:

- *Локальні напади* вражають одну півкулю головного мозку, можуть відбуватися як із порушенням свідомості, так і без нього, а також супроводжуються локальними руховими судомами, потовиділенням або зоровими та слуховими симптомами.
- *Генералізовані напади* вражають обидві півкулі головного мозку, можуть проявлятися як двосторонні моторні судоми (з видимими рухами, такими як м'язові посмикування та спазми) або немоторні (абсансні) судоми (таблиця 78, с. 531).

Епілептичні судомні напади можуть бути:

- *Спровокованими (симптоматичними)*: як результат гострого стану, напр., гіпоглікемії (с. 673), електролітного дисбалансу, гарячки (с. 253), менінгіту (с. 264), енцефаліту, травм голови, прийому ліків, вживання наркотиків (амфетамінів або кокаїну).
- *Неспровокованими (ідіопатичними)*: при відсутності гострого основного захворювання.

**Діагноз «епілепсія»** (с. 530) встановлюється, якщо два або більше неспровокованих епілептичних напади виникають з інтервалом більше ніж 24 години.

**Епілептичний статус (Status epilepticus)** — це продовження одного судомного нападу довше ніж 5 хвилин або виникнення більше ніж одного судомного нападу протягом 5 хвилин без повернення до нормального рівня свідомості між епізодами.



**Епілептичний статус** вважається **НЕВІДКЛАДНИМ СТАНОМ**.  
Негайно розпочинайте лікування (с. 811).

### Анамнез

- Опис епізоду: тривалість, опис рухів, сечовипускання, розплющені (епілептичний напад) чи заплющені очі (неепілептичний напад)
- Події, які супроводжують напад: лихоманка, поранення, травмування, ковтання, супутні захворювання
- Постіктальний стан (психічний стан, залишкові фокальні дефіцити)
- Інші симптоми: головний біль, нудота, блювання, зорові порушення, зміна поведінки, втрата свідомості

- Історія розвитку
- Епілепсія в сімейному анамнезі
- Прийом ліків, вживання наркотичних речовин
- Наявність травм голови в анамнезі
- Нещодавні подорожі.

Може бути корисним попросити опікунів записати напад на відео, оскільки це може допомогти підтвердити наявність епілептичного нападу і його тип.

### Обстеження

Під час епізоду судом: моніторуйте показники життєдіяльності, проводьте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800) та лікуйте судому (с. 811).

Проведіть фізикальний огляд, включаючи детальний неврологічний огляд. Звертайте увагу на:

- Рівень свідомості (за шкалою AVPU: притомність, реакція на голос, реакція на біль, втрата свідомості)
- Аномальні рухи очима, ністагм, реакції зіниць та рівномірності їхнього розміру
- Менінгеальні ознаки:
  - У дітей віком до 1 року: роздратованість при огляді голови чи ніг; випукле тім'ячко
  - У дітей віком старше за 1 рік: ригідність потиличних м'язів.
- Ознаки травмування (переломи, синці чи інші ушкодження)
- Підвищення температури тіла
- Зниження тонусу і сили м'язів, відсутність рефлексів, нестійку ходу.

### Диференціальна діагностика

Диференціюйте епілептичні напади (с. 530) та неепілептичні явища (таблиця 77). Неепілептичні явища нагадують епілептичні напади, але не спричинені аномальною мозковою активністю (електроенцефалограма (ЕЕГ) у нормі). Під час неепілептичного явища очі зазвичай заплещені, тоді як під час епілептичного нападу очі розплещені.

Таблиця 77. Диференціальна діагностика неепілептичних явищ за віком

Діагноз	Фактори на користь
<b>Немовлята і діти</b>	
<b>Афективно-респіраторні напади (с. 379)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Здорові діти</li> <li>• Починаються між 6–24 місяцями і тривають до 6 років</li> <li>• Тригери: біль, злість або страх</li> <li>• Цианоз чи блідість</li> <li>• Затримування дихання перед втратою свідомості.</li> </ul>
<b>Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збудливості</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Новонароджені віком до 1 місяця</li> <li>• Надмірне здригання як реакція на дотики чи шум</li> <li>• Регулярні коливальні рухи</li> <li>• Новонароджений не спить і виглядає добре.</li> </ul>
<b>Доброякісний неонатальний міоклонус сну</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трапляється в перші тижні життя, минає самостійно протягом 2–3 місяців</li> <li>• Повторювані, симетричні та двосторонні міоклонічні посмикування рук або ніг</li> <li>• Тільки під час сну, припиняється при пробудженні.</li> </ul>
<b>Нічні жакіття</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай виникають у віці 5–7 років, закінчуються до підліткового віку.</li> <li>• Раптове пробудження із психоемоційним збудженням та відчуттям страху, що супроводжується зміною виразу обличчя, вокалізацією, пітливістю, тахікардією та спонтанним поверненням до сну.</li> </ul>
<b>Синкопе (с. 376)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата свідомості, що виникає раптово і є короткою за тривалістю</li> <li>• Спонтанне повне відновлення.</li> </ul>
<b>Психогенний неепілептичний напад</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Старші діти з депресією чи підвищеною тривожністю</li> <li>• Серія рухів (тремтіння, поштовхи тазом), що імітують генералізовані судоми при перебуванні у свідомості та з міцно заплющеними очима.</li> </ul>
<b>Опістотонус (с. 341)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вигинання спини та шийна дистонія в немовлят (синдром Сандіфера)</li> <li>• Мимовільна регургітація або блювання після годування чи прийому їжі внаслідок гастроезофагеального рефлюксу.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Спаляхи гніву</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптові спалахи неконтрольованого гніву: підвищення голосу чи крик, сильний гнів, фізична агресія</li> <li>• Рідко поєднуються з лімбічними судомами.</li> </ul>
<b>Напади здригання в немовлят</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нешкідливий рідкісний стан у немовлят чи маленьких дітей</li> <li>• Рухи нагадують тремтіння або напруження, що триває кілька секунд: погляд немовляти здається відстороненим від оточуючого середовища, але швидко повертається до норми</li> <li>• Нормальний стан свідомості</li> <li>• Ніколи не трапляється під час сну, натомість зазвичай коли дитина їсть, схвильована або перебуває у стані стресу.</li> </ul>
<b>Підлітки</b>	
<b>Мігрень (с. 520)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Рецидивуючий головний біль</li> <li>• Мігрень базиллярного типу може проявлятися втратою або порушенням свідомості, зоровими галюцинаціями, сліпотою, геміпарезом, атаксією.</li> </ul>
<b>Тики</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптові швидкі та короткі, проте складні рухи чи звуки, що періодично повторюються</li> <li>• Тики можна зупинити відволіканням уваги.</li> </ul>
<b>Рухові стереотипи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані рухи або пози, напр., рухи вгору-вниз головою, розхитування тіла, плескання руками, почергове схрещування ніг</li> <li>• Можна зупинити свідомо, або відволікши увагу</li> <li>• Частіше зустрічаються в дітей з аутизмом (с. 634), шизофренією (с. 607) або проблемами з психічним здоров'ям (с. 721).</li> </ul>

## Дослідження

При початкових судомх невідомої етіології в дітей, які не повернулися до нормального рівня свідомості, і новонароджених розглядайте доцільність проведення зазначених нижче досліджень для виключення гострих причин. За необхідності видавайте направлення на:

- ЗАК, включаючи тест на С-реактивний білок, глюкозу, сечовину, креатинін, електроліти, газовий склад крові та токсикологічний скринінг

- Люмбальну пункцію при підозрі на менінгіт або енцефаліт після виключення об'ємного ураження головного мозку за результатами ретельного неврологічного обстеження (або візуалізації головного мозку, якщо необхідно)
- Якщо гостру причину не виявлено після проведення зазначених первинних досліджень, може йтися про неспровокований напад. Направте дитину до спеціаліста для проведення подальших досліджень, таких як ЕЕГ та нейровізуалізація.

## Направлення

- ▶ Терміново направляйте дітей на нейровізуалізацію в разі локальних судом, нових фокальних неврологічних проявів під час обстеження або тривалої зміни рівня свідомості після нападу.
- ▶ Розглядайте доцільність направлення до лікарні з урахуванням основної причини спровокованого нападу. Діти з фебрильними судомами та без залишкових ознак після гострого епізоду не потребують направлення.
- ▶ Направляйте до спеціалістів дітей із повторюваними нападами без встановленого діагнозу «епілепсія» або з відомою епілепсією для потенційної корекції лікування.

## Лікування

- ▶ Стабілізуйте стан дитини та лікуйте судоми (с. 811).
- ▶ Призначайте лікування залежно від основної причини захворювання:
  - Інформацію щодо лікування фебрильних судом можна знайти на с. 529
  - Дотримуйтесь розробленого спеціалістом плану лікування дітей з епілепсією (с. 530).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо дій під час судом (робоча пам'ятка 35, с. 528).

**Робоча пам'ятка 35. План першої допомоги при судомах****План першої допомоги при судомах**

- Зберігайте спокій. Залишайтеся з дитиною, заспокойте її.
- Почніть відлік часу, щоб визначити, скільки тривають судоми. Якщо напад триває довше ніж 5 хвилин, викликайте швидку допомогу.
- Заберіть від дитини всі небезпечні предмети, щоб захистити її від тілесних ушкоджень.
- Якщо у вашої дитини судоми — не намагайтеся перешкоджати її рухам і не кладіть їй нічого до рота.
- Якщо ваша дитина лежить:
  - Покладіть щось м'яке їй під голову і розстібніть одяг/зніміть предмети, які можуть здавлювати шию.
  - Після того як судомний напад скінчиться, переверніть дитину на бік, поки вона не буде готова сісти без сторонньої допомоги.
- Заспокойте дитину словами та жестами, особливо якщо після нападу вона розгублена, налякана або дезорієнтована.
- Якщо в дитини встановлений діагноз «епілептичний синдром», дайте їй протисудомний засіб, згідно з призначенням.

**6.21.1 Фебрильні судоми**

Фебрильні судоми трапляються у 2–5% дітей віком від 6 місяців до 5 років, з піком у віці 12–18 місяців. У більшості випадків вони тривають від 3 до 5 хвилин.

- ≡ Фебрильні судоми не є небезпечними і не викликають пошкодження мозку.

**Анамнез і обстеження**

- Висока температура тіла
- Вірусна інфекція
- Нещодавня вакцинація
- Фебрильні судоми в сімейному анамнезі.

### Прості фебрильні судоми

- Короткий генералізований напад тривалістю < 15 хвилин
- Не повторюється протягом 24 годин
- Виникає під час гарячки, не спричиненої гострим захворюванням нервової системи
- Вік від 6 місяців до 5 років
- Відсутність неврологічних дефіцитів.

### Комплексні (складні) фебрильні судоми

- Фокальний або генералізований і тривалий судомний напад тривалістю > 15 хвилин
- Більше ніж один напад протягом 24 годин
- Неврологічні дефіцити після судом, напр., короткий період паралічу після нападу
- Неврологічні дефіцити в анамнезі.

### Дослідження

- Розгляньте доцільність проведення досліджень для визначення причин гарячки (с. 259)
- Візуалізація та ЕЕГ НЕ показані при простих фебрильних судамах
- Якщо дитині менше ніж один рік або в дитини в анамнезі наявні рецидивуючі тривалі судоми протягом останніх 24 годин — виключіть менінгіт (с. 264).

### Лікування

- ▶ Більшість фебрильних судомних нападів минають самостійно і тривають < 5 хвилин. Якщо вони тривають довше, дотримуйтеся алгоритму, визначеного у вставці 12 на с. 811.

**НЕ** призначайте профілактичну протисудомну терапію для запобігання фебрильним або афебрильним судамам.

- ▶ Заспокойте опікунів і проконсультуйте щодо:
  - Догляду за дитиною з високою температурою тіла в домашніх умовах (робоча пам'ятка 25, с. 258)
  - Відсутності небезпеки через фебрильні судоми (робоча пам'ятка 36, с. 530)
  - Дій під час судомного нападу (робоча пам'ятка 35, с. 528).

**Робоча пам'ятка 36. Фебрильні судоми****Фебрильні судоми**

Фебрильні судоми — це судоми, що виникають як реакція мозку на гарячку. Вони здаються тяжкими, але минають самостійно через декілька хвилин і не спричиняють проблем. Вони не означають, що в дитини є або розвинеться епілепсія.

Приблизно в 1 з 3 дітей, які мали фебрильні судоми, напад повториться, найвірогідніше через 6–12 місяців після першого випадку. Більшість дітей «переростають» фебрильні судомні напади у віці до 5 років.

Не існує жодних спеціальних заходів для профілактики фебрильних судом. Якщо в дитини підвищується температура ( $\geq 39^{\circ}\text{C}$ ) і це спричиняє дистрес, їй слід дати парацетамол (або ібупрофен).

Зверніться до лікаря, якщо дитина:

- Мала більше ніж один напад протягом 24 годин
- Сонлива або роздратована
- Має сильний головний біль або блювання

**Направлення**

Направляйте дитину до лікарні, якщо:

- У вас існують сумніви щодо діагнозу «фебрильні судоми».
- Це перший складний фебрильний напад (для обсервації після гострого епізоду та подальшого обстеження).
- У вас є підозри на менінгіт чи іншу серйозну причину лихоманки.

Направте дитину до спеціаліста, якщо напади часто повторюються.

**6.21.2 Епілепсія**

Діагноз «епілепсія» встановлюється, якщо два чи більше неспровокованих епілептичних напади відбуваються з інтервалом у більше ніж 24 години за відсутності хвороби, лихоманки або перенесених черепно-мозкових травм.

**Епілептичні синдроми**

З раннього дитинства до пізнього підліткового віку можуть розвиватися різноманітні епілептичні синдроми (таблиця 78).

**Таблиця 78. Епілептичні синдроми, поширені в дітей**

Епілептичні синдроми	Особливості
<b>Доброякісна роландична епілепсія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трапляється у 15% дітей з епілепсією</li> <li>• Починається у віці від 3 до 10 років</li> <li>• Локальні моторні судоми без втрати свідомості (зазвичай уночі)</li> <li>• Можуть перерости в генералізовані тоніко-клонічні судоми</li> <li>• Протиепілептичні препарати можуть не бути необхідними.</li> </ul>
<b>Дитяча абсансна епілепсія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Трапляється у 12% дітей з епілепсією</li> <li>• Починається у віці від 4 до 10 років</li> <li>• Дитина може не усвідомлювати оточення чи свої дії або дивитись «в нікуди» протягом декількох секунд</li> <li>• Добре піддається медикаментозному лікуванню</li> <li>• Діти можуть «переростати» синдром до 12 років.</li> </ul>
<b>Ювенільна міоклонічна епілепсія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Починається у віці від 12 до 18 років</li> <li>• Судоми можуть бути міоклонічними (у верхній частині тіла), генералізованими або абсансними</li> <li>• Може виникати після пробудження</li> <li>• Спричиняти судоми можуть втома, стрес і вживання алкоголю</li> <li>• Відповідає на медикаментозне лікування</li> <li>• Може продовжуватися в дорослому віці, але в такому випадку схильність до нападів буде незначною.</li> </ul>
<b>Інфантильні спазми</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Можуть виникнути протягом першого року життя</li> <li>• Короткі спазми (помикування) кластерами, що можуть уражати шию, руки, ноги або все тіло</li> <li>• Можуть порушувати довгострокову здатність навчатися та спричиняти проблеми з поведінкою.</li> </ul>

**Надання допомоги**

- ▶ Направляйте дитину до невролога для класифікації епілепсії та призначення лікування.

Діти та підлітки з епілепсією повинні жити нормальним життям, як і будь-які інші діти, дотримуючись певних заходів безпеки.

**Протиепілептичні засоби**

Метою лікування є відсутність судом без побічних ефектів препарату. У тяжких випадках група фахівців, яка займається лікуванням дитини, має знайти баланс між досягненням зменшення частоти нападів та обмеженням побічних ефектів ліків для забезпечення найвищої якості життя дитини та її родини.

- ▶ Дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування. Якщо можливо, використовуйте монотерапію.
- ▶ Регулярно оцінюйте побічні ефекти протиепілептичних препаратів у співпраці зі спеціалістом (таблиця 79).
- ▶ Моніторуйте рівень фенітоїну. Моніторуйте рівень концентрації інших протиепілептичних препаратів лише за наявності побічних ефектів або відсутності відповіді на лікування.
- ▶ У випадку відсутності відповіді на лікування оцінюйте також дотримання призначеного режиму.

**Таблиця 79. Протиепілептичні препарати та міркування щодо моніторингу**

Протиепілептичний препарат	Побічні ефекти	Моніторинг
<b>Карбамазепін</b>	Лейкопенія, двоїння в очах, летаргія, атаксія, висипання, гепатотоксичність	Загальний аналіз крові (ЗАК), рівень печінкових ферментів, рівень концентрації препарату лише за наявності клінічних проблем
<b>Клоназепам</b>	Толерантність, сонливість, збільшення ваги, надмірна слинотеча, когнітивні проблеми	—
<b>Етосуксимід</b>	Нудота, біль у животі	—
<b>Габапентин</b>	Летаргія, запаморочення, атаксія, висипання	—
<b>Ламотриджин</b>	Висипання, атаксія, двоїння в очах, головний біль	—
<b>Леветирацетам</b>	Зміна поведінки	—

Протиепілептичний препарат	Побічні ефекти	Моніторинг
<b>Окскарбазепін</b>	Сонливість, гіпонатріємія	Na <sup>+</sup> у сироватці крові
<b>Фенобарбітал</b>	Гіперактивність, висипання і синдром Стівенса-Джонсона, сонливість, когнітивні проблеми	Перевірка рівня концентрації препарату лише за наявності клінічних проблем
<b>Фенітоїн</b>	Гіперчутливість, гіпертрофія ясен, гірсутизм, атаксія, лімфаденопатія, висипання та синдром Стівенса-Джонсона, системний червоний вовчак	Перевірка рівня концентрації препарату, оскільки він збільшується не пропорційно до підвищення дозування
<b>Топірамат</b>	Летаргія, сплутаність свідомості, глаукома, поганий апетит, камені в нирках	—
<b>Вальпроєва кислота</b>	Гепатотоксичність, летальна форма некрозу печінки, збільшення ваги, тромбоцитопенія, панкреатит, гіперамоніємія (нудота)	ЗАК, рівень печінкових ферментів, рівень концентрації препарату лише за наявності клінічних проблем
<b>Вігабатрин</b>	Короткострокові: проблеми зі шлунково-кишковим трактом, втома, сплутаність свідомості Тривалі: дефекти поля зору, зміни поведінки.	Огляд очей і періодичне спостереження у спеціаліста.

### Консультування

- ▶ Консультуйте опікунів та дитину чи підлітка щодо міркувань безпеки відповідно до їхнього рівня розуміння ситуації (робоча пам'ятка 37). Наголошуйте на важливості регулярного прийому ліків і веденні здорового способу життя.
- ▶ Розробіть план дій разом з опікунами та дитиною чи підлітком із простими та чіткими інструкціями щодо того, що робити, якщо стався напад (робоча пам'ятка 35).

## **Робоча пам'ятка 37. Загальна безпека дітей і підлітків із епілепсією й судомами**

### **Загальна безпека дітей і підлітків із епілепсією й судомами**



#### **Батьки або опікуни дітей з епілепсією та судомами повинні:**

- Знати, що робити в разі нападу, і дотримуватися плану надання першої допомоги.
- Повідомити про діагноз усю родину та працівників школи. Переконатися, що будь-яка особа, яка здійснює догляд за дитиною, знає, що робити в разі нападу, має доступ до плану дій і будь-яких ліків, якщо це необхідно.
- Подумати про використання медичного ідентифікаційного браслета чи намиста для дитини чи підлітка.
- Зменшити нагрівання води вдома до 50 °С. Холодна вода має відкриватися першою. З цим може допомогти сантехнік.

#### **Діти та підлітки з епілепсією та судомами повинні:**

- Уникати будь-яких тригерів, що можуть спровокувати напад, таких як: стрес, недосипання чи мерехтливе освітлення у випадку дітей із фоточутливою епілепсією.
- Уникати активностей на висоті без належного нагляду.
- Плавати лише у присутності дорослого, який добре плаває.
- Бути особливо обережними під час взаємодії з гарячою водою чи предметами, що можуть спричинити опіки, напр., прасками, чайниками, духовками, мангалами, багаттями.
- Одягати шолом та захисне екіпірування при їзді на велосипеді чи скутері.
- Приймати душ замість ванни.
- Приймати ліки згідно з призначенням і ніколи не припиняти терапію без консультації з лікарем.

#### **Підліткам слід також:**

- Відмовитися від вживання алкоголю та інших психоактивних речовин, оскільки вони можуть викликати судомний напад і впливати на дію медичних препаратів.
- Дотримуватися національних рекомендацій при отриманні водійського посвідчення, напр., умови не мати нападів протягом певного періоду часу.

- ▶ Навчайте їх, як і коли вводити протисудомні засоби під час нападу (наприклад, мідазолам трансбукально).

## 6.22 Знижений тонус м'язів

Генералізована гіпотонія в немовлят виражається слабкістю м'язів. Гостра гіпотонія може бути ознакою серцевої недостатності, сильного зневоднення, сепсису або тяжкої інфекції. Гіпотонія, що продовжується протягом кількох тижнів або місяців, може бути ознакою неврологічних порушень.

### Анамнез

- Тривалість: гострий початок, триває тижнями або місяцями
- Перинатальний та пологовий, включаючи асфіксію, оцінка за шкалою Апгар
- Сімейний анамнез, напр., нервово-м'язові захворювання
- Відомі медичні стани, пов'язані зі слабкістю м'язів, напр., синдром Дауна, ДЦП
- Судоми в анамнезі
- Споживання їжі, напр., меду.

### Обстеження

У немовляти гіпотонія проявляється:

- Лежанням на спині в позі «жабки»
- Зменшенням спонтанних рухів
- Зменшенням опору м'язів при розтягуванні.

Проведіть фізикальний огляд включно з ретельним неврологічним оглядом. Перевіряйте наявність:

- Підвищення температури тіла
- Летаргії
- Затримки росту
- Шумів у серці (с. 362)
- Ознак зневоднення (с. 309)
- Дисморфічних особливостей
- Затримки моторного розвитку дитини (с. 73)
- Утворень, відчутних при пальпації живота.

Диференціюйте центральну та периферичну гіпотонію (таблиця 80), щоб звузати диференціальний діагноз (таблиця 81). Оцінюйте:

- М'язовий тонус: тест на стійкість до пасивного руху
- М'язову силу: спостерігайте за спонтанними рухами й можливістю рухати руками та ногами під впливом гравітації
- Рефлекси: глибокі сухожильні рефлекси, рефлекси новонароджених (с. 137), рефлекс Бабінські (інтенсивне штрихове подразнення бічного краю ступні. Рефлекс наявний, якщо великий палець ноги витягується, а решта пальців «стають віялом». Це нормально для немовлят, але не для дітей старшого віку).
- Відставання руху голови: підніміть немовля за руки з положення лежачи в положення сидячи, спостерігайте за головою та руками дитини під час цього маневру.

**Таблиця 80. Диференціація центральної та периферичної гіпотонії**

	Центральна гіпотонія	Периферична гіпотонія
<b>М'язовий тонус</b>	М'язовий тонус нижчий за м'язову силу	М'язова сила нижча за м'язовий тонус
<b>М'язова сила</b>	У нормі: активні рухи під впливом гравітації та повним спротивом	Відсутня або значно знижена
<b>Відставання руху голови</b>	Можливе певною мірою	Суттєве
<b>Глибокі сухожильні рефлекси</b>	Присутні	Відсутні (в нормі)
<b>Рефлекс Бабінські</b>	Позитивний	Негативний
<b>Рефлекси новонароджених</b>	Іноді стійкі	Відсутні
<b>Можливі причини</b>	<i>Захворювання центральної нервової системи, напр., дитячий церебральний параліч.</i>	<i>Нервово-м'язові захворювання.</i>

## Диференціальна діагностика

Таблиця 81. Диференціальна діагностика гіпотонії

Діагноз	Фактори на користь
<b>Гостра гіпотонія</b>	
<b>Серцева недостатність (с. 365)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хвороби серця або шуми в серці в анамнезі</li> <li>• Прискорене або уповільнене серцебиття</li> <li>• Збільшені вени шиї в дітей старшого віку</li> <li>• Збільшена печінка</li> <li>• набряк рук, щиколоток, обличчя</li> <li>• Дрібнобульбашкові вологі хрипи в основі легень.</li> </ul>
<b>Тяжке зневоднення (с. 309)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дратівливість, летаргія, зниження рівня свідомості, запалість очей, повільне розгладження шкірної складки.</li> </ul>
<b>Сепсис або інші гострі захворювання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Поганий зовнішній вигляд (летаргія, блідість, знижена взаємодія) без видимої причини</li> <li>• Гарячка, інші ознаки інфекції: дихальні розлади (пневмонія), петехіальні чи пурпурові висипи (менінгококові інфекції).</li> </ul>
<b>Інгагінація</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немовля чи дитина молодшого віку</li> <li>• Утворення в черевній порожнині</li> <li>• Блювання</li> <li>• Хворобливий вигляд</li> <li>• Раптові епізоди плачу/болю, що супроводжуються блідістю й слабкістю</li> <li>• Кров та слиз у фекаліях (пізня ознака).</li> </ul>
<b>Ботулізм у немовлят</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік від 3 тижнів до 6 місяців (часто збігається з початком введення в раціон твердої їжі)</li> <li>• 1–4 дні летаргії, труднощі з годуванням та закреп</li> <li>• При погіршенні стану відбувається втрата контролю тримання голови, симетрична слабкість м'язів тіла та обличчя</li> <li>• Периферична гіпотонія (таблиця 80).</li> </ul>
<b>Гіпотонія, що зберігається протягом декількох тижнів чи місяців</b>	
<b>Нервово-м'язові розлади, напр., спінальна м'язова атрофія, м'язові дистрофії, міопатії</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Найпоширеніша ознака: м'язова слабкість</li> <li>• Периферична гіпотонія (таблиця 80)</li> <li>• Аналогічні розлади в сімейному анамнезі</li> <li>• Інші симптоми відповідно до стану.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Дитячий церебральний параліч (с. 644)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передчасні пологи, ускладнення при пологах, вага при народженні &lt; 1 500 г, гіпоксично-ішемічна енцефалопатія (асфіксія при пологах) в анамнезі</li> <li>• Центральна гіпотонія (таблиця 80): гіпотонія тулуба та слабкий контроль тримання голови протягом перших місяців життя.</li> </ul>
<b>Генетичні синдроми</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дисморфічні особливості, напр., при синдромі Дауна (с. 638), синдромі Прадера-Віллі, ахондроплазії.</li> </ul>
<b>Ендокринні відхилення</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гіпоглікемія, вроджений гіпотиреоз (с. 185).</li> </ul>
<b>Вроджені порушення метаболізму (с. 184)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кровна спорідненість батьків, незрозумілі смерті братів чи сестер дитини, затримка внутрішньоутробного росту в анамнезі</li> <li>• Симптоми через кілька годин після народження нагадують інфекцію центральної нервової системи, сепсис або серцеву декомпенсацію з неспецифічними симптомами: погане годування, летаргія, гіпотонія, судоми, порушення дихання</li> <li>• Гіпоглікемія, ацидоз.</li> </ul>

## Дослідження

- Якщо дитина виглядає хворобливо при гострій гіпотонії — перевірте рівень глюкози в крові.
- Якщо дитина має відомий стан, пов'язаний із гіпотонією (таблиця 81) — додаткові дослідження для пояснення гіпотонії не потрібні.
- У разі виникнення гіпотонії, що триває протягом декількох тижнів без очевидної причини, направляйте дитину до спеціаліста для проведення подальших досліджень: візуалізації, метаболічного та генетичного досліджень, електроміограми, біопсії м'язів і нервів.

## Надання допомоги

Важливо ідентифікувати дітей із гострою гіпотонією, які мають серйозні стани й вимагають термінового направлення та лікування, та відрізнити їх від дітей, яким потрібне направлення до спеціаліста для діагностики та розробки плану лікування.

### **Допомога при гострих станах**

- ▶ Якщо дитина з гострою гіпотонією має хворобливий вигляд, терміново обстежте її, перевірте рівень глюкози та забезпечте відповідне лікування гострого стану (напр., гіпоглікемії, зневоднення); оцініть необхідність направлення для отримання спеціалізованої допомоги.
- ▶ негайно направляйте дитину до лікарні в разі сильного зневоднення, підозри на серцеву недостатність, сепсис або дитячий ботулізм (вимагає негайного введення антитоксину).

### **Довготривале лікування**

Лікування залежить від основної причини гіпотонії:

- ▶ Дотримуйтеся розробленого спеціалістом плану лікування та забезпечте регулярне спостереження залежно від стану.
- ▶ Дітям із хронічними захворюваннями необхідна допомога багатопрофільної команди, до складу якої входять фізіотерапевт, ерготерапевт та логопед.
- ▶ Можуть бути також необхідними різні форми підтримувальної терапії, такі як: використання гастростомічної трубки для годування, апарату ШВЛ, ортопедичних засобів для забезпечення мобільності.
- ▶ Вторинні деформації скелета є поширеними, їм важко запобігти навіть із застосуванням агресивних фіксаторів та інших ортопедичних втручань.
- ▶ Надзвичайно важливим є ранній початок фізіотерапії.

## 6.23 Тілесні ушкодження

6.23.1 Рани, порізи та садна	540
6.23.2 Тулі травми	544
6.23.3 Укуси тварин, у тому числі отрутних видів	544
6.23.4 Укуси та ужалювання комах	547
6.23.5 Опіки та ошпарювання	547
6.23.6 Травми голови	550
6.23.7 Розтягнення зв'язок	552
6.23.8 Вивих ліктьового суглоба	554
6.23.9 Переломи	554

**Більшості травм у дітей можна запобігти.** Див. розділ «Запобігання випадковим травмам» (с. 124–128), у якому міститься інформація для консультування з питань запобігання травмуванню у ДТП, опікам, падінням, отруєнням та утопленню.

**НАМАГАЙТЕСЯ НЕ** пропустити ознаки нехтування, неналежного поводження та знущань при огляді дітей із травмами. Оцінюйте, наскільки анамнез травми відповідає ушкодженню (с. 712).

### 6.23.1 Рани, порізи та садна

Діти часто отримують легкі (рани) та поверхневі (порізи і садна) травми. Надання допомоги при більшості таких ушкоджень можливе на рівні закладів первинної ланки. Травми можуть викликати сильну тривогу у членів сім'ї та дитини. Діти часто відчувають страх і біль. Батьки можуть перейматися через можливе рубцювання.

#### Анамнез

- Механізм травми
- Час травми
- Інші медичні проблеми, напр., хронічні медичні стани, імунодефіцит, діабет
- Прийом будь-яких препаратів, напр., стероїдів
- Статус імунізації проти правця
- Біль (шкала болю, с. 566).

Інформацію щодо укусів тварин див. на с. 544.

## Обстеження

Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800) перед оглядом будь-якої травми.

Ретельно обстежуйте:

- Поверхневі рани, які можуть супроводжуватися менш очевидними тяжкими травмами (втратою крові, травмою голови, навмисними самоушкодженнями)
- Глибокі проникні рани
- Рани, для яких існує підозра щодо наявності стороннього предмета всередині
- Рани, для яких існує підозра щодо ушкодження розташованих глибше структур.

Оцінюйте:

- Локалізацію, розмір та глибину травми:
  - Локалізація: травми шкіри голови, обличчя та кінчиків пальців спричиняють сильну кровотечу, але легко та швидко загоюються; існує більша ймовірність інфікування травм, розташованих у брудних ділянках, напр., на стопах
  - Розмір: визначає підхід до оброблення рани (накладання швів, нанесення клею чи накладання стерильного пластиру)
  - Глибина: обстежуйте всі рани на наявність ушкоджень розташованих глибше структур (кісток, нервів, судин, сухожиль та зв'язок).
- Пульс, швидкість наповнення капілярів, колір шкіри (блідість), температуру, відчуття та моторну функцію
- Ознаки інфікування ран: біль, набряк, почервоніння, відчуття тепла та виділення гною.

## Дослідження

- Рентген, якщо в рані наявні уламки скла. Після видалення уламка необхідно повторити рентген, щоб гарантувати відсутність залишків скла у рані.

## Лікування

- ▶ Зупиніть кровотечу (с. 830).
- ▶ Проведіть оцінювання болю та забезпечте знеболення (с. 564).

- ▶ Розгляньте доцільність застосування анксиолітичних препаратів, напр., 0,2 мг/кг діазепаму одноразово перорально чи мідазоламу.

### Запобігання інфікуванню

- ▶ Ретельно очищуйте всі рани, порізи та садна фізіологічним розчином та антисептичними засобами (10% розчином повідон-йоду чи 1,5% розчином хлоргексидину глюконату).
- ▶ За потреби здійсніть хірургічне оброблення для усунення часточок бруду (напр., шматочків дорожнього покриття чи гравію, що врізалися в рану) та будь-яких сторонніх предметів перед закриттям ран: проводьте інфільтрацію місцевого анестетика (лідокаїну 1% без епінефрину (адреналіну)) перед хірургічним обробленням.
- ▶ При більшості травм потреби у прийомі антибіотиків немає. Розглядайте доцільність застосування пероральних антибіотиків, таких як амоксицилін-клавуланат (інформацію про дозування див. у додатку 4), протягом 3 днів лише при ранах, для яких існує високий ризик інфікування: ранах, яким понад 12 годин, глибоких проникаючих ранах, напр., нанесених брудною палицею чи ножем, або ранах від укусів тварин.

### Лікування інфікованих ран

- ▶ При підозрі на наявність гною всередині рани здійсніть її розріз.
- ▶ Очистіть рану антисептичним засобом (10% розчином повідон-йоду чи 1,5% розчином хлоргексидину глюконату).
- ▶ Нещільно перев'яжіть рану вологою стерильною марлею: змінюйте пов'язки щодня або навіть частіше за потреби.
- ▶ Призначайте пероральне застосування 15 мг/кг клоксациліну 4 рази на добу при можливому інфікуванні *S. aureus* чи 25 мг/кг амоксицилін-клавуланату двічі на добу, доки не мине целюліт шкіри навколо ушкодження (зазвичай 5–7 днів), за наявності підозри щодо наявності бруду чи стороннього предмету в рані.

### Закриття рани

- ▶ Оцінюйте доцільність закриття рани. Вказівки та практичні поради щодо методів закриття, таких як накладання швів, тканинного клею або клейкого пластиру, див. у додатку 2.

**НЕ СЛІД** закривати забруднені чи інфіковані рани або рани, яким понад 12 годин (або понад 24 години у випадку ран на обличчі): залишайте їх відкритими для загоювання.

- ▶ Забезпечуйте використання відповідної пов'язки для уникнення ризику подальшого забруднення:
  - Рани на обличчі: зазвичай не потрібно прикривати.
  - Ушкодження кінчиків пальців: закривайте рану клейким пластиром (с. 876), міцним бинтом та забезпечуйте підняте положення ураженої кінцівки.
  - Інша локалізація: накладіть пов'язку, впевніться, що вона прилягає щільно, але не занадто туго.
  - Рана над суглобом: розгляньте доцільність знерухомлення за допомогою широкого еластичного бинта.
  - Садна: прикривайте неклеюкою пов'язкою. За наявності виділень із рани пов'язку слід змінювати кожні 24–48 годин.
  - Дуже поверхневі садна: залишайте відкритими та обробляйте антисептичним засобом (напр., повідон-йодом).

### Статус імунізації проти правця

- ▶ Забезпечуйте імунізацію проти правця:
  - Якщо основне щеплення проти правця не було проведене або було проведене більше ніж 5 років тому, введіть бустерну дозу вакцини проти правця.
  - За наявності ран, для яких існує високий ризик інфікування (напр., ран, контамінованих брудом, фекаліями, ґрунтом або слиною, опіків, глибоких колотих ран), та відсутності проведеного основного щеплення проти правця, вводьте також протиправцеву сироватку за наявності.

### Подальше спостереження

Просіть опікунів прийти на повторний прийом через 4–5 днів, перевіряйте рану на предмет інфікування (призначайте лікування відповідно до результатів обстеження) та забезпечуйте її очищення.

### Направлення

Направляйте дитину до спеціаліста за наявності:

- Ран, розташованих у проблемній ділянці (біля облямівки губ, повік) або в місцях, у яких слід уникати рубцювання, напр., на обличчі
- Ран, що вражають нігтьове ложе, з метою запобігання довгостроковим деформаціям росту нігтів
- Підозр щодо ушкодження структур, розташованих глибше за рану.

### 6.23.2 Тупі травми

У дітей поширеними є тупі рани, такі як синці (забиття) та гематоми, що виникають унаслідок прямого контакту тупого предмета з тілом. Синці виникають унаслідок скупчення крові під шкірою після травмування. Гематоми — це серйозніші, більші та глибші синці, що спричиняють біль та набряк.



Звертайте увагу на ознаки неналежного поводження з дітьми (с. 712): незвичні синці різної давності, розташовані в нехарактерних місцях, за відсутності належного пояснення.

#### Обстеження

Виключіть перелом (с. 554).

#### Лікування

- ▶ Рекомендуйте прикладання пакета з льодом протягом перших чотирьох годин. НЕ СЛІД прикладати лід безпосередньо до шкіри та тримати його протягом більш ніж 20 хв на годину.
- ▶ Рекомендуйте відпочинок протягом 24 годин та підняття ураженої кінцівки. За потреби призначайте милиці. **Примітка:** маленькі діти можуть відмовлятися використовувати милиці та лежати. НЕ СЛІД обмежувати рух силою, оскільки в будь-якому випадку дитина навряд чи може завдати собі ще більшої шкоди.

### 6.23.3 Укуси тварин, у тому числі отрутних видів

Діти часто зазнають укусів тварин. Можливі також укуси людини.

Усі глибокі укуси тварин (собак, котів, мавп) та людини слід лікувати як забруднені рани. Укуси людини та собак можуть призводити до інфікування рани анаеробними та аеробними бактеріями. Коти переносять у ротовій порожнині *Pasteurella multocida*, що може спричинити тяжкі інфекції. Укуси великих тварин, наприклад великих собак, можуть супроводжуватися обширними розчавленими ушкодженнями тканин, розташованих навколо місця укусу, а також ушкодженням кісток, розташованих глибше за рану.

#### Анамнез

- Тип укусу (тварини, людини)
- Розмір, походження та поведінка тварини (домашній чи бездомний пес, спровокований чи неспровокований напад)

- Подробиці інциденту
- Статус вакцинації тварини проти правця та сказу
- Статус вакцинації дитини проти правця.

### Обстеження

Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800).  
Промийте та огляньте рану. Перевіряйте наявність:

- Ушкоджень поверхневих та глибоких структур (судин, нервів, сухожилів, суглобів, кісток)
- Ознаки інфікування ран: біль, набряк, почервоніння, відчуття тепла та виділення гною.

### Дослідження

- Рентген при підозрі на перелом чи наявність стороннього предмета в рані.

### Лікування

- ▶ Проведіть оцінювання болю та забезпечте знеболення (с. 564).
- ▶ Розгляньте доцільність застосування анксиолітичних препаратів, напр., 0,2 мг/кг діазепаму одноразово перорально чи мідазоламу.
- ▶ За наявності показань введіть бустерну дозу вакцини проти правця та протиправцеву сироватку (с. 543).
- ▶ Забезпечте профілактику проти сказу (введення антирабічних вакцини й Ig) в разі наявності у тварини ознак сказу (ненормальної поведінки, паралічу, судом), у разі смерті тварини протягом наступних кількох днів або укусу дикої тварини (напр., кажана). Зв'яжіться з місцевим департаментом охорони здоров'я для отримання додаткових настанов.

### Закриття рани

- ▶ Очистіть рану фізіологічним розчином та антисептичним засобом (10% розчином повідон-йоду чи 1,5% розчином хлоргексидину глюконату).
- ▶ Оцініть потребу в хірургічному обробленні.
- ▶ Залишайте рани від укусу відкритими (за відсутності сильної кровотечі, яку необхідно зупинити).

- ▶ Якщо косметичний результат вторинного оброблення рани, ймовірно, буде незадовільним, направляйте дитину до пластичного хірурга для хірургічного оброблення та можливого первинного закриття рани.

### **Лікування інфікованих ран та антибіотикопрофілактика**

- ▶ При інфікованих ранах від укусів призначайте 25 мг/кг амоксицилін-клавуланату перорально двічі на добу протягом 5–7 днів.
- ▶ Проводьте антибіотикопрофілактику (25 мг/кг амоксицилін-клавуланату перорально двічі на добу протягом 3 днів) лише дітям із:
  - Укусами котів чи людини, унаслідок яких була порушена цілісність шкіри та відбувся крововилив
  - Ушкодженнями кісток, суглобів, сухожиль або судин
  - Глибокими ранами чи ранами з обширним ушкодженням тканин
  - Візуально забрудненими ранами.
- ▶ Розглядайте доцільність проведення антибіотикопрофілактики дітям із укусами тварин та людськими укусами в зонах високого ризику інфікування, таких як руки, стопи, обличчя, геніталії, а також дітям із імунodefіцитом.

**НЕ** призначайте антибіотики дітям із укусами тварин та людини, унаслідок яких не була порушена цілісність шкіри.

### **Направлення**

Направляйте дитину на операцію, якщо:

- Укус тварини розташований у проблемній ділянці (біля облямівки губ, повік) або в місцях, у яких слід уникати рубцювання, напр., на обличчі.
- Існує підозра щодо ушкодження структур, розташованих глибше за рану.

### **Подальше спостереження**

- Просіть опікунів привести дитину на повторний огляд через 2–3 дні або раніше в разі погіршення її стану.
- Оцінюйте рану на предмет інфікування та призначайте відповідне лікування (с. 542).

### 6.23.4 Укуси та ужалювання комах

Укуси усіх комах можуть викликати алергічні реакції. Ужалювання бджіл та ос часом призводять до тяжкої анафілактичної реакції. Часто невідомо, яка комаха здійснила укус чи ужалювання. Інформацію щодо укусів кліщів див. на с. 296; укусів змій, ужалювань отруйних риб та медуз — на с. 840.

#### Ознаки і симптоми

Проводьте оцінювання стану дитини за алгоритмом ABCDE (с. 800), перевіряйте наявність ознак анафілаксії (с. 814, с. 815) та в разі нестабільності стану терміново розпочинайте лікування.

Оглядайте місце укусу чи ужалювання на предмет наявності:

- Почервоніння та набряку навколо місця укусу чи ужалювання
- Свербіння, болю
- У разі тяжкої алергічної реакції перевіряйте наявність ознак анафілаксії: утрудненого дихання, свистячих хрипів, стридору, кропив'янки, набряку губ, язика та обличчя.

#### Лікування

- ▶ Видаліть жало, якщо воно залишилося в місці ужалювання.
- ▶ Рекомендуйте прикладання холодних вологих рушників чи пакетів з льодом для зменшення болю та набряку.
- ▶ Розглядайте доцільність призначення кортикостероїдного крему (с. 933) для знеболення.
- ▶ Призначайте парацетамол чи ібупрофен при сильному болю (с. 566).
- ▶ Розгляньте доцільність застосування анксиолітичних препаратів, напр., 0,2 мг/кг діазепаму разовою дозою чи мідазоламу (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ При свербінні рекомендуйте застосування зволожувального крему. Якщо свербіння не минає, призначайте пероральне застосування антигістамінного препарату, наприклад, 5 мг лоратадину один раз на добу для дітей вагою ≤ 30 кг та 10 мг лоратадину один раз на добу для дітей вагою > 30 кг (інформацію про дозування див. у додатку 4).

### 6.23.5 Опіки та ошпарювання

Опік — це реакція шкіри чи підшкірної клітковини на вплив високих температур, хімічних речовин, електроенергії чи радіації. Ошпарювання відбува-

ється внаслідок впливу гарячих рідин чи пари (70% випадків трапляється у дітей). Більшість легких опіків у дітей віком до 3 років стаються вдома, і їм можна запобігти (тези для консультування див. на с. 128).

### Обстеження

- Спершу оцініть стан дитини за алгоритмом ABDCE (с. 800) та забезпечте відповідне лікування.
- Оцініть локалізацію та глибину опіків (с. 832).
- Оцініть імовірність неналежного поведження з дитиною (с. 712).

### Направлення

Терміново направляйте дитину для отримання спеціалізованої допомоги за наявності:

- Опіків, які вражають неповну товщину шкіри й займають > 10% загальної площі тіла
- Глибоких опіків, що займають > 2% загальної площі тіла
- Опіків третього ступеня
- Опіків обличчя, кистей, сосків, геніталій, суглобів
- Інгаляційних травм
- Циркулярних опіків кінцівок
- Опіків, що поєднуються з іншими травмами
- Опіків унаслідок ураження струмом, у тому числі блискавкою
- Підозр щодо жорстокого поведження з дітьми
- Ознак синдрому токсичного шоку (рідкісне, серйозне ускладнення опіків): висипу з десквамацією, почервоніння шкіри, підвищення температури тіла та шоку
- Підозр щодо септицемії (с. 819).

### Лікування

- ▶ Інформацію щодо лікування тяжких та обширних опіків можна знайти на с. 831.
- ▶ Підставте обпечену ділянку під струмінь холодної води на п'ять хвилин або занурте її у прохолодну воду.

### **Очищення та перев'язування ран**

- ▶ Забезпечте належне знеболення перед процедурами (с. 569), такими як зміна пов'язки.
- ▶ У разі відсутності ушкоджень шкіри обережно очистіть її антисептичним розчином (напр., 0,25% розчином хлоргексидину) так, щоб не порушити її цілісність.
- ▶ За наявності ушкоджень шкіри здійсніть хірургічне оброблення опіку: протягом перших кількох днів обробляйте всі пухирі та здійснійте висікання прилеглих некротичних (мертвих) тканин за винятком дуже малих опіків.
- ▶ Застосовуйте мазі чи креми із вмістом місцевих антибіотиків, напр., сульфадіазин срібла.
- ▶ Перев'яжіть рану або залиште відкритими маленькі опіки чи опіки в ділянках, які складно прикрити, та підтримуйте їх у чистому та сухому стані.
- ▶ За наявності ознак місцевої інфекції (гною, неприємного запаху чи целюліту) призначайте пероральне застосування 25 мг/кг амоксициліну двічі на добу та 15 мг/кг клоксациліну 4 рази на добу (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ За наявності підозр щодо інфікування опіку під кіркою видаліть її.

### **Інші міркування**

- ▶ Перевіряйте статус вакцинації проти правця. За наявності показано вводьте бустерну дозу вакцини проти правця та протиправцеву сироватку (с. 543).
- ▶ Призначайте парацетамол чи морфін залежно від інтенсивності болю (с. 566).
- ▶ Оцінюйте потребу в застосуванні анксиолітичних препаратів, напр., 0,2 мг/кг діазепаму перорально один раз або двічі на добу чи мідазоламу (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ Запобігайте формуванню опікових контрактур (рубців від опіків на згинальних поверхнях) шляхом пасивної мобілізації уражених ділянок та знерухомилення згинальних поверхонь для підтримання їх у розігнутому положенні. Знерухомилення може здійснюватися за допомогою гіпсової пов'язки, яку слід надягати лише вночі.

## Подальше спостереження

- ▶ Забезпечуйте щоденне очищення та перев'язування ран та застосовуйте мазі чи креми, що містять місцевий антибіотик (напр., сульфадіазин срібла).
- ▶ За наявності показань забезпечуйте ранній початок психотерапії та реабілітації, у ході яких продовжуйте курс лікування опіків.

### 6.23.6 Травми голови

Травми голови часто стаються у дітей. Ступінь їхньої тяжкості може варіюватися від легких травм голови (дитина притомна, орієнтація не порушена) до тяжких травм голови, які можуть призводити до смерті. Поширеними проблемами є короткострокова сонливість та блювання один-два рази.

#### Анамнез

- Механізм та обставини травми
- Час травми
- Втрата свідомості (опис та тривалість)
- Здатність пригадати події до та після травми (амнезія)
- Сплутаність свідомості, сонливість
- Посттравматичні судоми
- Головний біль
- Блювання.

#### Обстеження

Оцініть стан дитини за алгоритмом ABDCE (с. 800) та забезпечте відповідну допомогу.

Проведіть фізикальний огляд включно з ретельним неврологічним оглядом. Перевіряйте:

- Неврологічний статус і рівень свідомості дитини за шкалою AVPU: притомність, реакція на голос, реакція на біль, втрата свідомості)
- Реакцію зіниць та рухливість очей (с. 489)
- Наявність рваних ран, кровотеч та синців на шкірі голови
- Наявність переломів чи деформацій черепа
- Наявність інших ушкоджень.

## ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

Розглядайте доцільність екстреного направлення до лікарні за наявності:

- Втрати свідомості чи втрати свідомості > 1 хв в анамнезі
- Судом
- Пре- та посттравматичної амнезії
- Сплутаності свідомості чи зміни психічного статусу
- Постійного блювання
- Локальних неврологічних ознак
- Проникаючих травм
- Ушкоджень очної впадини та рогівки
- Порізів губ та брів
- Травм губ та зубів, зокрема розривів
- Випуклого тім'ячка
- Постійної сонливості під час обсервації
- Підозр щодо навмисного нанесення травм
- Підозр щодо втиснутого перелому чи перелому основи черепа
- Витоку СМР або кровотеч із носа або вух
- Наявності травм голови в немовлят, що не ходять (при підозрі щодо неналежного поводження з дитиною).

## Дослідження

Проведення рентгену черепа дітям із травмами голови не показано на рутинних засадах.

## Лікування

- ▶ У разі легких травм голови (тривожні сигнали відсутні в анамнезі та не виявлені при фізикальному огляді):
  - Якщо причини для занепокоєння відсутні, і за результатами фізикального огляду не було виявлено жодних порушень: призначайте обсервацію та підтримувальну терапію в домашніх умовах (робоча пам'ятка 38). Запевніть опікунів, що більшість травм голови є легкими, а результати огляду їхньої дитини не викликають занепокоєння.
  - За наявності причин для занепокоєння (напр., ризикованого механізму травмування в дітей віком < 2 років чи разового блювання в дітей будь-якого віку): забезпечуйте кількогодинну обсервацію в закладі охорони здоров'я.

**Робоча пам'ятка 38. Домашній догляд за дитиною з травмою голови****Як доглядати за дитиною з травмою голови у домашніх умовах**

- Ретельно спостерігайте за дитиною вдома протягом 24 годин після травми голови.
- За бажання давайте дитині спати. Будіть дитину кожні 4–6 годин.
- Якщо дитина відчуває біль, у тому числі головний, дайте парацетамол або ібупрофен за потреби.
- Негайно зверніться до медичного закладу або найближчої лікарні в разі виникнення у дитини будь-якої із зазначених нижче ознак:
  - Більшої дратівливості, ніж зазвичай, сонливості або труднощів із пробудженням
  - Більш ніж одного епізоду блювання
  - Судом
  - Кровотечі чи будь-яких інших виділень із вух та носа
  - Поганої координації чи слабкості в руках або ногах
  - Незв'язної мови
  - Двоїння в очах або відмінностей у розмірі зіниць
  - Суттєвих змін поведінки
  - Тяжкого чи тривалого головного болю, який не зникає при прийомі парацетамолу чи ібупрофену.

- ▶ Рекомендуйте приймати парацетамол та ібупрофен для знеболення (с. 566).
- ▶ Консультуйте опікунів щодо забезпечення підтримувальної терапії в домашніх умовах і сигналів, за яких слід негайно звернутися по допомогу (робоча пам'ятка 38).

**6.23.7 Розтягнення зв'язок**

Розтягнення — це ушкодження м'яких тканин у результаті натягування чи розриву зв'язок, що підтримують суглоб (надп'яtkово-гомiлковий, променево-зап'ястковий, колінний). Травми щиколотки з інверсійним механізмом — поширене явище серед підлітків, які активно займаються спортом.

## Анамнез

- Механізм травми
- Локалізація травми, ступінь болю та набряку.

## Обстеження

Перевірте активну та пасивну мобільність. Поспостерігайте за дитиною під час гри чи руху кабінетом для оцінювання мобільності.

Виключіть перелом (с. 554).

Перевіряйте наявність у дитини ознак розтягнення:

- Болючості та набряку суглоба (надп'яtkово-гомiлкового, променево-зап'яtkового, колiнного)
- Можливих синців
- Травми щиколотки з iнверсiйним механiзмом: болю та набряку суглоба, що зчленовує основу проксимальної фаланги з п'ятою плесновою кiсткою.

## Лiкування

Зазвичай розтягнення зв'язок у дiтей швидко загоюються та потребують мiнiмального подальшого спостереження.

- ▶ Раннє знерухомлення.
- ▶ Метод RICE:
  - **R** [rest] — вiдпочинок — оцiнiть потребу в милицях у випадку розтягнення зв'язок щиколотки чи колiна. Тривале знерухомлення (> 1 тиждень) не рекомендоване
  - **I** [ice] — лiд — першi 2–3 днi прикладайте лiд до ураженого мiсця на 20 хв кожнi 4 години
  - **C** [compress] — стиснення — здiйснюється за допомогою звичайного чи еластичного трубочастого бинта
  - **E** [elevate] — пiдняття — забезпечуйте максимально пiдняте положення ураженої кiнцiвки для зменшення набряку.
- ▶ Рекомендуйте уникати iнтенсивного фiзичного навантаження одразу пiсля травми.
- ▶ Забезпечуйте знеболення вiдповiдно до iнтенсивностi болю (с. 564).

## Подальше спостереження

Після гострої фази важливе значення має реабілітація. Призначайте вправи для мобільності чи розгляньте доцільність направлення до фізіотерапевта.

### 6.23.8 Вивих ліктювого суглоба

Поширена травма в дітей віком 1–4 роки. Вивих ліктювого суглоба трапляється, коли дитину хапають, тягнуть чи різко смикають за руку або коли дитину розгойдують, тримаючи за руки. Унаслідок цього головка променевої кістки вислизає з кільцевої зв'язки.

#### Анамнез і обстеження

- Вивих ліктювого суглоба в анамнезі
- Дитина тримає руку в дещо зігнутому положенні
- Біль виникає лише при русі ліктем.

#### Дослідження

Рентген не є необхідним, якщо механізм травми є відомим.

#### Лікування

Головку променевої кістки можна легко та швидко вправити. Маневр здійснюється з супінацією та повільним згинанням ліктя:

- ▶ Натисніть на головку променевої кістки.
- ▶ Здійсніть супінацію передпліччя.
- ▶ Зігніть лікоть, зберігаючи супіноване положення передпліччя.



**Маневр із супінацією/флексією для вправлення вивиху ліктювого суглоба**

### 6.23.9 Переломи

Переломи трапляються у 50% хлопчиків та у 25% дівчат віком до 16 років. Кістки дітей відрізняються від кісток дорослих, тож переломи в дітей мають свою специфіку.

**НАМАГАЙТЕСЯ НЕ** пропустити ознаки неналежного поводження з дитиною. Оцінюйте, наскільки повідомлений механізм травми відповідає ушкодженню (с. 713).

Травми, отримані внаслідок значного силового впливу (напр., під час ДТП), слід вважати серйозними, доки не буде доведено протилежне.

## Анамнез

- Механізм травми
- Локалізація травми, ступінь болю та набряку.

## Обстеження

Оцініть стан дитини за алгоритмом ABDCE (с. 800) та забезпечте відповідну допомогу.

Визначте діапазон рухів:

- Оцініть рухливість суглобів, розташованих вище та нижче за місце травми (якщо біль не є надто сильним).
- Спершу оцінюйте здатність виконувати активні рухи, потім — пасивні.
- Спостерігайте за дитиною під час руху кабінетом.

Оцінюйте наявність ушкоджень сухожиль і кісток (рухливості) та нервів (відчуттів). Перевіряйте наявність:

- Набряків та синців над кісткою
- Деформацій
- Болю в ушкодженій ділянці, що посилюється при русі чи натисканні
- Зміщень
- Змін шкіри
- Закритого (шкіра неушкоджена) чи відкритого перелому (рани на шкірі, розташованій над кісткою)
- Ран (їх поширення, глибина)
- Обмеженої рухливості та втрати функцій в ушкодженій ділянці, напр., відмови переносити вагу на ушкоджену стопу, щиколотку чи ногу. У маленьких дітей єдиною ознакою травми може бути порушення нормального функціонування кінцівки.

Здійсніть пальпування для визначення:

- Місця максимальної болючості (ймовірне місце перелому)
- Очевидних переломів чи порушень положення кістки
- Відчуттів
- Пульсу, швидкості наповнення капілярів.

### Дослідження

Рентген показаний при будь-яких травмах кісток.

### Лікування і направлення

- ▶ Завчасно зніміть кільця з уражених рук та пальців за наявності набряку.
- ▶ Якщо існує ймовірність набряку, розташуйте кінцівку в піднятому положенні, напр., за допомогою підтримувальної пов'язки (с. 877).
- ▶ Проведіть оцінювання болю та забезпечте знеболення (с. 564).
- ▶ Оцінійте потребу в застосуванні анксиолітичних препаратів, напр., 0,2 мг/кг діазепаму разовою дозою чи мідазоламу (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ Подальше специфічне лікування залежить від типу перелому. Див. наступні розділи.
- ▶ Реабілітація є важливою складовою лікування: розглядайте доцільність направлення дитини на фізіотерапію.

### Переломи дистального відділу променевої кістки

Один із найпоширеніших типів переломів у дітей та підлітків.

- Падіння на витягнуту руку в анамнезі
- Може супроводжуватися легким набряком чи сильною деформацією кінцівки.
- ▶ Прості переломи потребують накладення шини та подальшого спостереження в ортопеда.
- ▶ За наявності ознак зміщень чи викривлень під кутом **негайно направ-  
ляйте дитину до хірурга-ортопеда чи хірурга-травматолога.**

### Компресійний веретеноподібний перелом

Кірковий шар кістки прогинається без очевидного порушення цілісності.

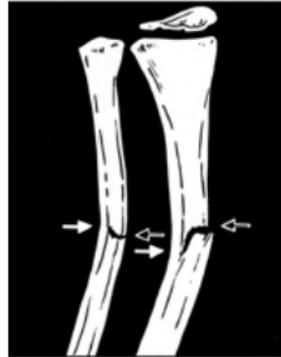
- Падіння на витягнуту руку в анамнезі
- Мінімальна деформація

- Набряк та болючість у місці перелому.
- ▶ Знерухомлення (накладення гіпсу чи шини) на 4–6 тижнів.

### Перелом по типу «зеленої гілки»

Спостерігаються порушення цілісності кіркового шару кістки з одного боку та його прогинання з іншого.

- Біль, набряк та болючість
- Деформація (згинання чи скручування) ураженої кінцівки.
- ▶ Знерухомлення (накладення гіпсу чи шини) на 4–6 тижнів.



**Перелом по типу «зеленої гілки»**

### Епіфізарні переломи

У середньому дитячому віці епіфізарні пластинки (пластинки росту) можуть стати слабкими та схильними до переломів.

- Біль та болючість при натисканні на пластинку росту
- Нездатність рухати ураженою кінцівкою чи переносити вагу на неї.
- ▶ Направляйте дитину до хірурга-ортопеда чи хірурга-травматолога.

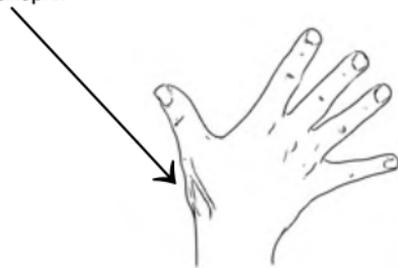
### Перелом човноподібної кістки кисті

Може трапитися одразу після звапіння човноподібної кістки кисті (у дітей віком > 9 років). **При невиявленні** існує ризик незрощування перелому та аваскулярного некрозу.

- Болючість у ділянці анатомічної табакерки



**Гіпс при переломі човноподібної кістки кисті**



**Анатомічна табакерка**

- Біль у зап'ястку при стисканні великого пальця
- Біль при пасивному відхиленні зап'ястка в напрямку променевої чи локтєвої кістки.
- ▶ Направляйте дитину на рентген: переломи човноподібної кістки кисті можуть не виявлятися протягом 14 днів із моменту травмування.
- ▶ При підозрі на перелом човноподібної кістки кисті накладіть гіпс або направте дитину до хірурга-ортопеда.

### Спіральний перелом великогомілкової кістки в дітей молодшого віку

Специфічний тип перелому діафізу великогомілкової кістки.

- Трапляється в дітей віком до 2 років, які вчаться ходити.
- Часто відсутні травми в анамнезі.
- Може проявлятися як відмова переносити вагу на уражену кінцівку.
- ▶ Знерухомлення протягом 3 тижнів шляхом накладення довгої гіпсової пов'язки по всій довжині ноги з зігнутим положенням коліна, після цього накладення на 2 тижні короткої гіпсової пов'язки, пристосованої до ходьби.
- ▶ Оцініть ймовірність неналежного поведження з дитиною (с. 712) за наявності синців, набряку, інших ознак травми.

### Переломи кистей та пальців рук

Діти та підлітки можуть отримати перелом пальців рук унаслідок падіння на витягнуту руку під час занять спортом. У ході першої бійки дитина або підліток може отримати перелом діафізу п'ятої п'ястної кістки.

- Падіння на витягнуту руку, перша бійка чи ушкодження під час занять спортом в анамнезі
- Деформація, набряк рук чи пальців рук
- Перелом діафізу п'ястної кістки: вдавнений суглоб п'ятої п'ястної кістки при огляді напівзігнутих пальців руки.
- ▶ Прості переломи (тріщини) кісток пальців рук без зміщення: зафіксуйте ушкоджений палець (с. 876), рекомендуйте відпочинок та підтримання піднятого положення руки.

### Переломи стоп та пальців ніг

Підлітки, які активно займаються спортом, можуть отримати стресові переломи плеснових кісток. У дітей часто трапляються переломи пальців ніг. Найчастіше ушкоджень зазнають великі пальці ніг.

Виключіть травми (розтягнення) щиколотки з інверсійним механізмом (с. 552).

- ▶ Прості переломи (тріщини) кісток II–IV пальців ніг без зміщення: зафіксуйте ушкоджений палець (с. 876), рекомендуйте відпочинок та підтримання піднятого положення стопи.

## 6.24 Сторонні предмети

### 6.24.1 Сторонні предмети у вусі, носі чи м'яких тканинах

#### Сторонній предмет у вусі (зовнішньому слуховому проході)

##### Анамнез і обстеження

- Біль, наявність виділень, зниження гостроти слуху на одне вухо.

##### Лікування і направлення

- ▶ Видаліть сторонній предмет чи направте дитину до лікарні, якщо він перебуває занадто глибоко у слуховому проході.

#### Наявність стороннього предмета в носі

##### Анамнез і обстеження

- Наявність свідків введення стороннього предмета в ніс в анамнезі
- Односторонні виділення з неприємним запахом або кровотеча з носа (при тривалому перебуванні стороннього предмета в носі).

##### Лікування

- ▶ Якщо сторонній предмет можна побачити, видаліть його за допомогою:
  - Позитивного тиску (у випадку повної непрохідності ніздрі):
    - Дітей старшого віку попросіть всякаться, при цьому неушкоджена ніздря та рот мають бути закритими.
    - У випадку дітей молодшого віку попросіть опікуна:
      1. Посадити дитину боком на коліна так, щоб уражена ніздря була притиснута до грудей.
      2. Закрити неушкоджену ніздю пальцем.
      3. Закрити рот дитині своїм ротом та зробити короткий різкий вдих повітря в рот дитини (сила повітря, що проходить через носоглотку, змушує сторонній предмет опуститися вниз і вийти з ніздрі).
  - Щипців (гостроконечних або типу «алігатор»), пінцета (якщо з його допомогою можна схопити сторонній предмет) чи частково розігнутої кан-

## СТОРОННІ ПРЕДМЕТИ

целярської скріпки (якщо можливо завести дротяну петлю за сторонній предмет) за умови, що він не перекидає прохідність ніздрі.

- Відсмоктування.

### Направлення

- Направляйте дитину до спеціаліста, якщо вам не вдається видалити сторонній предмет або ви не у змозі побачити його.
- Терміново направляйте дитину до спеціаліста в разі впирання кнопкових батарейок або магнітів у носову перегородку для негайного їх видалення.
- При потраплянні інших сторонніх предметів у ніс направлення до спеціаліста здійснюється за необхідності.

### Потрапляння стороннього предмета у м'які тканини

#### Анамнез і обстеження

- Може спостерігатися в дітей із ушкодженнями м'яких тканин.

#### Лікування і направлення

- ▶ Видаліть сторонній предмет, якщо його можна легко побачити. Перед видаленням переконайтеся, що сторонній предмет не розташований біля критичних структур (магістральних судин, нервів).
- ▶ Направляйте дитину до спеціаліста у випадках, коли сторонній предмет проник глибоко, або його складно видалити чи побачити.

## 6.24.2 Сторонні предмети в горлі та дихальних шляхах



Інформацію щодо удавлення див. на с. 800.

### Потрапляння стороннього предмета в горло

#### Анамнез і обстеження

- Ковтання гострих предметів (напр., кістки) в анамнезі
- Відчуття застрягання стороннього предмета в горлі.

### Лікування і направлення

- ▶ Пам'ятайте про можливість УДАВЛЕННЯ. Забезпечте оцінювання за алгоритмом ABCDE (с. 800) та надання відповідної допомоги.
- ▶ Якщо стан дитини стабільний, огляньте горло (за потреби використовуйте лідокаїн у формі спрею чи шпатель для язика для кращої візуалізації).
- ▶ Якщо предмет видно, використовуйте щипці Тіллея для його видалення.
- ▶ Якщо предмет не видно чи його видалення утруднене, направляйте дитину до спеціаліста.

### Потрапляння стороннього предмета у верхні дихальні шляхи (гортань)

У верхні дихальні шляхи можуть потрапляти сторонні предмети різного розміру, від арахісу й намистинок до більших предметів. Як правило, це трапляється з дітьми дошкільного віку.

### Анамнез і обстеження

- Раптова поява кашлю в анамнезі
- Предмет видно на серединній лінії тіла
- Стридор
- Позиви до блювання
- Удавлення
- Дитина раптово стала тихо поводитися.

### Лікування і направлення

- ▶ Пам'ятайте про можливість УДАВЛЕННЯ. Забезпечте оцінювання за алгоритмом ABCDE (с. 800) та надання відповідної допомоги.
- ▶ Якщо удавлення відсутнє, але наявні відповідні клінічні ознаки (напр., стридор), терміново направляйте дитину на ларингоскопію чи бронхоскопію.

### Потрапляння стороннього предмета в нижні дихальні шляхи

У випадку вдихання більшість сторонніх предметів досягають бронхів, зазвичай правого гемітораку.

### Анамнез і обстеження

- Раптова поява кашлю в анамнезі, позивів до блювання, удавлення в анамнезі
- Утруднене дихання, западання грудної клітки
- Локалізоване хрипіння чи зменшення надходження повітря при аускультатції легень.

Крім того, можливість аспірації стороннього предмета слід розглядати за наявності:

- Кашлю, що триває кілька тижнів (с. 196), хрипіння (с. 217), пневмонії (с. 208), що не відповідає на стандартне лікування, чи емпієми.

### Лікування і направлення

- ▶ Забезпечте оцінювання за алгоритмом ABCDE (с. 800) та надання відповідної допомоги.
- ▶ Направте до спеціаліста для подальшого обстеження та лікування (проведення бронхоскопії).

## 6.24.3 Проковтування стороннього предмета

### Анамнез і обстеження

- Проковтування сторонніх предметів в анамнезі
- У разі застрягання у стравоході: слинотеча, біль та утруднене ковтання.

### Лікування і направлення

Більшість проковтнутих сторонніх предметів проходять через стравохід і виходять із фекаліями (зазвичай протягом 24–48 годин).

- ▶ Не призначайте проносні чи природні засоби, оскільки вони можуть завдати шкоди.
- ▶ Користуйтеся описаним нижче алгоритмом для усунення проковтнутих сторонніх предметів.
- ▶ Інформацію щодо проковтування кнопкових батарейок див. нижче.

### Кнопкові батарейки

Кнопкові батарейки (маленькі, пласкі батарейки, що використовуються в годинниках та інших електронних приладах) становлять значну небезпеку для маленьких дітей. Їх проковтування може призвести до ускладнень, що загрожують життю. Батарейка, що застрягла у стравоході, може спричинити тяжкі опіки протягом усього 2 годин перебування в організмі.

**Алгоритм надання допомоги в разі проковтування стороннього предмета****Дослідження**

- **Терміново** направляйте дитину на рентген для визначення локалізації кнопкової батарейки.

**Лікування і направлення**

- ▶ У разі відсутності симптомів при ранній діагностиці ( $\leq 12$  годин після проковтування) та розташуванні батарейки поза межами стравоходу попросіть опікунів перевіряти наявність батарейки у фекаліях. По-

вторіть рентген через 7–14 днів. Направляйте дитину до лікарні, якщо батарейка не вийшла з організму.

- ▶ Терміново направляйте дитину до лікарні в разі:
  - Неможливості проведення рентгену
  - Застрягання батарейки у стравоході для термінового ендоскопічного усунення (бажано протягом перших 2 годин)
  - Затримки в діагностиці (> 12 годин із моменту проковтування), навіть якщо батарейка минула стравохід: необхідне проведення подальших досліджень (ендоскопії, комп'ютерної томографії (КТ)) для виключення наявності пошкоджень стравоходу та судин навіть за відсутності симптомів.

## 6.25 Біль

Біль — це неприємне чуттєве та емоційне переживання, пов'язане з фактичним або потенційним ушкодженням тканин. Важливо знати, як оцінювати біль та забезпечувати знеболення в таких випадках:

- Гострий біль при невідкладних станах (напр., при обширних опіках) чи станах, що потребують термінового направлення до спеціаліста (напр., при перекруті яєчка)
- Гострий біль (біль, що триває < 3 місяці), пов'язаний із медичними станами, напр., гострим середнім отитом
- Хронічний біль (біль, що не минає чи повторно з'являється протягом > 3 місяців)
- Наявна довгострокова потреба у знеболенні у дітей, напр., при серповидноклітинній анемії
- Біль на кінцевому етапі життя (див. інформацію про паліативну допомогу на с. 733)
- Знеболення при процедурах (с. 569).

### Оцінювання

Оцінюйте біль для визначення його природи, інтенсивності та відповіді на лікування. Невербальні ознаки болю в дітей молодшого віку:

- Підвищена потреба в увазі
- Незвично тиха поведінка
- Неспокій
- Скиглення
- Плач

- Заціпеніння немов від страху
- Летаргії
- Дратівливість, неможливість заспокоїти
- Незвичне положення тіла
- Небажання рухатися
- Крик
- Агресивність.

Характеристики болю:

- Місце (локалізація)
- Іррадіація (поширення)
- Інтенсивність (використовуйте відповідну шкалу болю, с. 566)
- Початок
- Характер: різучий, колючий, тупий, пекучий
- Тривалість, частота епізодів
- Фактори, що посилюють та полегшують біль
- Занепокоєння щодо болю та його впливу на дитину.

Вплив болю на показники життєдіяльності:

- Прискорення частоти серцевих скорочень
- Можливе прискорення чи сповільнення частоти дихання
- Підвищення артеріального тиску під час гострих нападів болю
- Зниження SpO<sub>2</sub> під час гострих нападів болю.

У дітей та підлітків із хронічним болем:

- Вплив болю на повсякденне життя, зокрема, на відвідування школи, заняття спортом та іншими видами діяльності, соціальні відносини.

## Шкала вимірювання болю

Використовуйте схвалену педіатрами шкалу для визначення сили болю, таку як **шкала Вонга-Бейкера** чи **шкала сходинок знеболення**, від 0 (відсутній) до 10 (нестерпний).



## Знеболення

Мета знеболення — полегшити, контролювати та попередити біль у будь-яких ситуаціях. Неконтрольований біль матиме домінуючий вплив на життя дитини та сім'ї.

Знеболення зазвичай здійснюється за допомогою анальгетиків, таких як парацетамол або ібупрофен; за потреби забезпечуйте знеухомлення; батьки чи опікуни повинні відволікати, заспокоювати та втішати дитину.

- ▶ За можливості слід лікувати основну причину болю.
- ▶ Слід регулярно давати дитині анальгетики (по годинах), щоб не допустити повторення епізодів сильного болю.
- ▶ Застосовуйте препарат найбільш підходящим, простим, ефективним та найменш болісним способом: за можливості перорально. За можливості уникайте ін'єкцій та інфузій, оскільки вони можуть бути болісними, а ефект від в/м лікування може наступати із затримкою.
- ▶ Підбирайте дозу відповідно до індивідуальних потреб кожної дитини та поступово титруйте її, щоб забезпечити належне знеболення (особливо при застосуванні морфіну). Проривний біль потребує додаткових препаратів та може варіюватися за інтенсивністю.
- ▶ Навчайте опікунів давати дитині знеболювальні засоби.

- ▶ Кожні 2–3 дні здійснюйте повторне оцінювання необхідності та ефективності знеболення залежно від змін в інтенсивності болю.
- ▶ Попереджайте, розпізнавайте та лікуйте побічні ефекти анальгетичних засобів, такі як закреп, свербіж, запаморочення, нудота.

### **Призначення анальгетиків на основі інтенсивності болю**

Забезпечуйте знеболення у два етапи залежно від того, чи є біль слабким або помірним чи сильним, застосовуючи такі препарати:

#### **Слабкий біль (0–3)**

- ▶ Дітям віком > 3 місяців, які можуть приймати ліки перорально, призначайте 10–15 мг/кг парацетамолу кожні 4–6 год або нестероїдні протизапальні препарати, зокрема, 5–10 мг/кг ібупрофену кожні 6–8 год.
- ▶ Немовлятам віком ≤ 3 місяців давайте лише парацетамол.

**НЕ** призначайте аспірин (ацетилсаліцилову кислоту) дітям віком до 16 років через ризик розвитку синдрому Рея.

**Помірний (4–6) або сильний (7–10) біль** та біль, що не відповідає на лікування зазначеними вище препаратами:

- ▶ Можна використовувати сильніші анальгетики, якщо вони доступні у ваших умовах.
- ▶ Застосовуйте морфін перорально чи в/в кожні 4–6 год або безперервною в/в інфузією. Розраховуйте **точну** дозу на основі маси тіла дитини. Інформацію про дозування див. у додатку 4. Щойно біль узято під контроль шляхом в/в введення морфіну, слід призначати ефективну пероральну дозу морфіну з уповільненим виділенням.
- ▶ У разі розвитку толерантності до морфіну збільшуйте дозу, щоб підтримувати той самий ступінь знеболення.
  - Призначайте проносні засоби, якщо лікування морфіном триває понад 2 дні (с. 352).
  - У разі застосування морфіну при хронічному болю слід пам'ятати про можливість розвитку залежності.



Уважно моніторуйте стан дитини, оскільки застосування морфіну може призводити до пригнічення дихання.

## Ад'ювантні препарати

Такі препарати часто призначають для знеболення самостійно чи в поєднанні із зазначеними вище анальгетиками. Зокрема, застосовуються:

- Діазепам при м'язових спазмах
- Карбамазепін при невралгічних болях
- Кортикостероїди (такі як дексаметазон) при болях, викликаних запальним набряком, що тисне на нерв.

## Немедикаментозні методи знеболення

Немедикаментозні методи можуть допомогти мінімізувати біль та зменшити стрес і тривожність.

- ▶ Консультуйте опікунів щодо методів знеболення та зменшення пов'язаних із болем стресу та тривожності вдома (робоча пам'ятка 39).
- ▶ Дітям із хронічним болем можуть знадобитися психологічна допомога шляхом когнітивно-поведінкової терапії та супутні втручання (терапія прийняття та відповідальності, поведінкова й аутогенна терапії).

### Робоча пам'ятка 39. Надання допомоги при болю в домашніх умовах

#### Як допомогти дитині при болю в домашніх умовах



- Не залишайте дитину, яка страждає від болю, на самоті.
- Прислухайтеся до дитини та покажіть, що її потреби важливі.
- Забезпечте знайомі і затишні умови та не забирайте в дитини її улюблених речей, напр., м'яких іграшок.
- Подбайте про комфорт дитини (напр., зменшіть шум).
- Гладьте, обіймайте, носіть дитину, годуйте грудьми, тримайте її на руках або зробіть їй легкий масаж.
- Прикладайте гарячі чи холодні компреси (напр., вологу тканину) до місця локалізації болю.
- Наявність руху повітря у приміщенні часто полегшує біль.
- У жодному разі не примушуйте дитину їсти. Можуть бути корисними невеликі здорові перекуси.
- Спробуйте відволікти дитину, наприклад, грою, музикою чи історією.

## Направлення

- Направляйте дитину до спеціаліста, якщо біль залишається неконтрольованим попри застосування стандартного двоетапного знеболення.
- Розгляньте доцільність направлення до спеціалістів дітей із хронічним болем або болем, який складно контролювати, зокрема, для надання паліативної допомоги та психосоціальної підтримки.

## Знеболення при процедурах

При болючих ураженнях шкіри чи слизових оболонок або під час болісних процедур використовуйте один із зазначених нижче місцевих анестетиків (с. 932):

- ▶ Лідокаїн, прилокаїн: застосовуйте на неуразеній шкірі перед проведенням болісних процедур.
- ▶ Лідокаїн, епінефрин (адреналін), тетракаїн (LAT): наносьте на марлеву серветку та прикладайте до відкритих ран; особливо корисно під час накладення швів. Застосовуйте з обережністю в немовлят молодшого віку через потенційну системну абсорбцію (прикладайте не довше ніж на 20 хвилин).
- ▶ Проводьте місцеву інфільтрацію 3 мг/кг лідокаїну чи 0,5–2,5 мг/кг бупівакаїну.

Новонародженим та немовлятам:

- ▶ Проводьте болісні процедури, такі як імунізація чи взяття крові, паралельно з годуванням грудьми, смоктанням грудей для заспокоєння чи застосуванням сахарози
- ▶ (0,5 мл 24% розчину сахарози перорально чи на язик для смоктання за 2 хв до процедури). Використовуйте мінімальний об'єм, необхідний для знеболення, та за потреби повторюйте дозу. Максимальна доза на процедуру — 2 мл.

## 6.26 Проблеми з ростом і набором ваги

<b>6.26.1 Недоїдання, надмірна худорлявість чи сповільнення росту</b>	<b>571</b>
<b>6.26.2 Надмірна вага та ожиріння</b>	<b>576</b>
<b>6.26.3 Низькорослість</b>	<b>579</b>
<b>6.26.4 Високорослість</b>	<b>582</b>

Батьки часто мають занепокоєння щодо росту, ваги чи харчової поведінки дитини. Зокрема, може йтися про надмірну худорлявість (с. 571), надмірну вагу (с. 576), низькорослість (с. 579), високорослість (с. 582) або затримку статевого розвитку чи його ранній початок (с. 754).

### Оцінювання росту

Вимірюйте вагу та зріст або довжину тіла дитини (с. 23) та оцінюйте різні параметри харчування (співвідношення ваги і зросту/довжини тіла, зросту/довжини тіла і віку, ІМТ і віку) для визначення харчового статусу дитини відповідно до її віку (таблиці 82 та 83). Див. Стандарти ВООЗ щодо росту дітей (додаток 3). Моніторинг ваги та зросту є частиною кожного планового профілактичного огляду (див. розділ 3).

**Таблиця 82. Визначення харчового статусу дітей віком < 5 років**

Порівняння зі Стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо росту дітей	Вага для зросту/ довжини тіла чи індексу маси тіла для віку	Зріст/довжина тіла для віку
> + 3 стандартні відхилення (СВ)	Ожиріння	–
> + 2 СВ	Надмірна вага	–
≥ – 2 СВ та ≤ + 2 СВ	У нормі	У нормі
< – 2 СВ та ≥ – 3 СВ	Гостре недоїдання/ виснаження середньої тяжкості	Хронічне недоїдання/ затримка росту середньої тяжкості
< – 3 СВ	Тяжке гостре недоїдання/ виснаження	Тяжке хронічне недоїдання/затримка росту

**Таблиця 83. Визначення харчового статусу дітей віком  $\geq 5$  років**

Порівняння зі Стандартами Всесвітньої організації охорони здоров'я щодо росту дітей	Індекс маси тіла для віку в дітей
$> + 2$ стандартні відхилення (СВ)	Ожиріння
$> + 1$ СВ	Надмірна вага
$\geq - 2$ СВ та $\leq + 1$ СВ	У нормі
$< - 2$ СВ та $\geq - 3$ СВ	Дефіцит маси тіла
$< - 3$ СВ	Тяжкий дефіцит маси тіла

Зверніть увагу, що СВ і z-показник вживаються синонімічно.

### 6.26.1 Недоїдання, надмірна худорлявість чи сповільнення росту

У дітей віком до 5 років:

- **Недоїдання середньої тяжкості** визначається як співвідношення ваги і довжини тіла/зросту чи ІМТ й віку в межах  $< - 2$  СВ та  $\geq - 3$  СВ.
- **Тяжке недоїдання** визначається як співвідношення ваги і довжини тіла/зросту чи ІМТ і віку  $< - 3$  СВ.
- Розглядайте доцільність вимірювання окружності середньої частини плеча в дітей для виявлення важкого недоїдання та недоїдання середньої тяжкості в дітей молодшого віку, особливо тих, що мають набряки.

Діти віком  $\geq 5$  років:

- **Дефіцит маси тіла** визначається як співвідношення ІМТ і віку в межах  $< - 2$  СВ та  $\geq - 3$  СВ.
- **Тяжкий дефіцит маси тіла** визначається як співвідношення ІМТ і віку  $< - 3$  СВ.
- **Сповільнення росту** характеризується повільнішим темпом збільшення ваги або зросту чи набору ваги, ніж передбачено для відповідних віку і статі. Лінія росту дитини на відповідному графіку проходить нижче за очікувану лінію через деякий час. Сповільнення росту може бути спричинене низкою гострих захворювань чи появою проблем із харчуванням.

## Анамнез

### Новонароджені та немовлята

- Фактори, які можуть бути пов'язаними зі сповільненням росту:
  - Передчасні пологи
  - Інші вроджені вади чи перинатальні захворювання
  - Проблеми з розвитком нервової системи
  - Післяпологова депресія та тривожність у матері в анамнезі
  - Рецидивуючі інфекції.
- Історія годування або харчування:
  - Грудне вигодовування чи годування сумішшю
  - Частота та кількість споживаного молока чи дитячої суміші
  - У разі годування дитячою сумішшю: тип суміші та підготовка молока (розбавлення)
  - Прикорм, тип прикорму.

Виключно грудне вигодовування є рекомендованим протягом перших 6 місяців життя. Після 6 місяців життя грудне вигодовування слід доповнювати прикормом (с. 105).

- Фактори, що сприяють недостатньому набору маси тіла чи її втраті у немовлят:
  - Неefективне смоктання в немовлят на грудному вигодовуванні
  - Неefективне годування з пляшечки
  - Неналежні схеми годування чи рутинні дії, пов'язані з годуванням
  - Неприятливі умови годування
  - Відраза до годування
  - Неприятлива взаємодія батьків із дитиною
  - Невідповідна реакція опікунів на сигнали, які дитина подає під час годування
  - Фізичні стани, які впливають на годування.

### Діти молодшого віку

- Історія годування/харчування: кількість прийомів їжі на день, час прийому їжі (сніданок, обід і вечеря), складові харчування

- Діарея в анамнезі
- Частий кашель чи інфекції дихальних шляхів в анамнезі
- Умови проживання, соціальні та сімейні обставини.

**Примітка:** Складні сімейні обставини чи неналежне поводження з дитиною можуть впливати на харчування та набір ваги.

- Фактори, що сприяють недостатньому набору ваги чи її втраті:
  - Практики прийому їжі
  - Типи їжі, яку пропонують дитині
  - Наявність відрази до їжі та уникання їжі
  - Складна взаємодія батьків із дитиною
  - Невідповідна реакція опікунів на сигнали, які дитина подає під час прийому їжі
  - Втрата апетиту
  - Фізичні стани, які впливають на годування.
- Раціон батьків (веганство, вегетаріанство).

### Підлітки

- Історія харчування (див. вище)
- Умови проживання, соціальні та сімейні обставини
- Відомі захворювання, прийом лікарських засобів
- Ознаки розладів харчової поведінки (с. 615):
  - Спотворений образ тіла та патологічний страх погладшати
  - Заходи з контролю ваги, наприклад, навмисне викликання блювання, дотримання дієт, зловживання проносними, діуретиками та іншими лікарськими засобами, голодування або виснажливі фізичні навантаження.

### Обстеження

Перевіряйте наявність:

- Видимого тяжкого виснаження:
  - Втрата м'язової маси: випинання ключиць, виступання кісток плечей та колін
  - Втрата жирової маси: пласкі щоки, впадини між ребрами, пласкі чи обвислі сідниці

- Набряків
- Лускоподібного лущення шкіри.

У випадку новонароджених та немовлят слід поспостерігати за:

- Технікою грудного вигодовування та положенням немовляти під час годування груддю (с. 100)
- Приготуванням суміші при штучному вигодовуванні: правильністю відмірювання та приготування (с. 108)
- Взаємодією батьків із дитиною.

### Диференціальна діагностика

Перевіряйте наявність у дитини супутніх станів, зокрема:

- Целіакії (с. 330), запальних захворювань кишечника, вроджених чи набутих вад серця (с. 650), муковісцидозу (с. 668), ВІЛ (с. 696), раку (с. 692), пухлин, гіпертиреозу, фізичних проблем, що впливають на годування, ТБ (с. 705).
- Крім того, у новонароджених та немовлят перевіряйте наявність: ІСВШ (с. 397), алергії на коров'яче молоко (с. 327) або на інші продукти харчування.
- Крім того, у підлітків перевіряйте наявність розладів харчової поведінки (с. 615).

### Дослідження

- Новонародженим та немовлятам проводьте дослідження для виявлення ІСВШ (с. 398): до втрати апетиту може призводити невиявлена ІСВШ.
- Проводьте дослідження на целіакію (с. 330), якщо раціон дитини включає продукти, що містять глютен.
- Подальші дослідження необхідні лише якщо вони показані за результатами клінічних обстежень.

### Лікування

Лікування дітей із недоїданням середньої тяжкості чи сповільненням росту за відсутності інших медичних станів не вимагає термінової госпіталізації. Однак необхідне проведення регулярних спостережень.

- ▶ Лікуйте супутні медичні стани за наявності.
- ▶ Обговоріть втручання з обома опікунами та дитиною, якщо рівень розвитку дитини дозволяє зробити це, та надайте необхідні пояснення.

- ▶ Рекомендуйте годування та харчування відповідно до виявлених проблем та віку дитини (с. 96).
- ▶ Заохочуйте матір продовжувати грудне вигодовування, надавайте підтримку та консультируйте щодо подолання труднощів (с. 102).
- ▶ Розробіть план лікування відповідно до специфічних цілей, що включає:
  - Втручання, зокрема, коригування техніки грудного вигодовування, введення прикорму та регулярне годування/харчування, якщо раніше воно не було таким
  - Контрольні візити для проведення повторного оцінювання, у тому числі фізикального огляду та моніторингу росту, з метою аналізу прогресу та досягнення поставлених цілей.
- ▶ У відповідних випадках рекомендуйте батькам чи опікунам дитини:
  - Забезпечувати спокійну та приємну атмосферу під час годування та харчування
  - Їсти спільно з усією сім'єю чи іншими дітьми
  - Дозволяти дітям молодшого віку самостійно їсти та бути неохайними з їжею
  - Впевнитися в тому, що годування та харчування займає не занадто мало й не занадто багато часу
  - Встановити прийнятні правила поведінки під час прийому їжі та уникати покарань
  - Уникати примусового годування
  - Встановити регулярні графіки харчування, напр., 3 прийоми їжі та 2 здорові перекуси на день.
- ▶ Консультируйте батьків чи опікунів щодо вибору харчових продуктів для немовлят та дітей із оптимальною калорійністю та поживністю, що відповідають рівню розвитку дитини за кількістю, типом та текстурою.
- ▶ За наявності проблем із забезпеченням їжею рекомендуйте батькам чи опікунам звернутися до програм соціального забезпечення.
- ▶ За появи в дитини нових клінічних симптомів чи ознак після первинного оцінювання розглядайте доцільність проведення подальших досліджень.

## Направлення

Розглядайте доцільність направлення дитини, якщо:

- Наявні підозри щодо супутніх медичних станів з метою діагностики та лікування.
- Наявний тяжкий дефіцит маси тіла.
- Наявна виражена втрата ваги.
- Відсутні покращення після забезпечення підтримки з питань грудного вигодовування чи стратегій управління харчуванням.
- Наявні розлади харчової поведінки в підлітків (с. 615).

Терміново направляйте до спеціаліста всіх дітей із тяжким гострим недоїданням. Перед направленням:

- ▶ Погодуйте дитину або дайте їй 10% розчин глюкози чи сахарози для запобігання гіпоглікемії.
- ▶ Переконайтеся, що дитина не мерзне.
- ▶ Розгляньте доцільність введення першої дози антибіотиків в/в або в/м, якщо очікується, що направлення відбудеться зі значною затримкою. Зверніться по консультацію до центру, до якого направлено дитину.

### Подальше спостереження

Подальше спостереження залежить від основної причини. При захворюваннях, таких як целіакія чи муковісцидоз, план лікування повинен розроблятися спеціалістом, а його реалізацію й моніторинг може здійснювати надавач первинної медичної допомоги.

У разі виключення основного захворювання організуйте повторне обстеження через кілька тижнів залежно від ступеня занепокоєння.

### 6.26.2 Надмірна вага та ожиріння

У дітей віком до 5 років: **надмірна вага** та **ожиріння** визначаються як співвідношення ваги та довжини тіла/зросту чи ІМТ і віку в межах  $> 2$  СВ і  $> 3$  СВ відповідно.

У дітей віком від 5 років: **надмірна вага** та **ожиріння** визначаються як співвідношення ІМТ і віку в межах  $> 2$  СВ і  $> 3$  СВ відповідно.

До фахівців первинної ланки все частіше звертаються батьки та опікуни дітей із проблемою надмірної ваги та ожиріння. Надмірна вага та ожиріння переважно є наслідками неналежного харчування та нездорових харчових звичок, таких як надмірне вживання дуже калорійних продуктів та відсутність фізичних вправ. Зазвичай немає необхідності проводити детальні ендокринологічні дослідження, якщо інші симптоми не вказують на потребу в них.

## Анамнез

- Анамнез харчування: розмір порцій, харчові звички та складові раціону (шкідлива їжа), споживання соків та напоїв із цукром
- Фізична активність
- Час перебування перед екраном (с. 120)
- Наявність надмірної ваги, діабету 2 типу в сімейному анамнезі або гестаційного діабету в матері
- Психологічні фактори: стрес, пов'язаний із особистими причинами, відносинами з батьками та членами сім'ї
- Тривале застосування кортикостероїдів
- Симптоми, що вказують на причини та ускладнення ожиріння:
  - Головний біль (гіпертонія (с. 381) та доброякісна внутрішньочерепна гіпертензія)
  - Хропіння, паузи в диханні під час сну та денного дрімання (див. інформацію щодо обструктивного апное сну на с. 614)
  - Симптоми з боку суглобів, напр., біль у кульшовому суглобі при епіфізолізі головки стегнової кістки (с. 468)
  - Булінг
  - Депресія (с. 586), низька самооцінка та розлади харчової поведінки, зокрема, компульсивне переїдання (с. 615), зловживання психоактивними речовинами (с. 725) в підлітків
  - Нерегулярні менструації чи гірсутизм (ознака синдрому полікістозних яєчників (СПКЯ))
  - Поліурія чи полідипсія (див. інформацію про діабет на с. 671)
  - Біль у животі (жовчнокам'яна хвороба).

## Обстеження

Проводьте повний фізикальний огляд (с. 12). Залежно від віку та ступеню надмірної ваги чи ожиріння перевіряйте наявність ознак:

- Гіпертонії
- Прискорення чи затримки статевого розвитку (с. 754)
- Акантокератодермії: потемнінь та потовщень шкіри, на дотик схожих на оксамит, у складках шкіри (пахв, задньої частини шиї, паху)

- Супутніх ендокринних захворювань, таких як синдром Кушинга: абдомінального ожиріння та надмірного накопичення жирової тканини, особливо на обличчі («місяцеподібне обличчя»), шиї та між плечима («бичачий горб»), частоті появи синців, рожевуватих розтяжок на шкірі.

### Дослідження

- Аналіз сечі (с. 398) на білок та глюкозу для перевірки наявності діабету.
- Розглядайте доцільність проведення аналізу крові для визначення показників цукру та ліпідного профілю, а також УЗД печінки для виявлення жирової інфільтрації печінки.
- Розглядайте доцільність направлення дитини до спеціаліста для проведення додаткових досліджень за наявності підозр щодо інших причин надмірної ваги та ожиріння, окрім харчування та способу життя, або додаткових супутніх захворювань, зокрема, акантокератодермії.

### Лікування

- ▶ Консультуйте щодо зміни способу життя:
  - Здорового харчування (с. 96)
  - Фізичної активності (с. 121)
  - Обмеження часу перебування перед екраном (с. 120)
  - Достатнього сну (с. 119) та практик здорового сну (с. 611)
  - Залучення до громадської діяльності, шкільних заходів, занять із наставниками та у спортивних секціях.

Ставте реалістичні цілі: зменшити споживання шкідливої їжі, замінити її «більш здоровими» варіантами, не набирати вагу замість схуднути, збільшити фізичну активність.

- ▶ Залучайте всю сім'ю до зміни способу життя та заохочуйте підтримання здорового середовища вдома:
  - Заохочуйте спільні з сім'єю прийоми їжі та приготування здорових перекусів у дитячий садок та школу (слід намагатися не давати кишенькові гроші для купівлі шкідливої їжі та солодких напоїв).
  - Їжа не має використовуватися як спосіб порадувати чи винагородити дитину, а позбавлення їжі — як покарання.
  - Заохочуйте спільні активності, такі як прогулянки чи спорт.

Крім того, у випадку підлітків:

- ▶ Використовуйте техніку мотиваційного інтерв'ю (с. 752) для сприяння змінам у фізичній активності та харчуванні, напр., обговоріть питання прийому їжі поза сімейним колом, напр., з однолітками чи під час зустрічей із друзями або побачень.
- ▶ Направляйте пацієнтів до спеціалістів за наявності ознак депресії (с. 586) та компульсивного переїдання (с. 619) для отримання психосоціальної підтримки.

## Направлення

Направляйте дитину до спеціалістів чи на стаціонарне лікування в разі невдачі комплексних змін способу життя (харчування, фізичних вправ) або за наявності супутніх захворювань.

Розглядайте доцільність направлення до спеціалістів за необхідності психологічної підтримки та консультацій щодо харчування.

## 6.26.3 Низькорослість

Батьки можуть непокоїтися через низький зріст дитини, або низькорослість і затримка росту можуть бути виявлені під час медичного огляду дитини.

Низькорослість або затримка росту визначаються як співвідношення довжини тіла/зросту та віку  $< -2$  СВ.

Більшість випадків низькорослості спричинені варіаціями норми, у тому числі загальною затримкою росту та розвитку (таблиця 84).

У поодиноких випадках низькорослість є наслідком супутнього медичного стану.

## Оцінювання росту

- Оцінюйте криву росту з метою встановлення того, чи дитина завжди мала низький зріст, чи затримка в темпі росту виникла нещодавно (оцінювання швидкості росту).
- Оцінюйте зріст обох батьків і братів та сестер (за наявності), та розрахуйте генетичний або цільовий зріст у см:
  - Для дівчаток:  $(\text{зріст матері} + \text{зріст батька})/2 - 6,5$
  - Для хлопчиків:  $(\text{зріст матері} + \text{зріст батька})/2 + 6,5$ .

## Анамнез

Залежно від віку дитини чи підлітка на момент огляду:

- Пологовий анамнез: мала довжина тіла для гестаційного віку чи недоношеність
- Перинатальний анамнез (включає перенесені інфекції чи вплив токсинів під час вагітності)
- Генетичні захворювання, синдроми
- Харчування: хронічно недостатнє споживання їжі може спричинити затримку росту
- Сімейний анамнез, соціальний анамнез
- Медичний анамнез: рецидивуючі інфекції, неврологічні захворювання, захворювання ШКТ
- Прийом лікарських засобів.

### Обстеження

Перевіряйте наявність:

- Дисморфічних особливостей, напр., крилоподібної шиї, широкої грудної клітки, гіпертелоризму, віддаленого назад розташування і повороту вух
- Затримки статевого розвитку (див. інформацію щодо оцінювання статевого розвитку на с. 754)
- Затримки розвитку дитини (с. 73).

### Дослідження

Залежно від підозрюваної причини проведіть:

- Рентген лівої руки та зап'ястка для визначення кісткового віку (результати потребують тлумачення експертом)
- Аналіз сечі для визначення показників білка та глюкози
- ЗАК та дослідження мазка крові, зокрема, для визначення рівнів ШОЕ, С-реактивного білка, глюкози, сечовини, креатиніну, електролітів, ТТГ, вільного тироксину, аналіз на антитіла для діагностики целіакії, у дівчат — аналіз на каріотип
- Аналіз поту
- Генетичне дослідження для виявлення синдромів, пов'язаних із низькорослістю.

**Таблиця 84. Характеристики ідіопатичної низькорослості та варіанти норми**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Ідіопатична низькорослість</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Короткий, але стабільний ріст</li> <li>• Нормальний цільовий зріст</li> <li>• Відсутність затримок статевого дозрівання</li> <li>• Нормальний кістковий вік.</li> </ul>
<b>Спадкова низькорослість</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Короткий, але стабільний ріст</li> <li>• Кінцевий зріст відповідає низькому цільовому зросту</li> <li>• Як правило, відсутність затримок статевого дозрівання</li> <li>• Нормальний кістковий вік.</li> </ul>
<b>Загальна затримка росту і розвитку</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Частіше зустрічається у хлопчиків</li> <li>• Сповільнення росту протягом перших 2 років, потім нормальна швидкість із прискоренням у кінці підліткового віку</li> <li>• Кінцевий зріст відповідає цільовому зросту</li> <li>• Часто асоціюється із затримкою статевого дозрівання</li> <li>• Затримка кісткового віку.</li> </ul>

### Диференціальна діагностика

Диференціюйте ідіопатичну низькорослість та варіанти норми (таблиця 84), а також низькорослість, спричинену супутніми медичними станами

Ідіопатична низькорослість та варіанти норми пов'язані з:

- Наявностію подібного патерну росту в одного з батьків в анамнезі
- Пропорційною низькорослістю
- Відсутністю пов'язаних ознак та симптомів
- Нормальними результатами обстеження.

У поодиноких випадках низькорослість є наслідком супутнього медичного стану:

- Хронічно недостатнього споживання їжі
- Генетичної причини: Синдрому Шерешевського-Тернера, синдрому Нунан, синдрому Прадера-Віллі

- Хронічного захворювання: вроджених чи набутих вад серця, тяжкої астми, муковісцидозу, целиакії, запальних захворювань кишечника, хронічної ниркової недостатності
- Причин з боку ендокринної системи: дефіциту гормону росту, гіпотиреозу
- Причин з боку опорно-рухового апарата: скелетних дисплазій, таких як ахондроплазія
- Психосоціальної депривації та неналежного поводження з дитиною (с. 712).

### Лікування і направлення

Батьки можуть скаржитися на низький зріст дитини, але якщо довжина тіла/зріст та показники росту відповідають нормі, а додаткові ознаки та симптоми відсутні, потреби в подальших діях, окрім як заспокоєння дитини та сім'ї, немає.

Направляйте на подальші дослідження всіх дітей із:

- Низькорослістю невідомої етіології
- Результатами досліджень, що викликають занепокоєння.

### Подальше спостереження

Подальше спостереження залежить від основної причини. У разі виключення основної причини проведіть повторне обстеження через 3 місяці. Окремі захворювання, такі як целиакія, потребують лікування відповідно до спеціально розробленого плану, дотримання якого дозволить досягнути певного прогресу у рості.

### 6.26.4 Високорослість

Батьки нечасто скаржаться на занадто високий зріст дитини, але високорослість може бути виявлена під час медичних оглядів дитини. Високорослість визначається як показник зросту на рівні  $> 2$  СВ за середній показник для відповідного віку ( $> 97$ -го перцентилу).

Поширеними причинами високорослості є високий зріст членів сім'ї, ожиріння, синдром Клайнфельтера, синдром Марфана та передчасне статеве дозрівання.

Оцінювання супутніх медичних станів визначається анамнезом та результатами фізикального огляду.

## Оцінювання росту

Оцініть криву росту з метою встановлення того, чи дитина завжди мала високий зріст, чи стрибок росту відбувся нещодавно.

Оцініть зріст обох батьків (генетичний або цільовий зріст).

## Обстеження

Перевіряйте наявність у дитини ознак:

- Вроджених синдромів (дисморфічних особливостей)
- Передчасного статевого дозрівання (див. інформацію щодо оцінювання статевого розвитку на с. 754)
- Гіпертиреозу.

## Направлення

Направляйте до спеціаліста всіх дітей із результатами обстеження, що викликають занепокоєння.

## 6.27 Варіації розміру голови

### 6.27.1 Мікроцефалія

Мікроцефалія визначається як показник окружності голови, що є набагато меншим ( $< -2$  СВ чи  $< 3$ -й перцентиль), ніж у дітей такої ж статі, віку та етнічної приналежності. Дитина може народитися з маленьким розміром голови (вроджена мікроцефалія) або голова може перестати рости після народження (набута мікроцефалія).

Мікроцефалія може мати багато причин, зокрема:

- Інфекції під час вагітності (токсоплазмоз, вірус Зіка, краснуха, вітряна віспа, ЦМВ, сифіліс)
- Вплив токсичних речовин під час вагітності (алкоголю та психоактивних речовин, куріння, окремих токсинів та препаратів)
- Генетичні причини, напр., синдром Дауна (с. 638)
- Нейрометаболічні розлади
- Тяжке внутрішньоутробне недоїдання
- Ушкодження мозку під час його розвитку (ішемічна гіпоксія, травма).



**Нормальна  
окружність  
голови**



**Мікроцефалія:**  
окружність голови  
 $< -2$  СВ або  $< 3$ -й  
перцентиль

## Оцінювання росту

Оцініть патерн росту голови, провівши лінію між показниками попередніх вимірювань окружності голови, позначеними на відповідному графіку. Див. інформацію про вимірювання окружності голови на с. 23.

## Анамнез і обстеження

Деякі діти з мікроцефалією добре розвиваються та не мають інших симптомів. В інших дітей, залежно від основної причини, можуть спостерігатися додаткові симптоми та проблеми, зокрема:

- Епілепсія (40% випадків)
- Поганий набір маси тіла, низькорослість
- Проблеми з зором та слухом
- Затримка розвитку мовлення, проблеми з навчанням
- Особливості будови обличчя.

## Направлення та спостереження

- ▶ Направляйте до спеціаліста для оцінювання дітей із мікроцефалією та відсутністю збільшення окружності голови протягом 3 місяців.
- ▶ Консультуйте та надавайте підтримку, сприяйте ранньому розвитку дитини (с. 80) та, за потреби, здійсненню ранніх втручань, таких як стимуляція та ігрові програми.

### 6.27.2 Макроцефалія

Макроцефалія визначається як показник окружності голови, що є набагато більшим (> 2 СВ чи > 97-й перцентиль), ніж у дітей таких же статі, віку та етнічної приналежності.

Макроцефалія може бути варіантом норми, що не приносить жодної шкоди, але також може бути викликана причинами, які потребують лікування:

- Семейною макроцефалією: дитина народжується з великою головою та тілом нормальних розмірів, має нормальні результати фізикального огляду та відсутність інших симптомів
- Іншими генетичними захворюваннями, зокрема, ахондроплазією
- Метаболічними розладами
- Гідроцефалією (надлишковим накопиченням СМР)
- Кістами, абсцесами, пухлиною мозку

- Перинатальними інфекціями (токсоплазмозом, краснухою, сифілісом, ЦМВ).

### Оцінювання росту

Оцініть патерн росту голови, провівши лінію між показниками попередніх вимірювань окружності голови, позначеними на відповідному графіку. Див. інформацію про вимірювання окружності голови на с. 23. Проводьте оцінювання дітей із одиничними показниками вимірювання, вищими за 2 СВ чи 97-й процентиль, а також із прогресуючим збільшенням голови, виявленим у ході послідовних вимірювань, напр., збільшенням від – 1 СВ до 1 СВ на графіку росту (с. 904).

### Анамнез

- Травми в анамнезі
- Менінгіт або енцефаліт в анамнезі
- Судоми в анамнезі
- Недоношеність із внутрішньошлунчковим крововиливом в анамнезі
- Неврологічні чи шкірні захворювання в сімейному анамнезі
- Труднощі в розвитку
- Відомий генетичний синдром.

### Обстеження

Проведіть фізикальний огляд включно з ретельним неврологічним оглядом. Перевіряйте наявність:

- Затримки закриття тім'ячка (с. 148)
- Ознак підвищеного внутрішньочерепного тиску: щільного випуклого тім'ячка, нудоти, блювання, двоїння в очах, атаксії
- Ознак менінгіту: підвищення температури тіла, ригідності потиличних м'язів (с. 264)
- Особливостей, притаманних генетичним синдромам.

### Надання допомоги

Заспокойте батьків дітей, у яких графік росту голови проходить паралельно «стандартній» кривій, відсутні інші симптоми та з імовірним діагнозом «сімейна макроцефалія» та продовжуйте моніторинг росту. Направлення не є обов'язковим.

## Направлення

**Терміново направляйте** дитину до спеціаліста за наявності будь-яких ознак підвищеного внутрішньочерепного тиску, травми голови чи менінгіту.

Направляйте до спеціаліста для подальшого оцінювання всіх дітей із:

- Швидким збільшенням окружності голови
- Макроцефалією на фоні інших ознак та симптомів
- Синдромними особливостями — для проведення генетичного дослідження.

## 6.28 Поганий настрій і депресія

Депресивний настрій часто зустрічається в дітей та підлітків. Часто депресія не є скаргою, з якою звертається дитина чи підліток; як правило, про їх наявність у дитини чи підлітка повідомляють інші.

Епізоди поганого настрою — не рідкісне явище в підлітковому віці; більшість із них є не патологічною, а емоційною реакцією на виклики повсякденного життя й не вимагають жодного медичного втручання. Проводьте ретельне оцінювання та відрізняйте депресію від перепадів настрою і короточасних емоційних відповідей на виклики в повсякденному житті. Епізоди депресії, особливо тривалі та серйозні, можуть заважати особистому, сімейному, соціальному, освітньому чи професійному життю.

Сильна депресія може викликати думки про самогубство або призводити до планування самогубства (с. 591).

### Анамнез

Маленькі діти, як правило, мають такі симптоми як дратівливість, спалахи гніву та агресивність. У підлітків симптоми часто більше схожі на ті, що спостерігаються в дорослих. У більшості випадків діти та підлітки звертаються по допомогу не через засмученість, а через симптоми, що вказують на депресію, такі як відчуття втоми, головний біль, біль у животі та м'язях.

Основними симптомами депресії є (якщо вони тривають протягом щонайменше 2 тижнів):

- Почуття смутку, дратівливість або «відсутність настрою»
- Втрата інтересу або задоволення від діяльності.

На додачу до зазначеного, декілька з наведених нижче симптомів протягом щонайменше 2 тижнів:

- Порушення сну або занадто тривалий сон
- Суттєва зміна апетиту або ваги (зменшення або збільшення)
- Сповільнення росту в дітей
- Переконавання у своїй нікчемності, відчуття провини, низька самооцінка
- Втома або втрата енергії
- Зниження концентрації
- Нерішучість
- Видиме збудження чи фізичний неспокій
- Почуття безпорадності або безнадії
- Насильство, самоушкодження, суїцидальні думки чи дії
- Повторювані фізичні симптоми незрозумілої етіології.

Для оцінювання дітей старшого віку та підлітків на предмет поганого настрою та депресії ставте їм такі запитання:

- Чи часто ви відчуваєте пригніченість, депресію або безнадію?
- Чи можете ви сказати, що у вас мало інтересу, енергії чи задоволення від того, що ви робите?
- Чи маєте ви труднощі із засинанням чи сном?
- Чи думаєте ви про себе погано?
- Чи можете ви сказати, що у вас поганий апетит або ви переїдаєте? Ви завдаєте шкоди собі чи іншим?
- Чи з'являлися у вас думки щодо того, що вам краще б померти?

■ **Наявність в анамнезі:**

- Подібних проблем
- Госпіталізацій до психіатричних установ
- Призначення лікарських засобів від психічних чи неврологічних проблем або проблем, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами
- Спроб суїциду.

■ **Випадки депресії, зловживання психоактивними речовинами або самогубства в сімейному анамнезі**

#### ■ Психосоціальний анамнез:

- Труднощі з повсякденним функціонуванням удома, в школі та в стосунках
- Стресори та тригерні події, напр., незгоди в сім'ї, розлучення батьків, домашнє насильство, знуцання, втрата члена сім'ї, друга, домашнього улюбленця або розрив романтичних стосунків
- Методи подолання та соціальна підтримка (сім'я, школа, послуги на базі громади)
- Стосунки з батьками або опікунами
- Ситуація вдома, побутові умови, склад домогосподарства.

Специфічні діагностичні критерії можна знайти в посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів].

#### Обстеження

- Залежно від даних анамнезу проведіть цілеспрямоване фізикальне обстеження.
- Виключіть будь-які фізичні стани, які можуть нагадувати або посилювати депресію (див. інформацію про диференціальну діагностику нижче).
- Звертайте увагу на зовнішній вигляд, поведінку, настрої і реакції.
- Оцініть зміст думок пацієнта (того, про що думає пацієнт). Це суїцидальні думки, фобії, галюцинації, марення, нав'язливі ідеї?

#### Диференціальна діагностика

Перевірте наявність іншого пояснення для симптомів:

- Нормальної реакції на будь-які тригерну подію або стресор
- Неналежного поведіння з дитиною (с. 712)
- Фізичних станів, які можуть нагадувати або посилювати депресію, таких як анемія (с. 452), неналежне харчування (с. 571), гіпотиреоз, ожиріння (с. 576), побічні дії лікарських засобів (кортикостероїдів), цукровий діабет (с. 671)
- Проблем із психічним здоров'ям (поширені супутні захворювання):
  - Тривожності (с. 594)
  - Маніакальних епізодів: піднесений, експансивний або дратівливий настрої, надмірна активність та імпульсивність
  - Соматичних симптомів невідомої етіології (с. 621)

- Шизофренії (с. 607)
- Зловживання психоактивними речовинами (с. 725)
- Проблем із навчанням.

## Лікування

- ▶ Розробіть план лікування разом зі старшою дитиною та підлітком і їхніми опікунами із залученням спеціаліста за необхідності. Спеціаліст може запропонувати різні форми психотерапії (когнітивно-поведінкову або сімейну терапію).
- ▶ Надавайте рекомендації щодо добробуту дитини чи підлітка (с. 129).
- ▶ Проводьте психосоціальні втручання, спрямовані на дитину чи підлітка, її опікунів та вчителів (с. 723).
- ▶ Заохочуйте дитину чи підлітка знижувати рівень стресу і брати участь у повсякденній діяльності та громадському житті:
  - Обговоріть із дитиною чи підлітком, що може допомогти їм почуватися краще.
  - Визначте попередню соціальну діяльність, відновлення якої потенційно може забезпечити необхідну підтримку. Приклади: фізична активність, зустрічі та дозвілля з друзями і сім'єю.
  - Поясніть, що, навіть якщо спочатку може бути складно, діяльність, яка раніше приносила задоволення, може допомогти покращити їхній настрій.
  - Заохочуйте зміцнювати стосунки з батьками та друзями.
  - Заохочуйте дотримання графіку сну та харчування.
  - Забезпечте зв'язок із іншими доступними ресурсами на базі громади, такими як групи самопомоги та служби консультації.
  - Дослідіть можливості для покращення середовища дитини чи підлітка (напр., шкільного середовища, дозвілля).
- ▶ Забезпечте максимальну можливу залученість опікунів.
- ▶ Забезпечте надання допомоги у зв'язку з проблемами зі сном (с. 608) та іншими супутніми захворюваннями, такими як тривожність (с. 594).

**НЕ СЛІД** розглядати фармакологічне лікування як допомогу першої лінії.

Якщо психологічні втручання виявляються неефективними, проконсультуйтеся з дитячим психіатром або направте до нього дитину для призначення психофармакологічного лікування (напр., антидепресантів).

## Направлення

Терміново направляйте дитину до спеціаліста у разі:

- Вчинення актів самоушкодження з ознаками отруєння чи інтоксикації, завдання собі поранень із кровотечею, втрати свідомості чи сильної летаргії
- Наявності поточних думок або планів щодо самоушкодження чи самогубства, або наявності думок, планів чи дій щодо самоушкодження чи самогубства в анамнезі у дитини чи підлітка, які виявляють сильне збудження, жорстокість, дистрес або нездатність до спілкування (с. 591).

Направте дитину до спеціаліста, якщо:

- Депресія є тривалою чи тяжкою
- Не спостерігається жодного покращення стану через 2–6 місяців після проведення первинних втручань.

## Подальше спостереження

Моніторуйте прогрес і дотримання режиму призначеного психотерапевтичного лікування. Проводьте повторне оцінювання симптомів, поведінки та функціонування дитини чи підлітка при кожному відвідуванні.

ЗА ВІДСУТНОСТІ покращення:

- Забезпечте додаткову психоосвіту та консультування для батьків чи опікунів.
- Перегляньте застосовувані психосоціальні втручання та план лікування.
- Залучайте дитину чи підлітка та опікунів до ухвалення рішень.
- Пропонуйте збільшити частоту регулярних контрольних візитів.
- Розгляньте доцільність направлення до спеціаліста (див. вище).

ЗА НАЯВНОСТІ покращення:

- Продовжуйте дотримуватися визначеного плану лікування та спостереження, поки симптоми не зникнуть або не буде досягнута ремісія.
- Якщо було призначене медикаментозне лікування, розгляньте можливість поступового зниження доз відповідних ліків разом зі спеціалістом.
- Якщо медикаментозне лікування не призначалося, зменшуйте частоту контрольних візитів після того як симптоми ослабнуть або дитина чи підліток зможе добре справлятися зі щоденним функціонуванням.

Антидепресанти можуть посилювати суїцидальні думки. У разі їх призначення попросіть підлітка приходити до вас щотижня протягом перших

4 тижнів лікування, для оцінювання на предмет наявності суїцидальних думок чи планів.

## 6.29 Суїцидальні думки та самоушкодження

Суїцид — це акт навмисного самогубства. Самоушкодження — більш широкий термін, що означає навмисне завдання шкоди самому собі (напр., порізів).

Надзвичайно сильний емоційний стрес, такий як депресія, вживання психоактивних речовин, екстремальна тривожність або поведінкові проблеми є підставою для оцінювання на предмет думок щодо самоушкодження та суїциду.

У той час як деякі суїцидальні думки є нечіткими, швидко минають і не становлять безпосередньої загрози, конкретні плани слід сприймати дуже серйозно і вживати відповідних дій.

### Оцінювання

Говорити про суїцид — нормально. Питання про самогубство та використання слів «убити себе» чи «самогубство» НЕ збільшують ризик того, що дитина чи підліток можуть спробувати вчинити суїцид.

Оцініть, чи намагався підліток нанести собі шкоду чи вчинити самогубство в минулому та чи існує для нього ризик самоушкодження або самогубства зараз:

- Перш ніж ставити запитання про самоушкодження та самогубство, спробуйте встановити зв'язок із дитиною чи підлітком.
- Ставте запитання про самоушкодження прямо, напр. «Як ти ставишся до свого життя?», «Чи відчуваєш ти, що в тебе є майбутнє?», «Чи пробував(ла) ти коли-небудь завдати собі шкоди?», «Чи робив(ла) ти коли-небудь спроби самогубства?» або «Чи є в тебе думки або плани щодо того, як вчинити самогубство?»
- Якщо дитина чи підліток розповідає вам про такі думки чи вчинки, продемонструйте емпатію: «Я розумію, наскільки тяжка твоя ситуація, і уявляю, як сумно мати такі почуття», «Дякую, що довірився(лася) мені і поділився(лася) цими думками».

- Якщо дитина чи підліток має певний план, з'ясуйте, чи відчувають вони, що можуть відмовитися від відповідних дій, якщо їм буде надана підтримка. Якщо так, дізнайтеся що допоможе їм відмовитися від такого плану.

Запитуйте про:

- Поточні думки чи плани щодо самоушкодження чи суїциду
- Наявність думок чи планів щодо самоушкодження протягом останнього місяця або вчинення дій, спрямованих на самоушкодження, протягом останнього року
- Частоту таких думок, який саме план розглядається, чи визначений уже спосіб вчинення самогубства (наприклад, застосування вогнепальної зброї, повішення, застосування ліків, стрибок із мосту) і коли дитина збирається реалізувати свій план
- Проблеми із психічним здоров'ям чи зловживання психоактивними речовинами
- Хронічні болі
- Подібні проблеми, госпіталізації в психіатричні заклади, прийом ліків, призначених від психічних захворювань, шизофренію, зловживання психоактивними речовинами, самоушкодження або спроби суїциду в минулому
- Наявність психічних, неврологічних проблем або проблем зі зловживанням психоактивними речовинами в сімейному анамнезі.
- Психосоціальний анамнез:
  - Труднощі з повсякденним функціонуванням удома, у школі та в стосунках
  - Стресори та тригерні події, напр., незгоди в сім'ї, розлучення батьків, домашнє насильство, знуцання, втрата члена сім'ї, друга, домашнього улюбленця або розрив романтичних стосунків
  - Методи подолання та соціальна підтримка (сім'я, школа, послуги на базі громади)
  - Стосунки з батьками або опікунами
  - Ситуація вдома, побутові умови, склад домогосподарства.

## ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- Планування вчинку з наміром померти та відсутності зовнішніх тригерних факторів
- Вербалізація наміру померти

- Наміри щодо використання насильницького методу або методу, що характеризується високою летальністю
- Проблеми з психічним здоров'ям в особистому або сімейному анамнезі (переважно психотичні симптоми)
- Зв'язок із адиктивною поведінкою, імпульсивністю, соціальною ізоляцією або відстороненням, різкі зміни настрою
- Повторювані епізоди самоушкодження або попередні спроби самогубства.

### Надання допомоги

#### **За наявності безпосереднього ризику самоушкодження або суїциду (див. «Тривожні сигнали»):**

- ▶ Забезпечте негайний прийом спеціаліста з охорони психічного здоров'я. Розгляньте доцільність госпіталізації (залежно від тяжкості ситуації та наявності місцевих служб охорони психічного здоров'я). Пам'ятайте, що пріоритет полягає в тому, щоб захистити дитину чи підлітка.
- ▶ Усуньте методи або засоби самоушкодження чи самогубства.



**НЕ СЛІД** залишати дитину чи підлітка на самоті в будь-який час, у тому числі під час транспортування до спеціаліста з охорони психічного здоров'я.

При організації прийому спеціаліста з охорони психічного здоров'я:

- ▶ Забезпечте безпечне та емпатичне середовище.
- ▶ Проаналізуйте причини та способи залишитися в живих.
- ▶ Зосередьтеся на сильних сторонах дитини чи підлітка, заохочуючи їх говорити про те, як вони вирішували проблеми в минулому.
- ▶ Розкажіть про ситуацію батькам або дорослим, яким ви довіряєте, попередньо повідомивши про це підлітка.

Порушення конфіденційності може зіпсувати ваші відносини з пацієнтом. Однак, якщо існує високий ризик вчинення самогубства, конфіденційність повинна бути порушена (наприклад, існує необхідність участі опікуна). У таких випадках інформуйте пацієнта про таке порушення та пояснюйте, що ваше завдання — допомогти врятувати життя та зменшити страждання.

### За відсутності безпосереднього ризику при наявності ризику самоушкодження чи суїциду в майбутньому:

- ▶ Забезпечте психоосвіту та підтримку (с. 723).
- ▶ Забезпечте підтримку, психоосвіту та консультації щодо батьківства для батьків або опікунів (с. 724).
- ▶ За наявності такої можливості видайте направлення до спеціаліста з охорони психічного здоров'я.
- ▶ Порадьте дитині чи підлітку негайно звертатися по допомогу до довіреного члена сім'ї, друга або лікаря в разі виникнення думок про самоушкодження чи самогубство.
- ▶ Забезпечте максимальну можливу залученість опікунів з урахуванням їхніх стосунків із підлітком та побажань підлітка.
- ▶ Інформуйте опікунів про:
  - Ознаки ризику суїцидальної поведінки
  - Доступні місцеві служби екстреної допомоги, напр., гарячу лінію для самогубців.
- ▶ Консультуйте та заохочуйте опікунів:
  - Слідкувати за дитиною.
  - Забезпечувати безпечне та сприятливе домашнє середовище.
  - Забрати з дому всі засоби самоушкодження та суїциду, у тому числі пестициди, вогнепальну зброю та ліки. Усі ліки повинні зберігатися в надійно зачиненому місці.
  - Розширюйте соціальну мережу та залучайте членів сім'ї, однолітків і відповідних інших людей до надання соціальної підтримки дитині.

### Подальше спостереження

Підтримуйте регулярний контакт і забезпечуйте спостереження за станом дитини в динаміці, оскільки симптоми психічного здоров'ям можуть змінюватися протягом декількох днів або тижнів.

## 6.30 Страх, тривожність, уникання певних ситуацій чи предметів

Страх — це емоційна реакція на реальну або відчувану загрозу. Тривога — це очікування майбутньої загрози. Почуття тривоги і страху — це природна й адаптивна частина розвитку дитини. Вони є нормальними за конкретних обставин у певному віці (таблиця 85). Ці емоції слід розглядати як проблему

тільки тоді, коли вони переживаються протягом тривалого періоду часу й викликають дистрес, що обмежує можливості, або впливають на здатність дитини чи підлітка функціонувати в повсякденному житті.

**Таблиця 85. Відповідні для віку страхи і тривоги**

Вік	Відповідні для віку страхи і тривоги
9 місяців — 2 роки	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Страх перед незнайомцями, дистрес при розлученні з опікунами.</li> </ul>
3–5 років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Страх перед грозою, вогнем, водою, темрявою, нічними жахами і тваринами.</li> </ul>
6–12 років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Страх перед монстрами, привидами, мікробами, стихійними лихами, страх захворіти чи сильно поранитися</li> <li>• Тривога щодо школи чи виступів перед іншими.</li> </ul>
13–18 років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Страх перед неприйняттям з боку однолітків, виступами перед іншими, фізичними хворобами, медичними процедурами, катастрофами (наприклад, війною, терактами, стихійними лихами).</li> </ul>

## Анамнез

- Основний чинник, що викликає страх або тривожність (таблиця 85)
- Характеристики страху:
  - Частота, тривалість, сила
  - Як і коли виник страх
  - Специфічні думки, пов'язані з епізодами страху, і тригери епізодів страху і тривоги
  - Симптоми, що виникають під час таких епізодів
  - Створення завад для повсякденного життя.
- Супутні проблеми:
  - Проблеми зі сном (с. 608)
  - Проблеми з харчуванням (с. 615)
  - Поведінкові проблеми (с. 601)
  - Зловживання ліками та психоактивними речовинами (с. 725).
- Наявність в анамнезі:
  - Подібних проблем
  - Госпіталізацій до психіатричних установ

- Призначення лікарських засобів від психічних чи неврологічних проблем або проблем, пов'язаних зі зловживанням психоактивними речовинами
- Спроби суїциду.
- Наявність тривожності чи панічних атак у сімейному анамнезі
- Психосоціальний анамнез
  - Повсякденне функціонування вдома, у школі та в стосунках
  - Методи подолання та соціальна підтримка (сім'я, школа, громада)
  - Стосунки з батьками або опікунами
  - Ситуація вдома, побутові умови, склад домогосподарства.

Для оцінювання тривожності в дітей та підлітків існують різні опитувальники, призначені для заповнення дитиною чи підлітком або їх опікунами — залежно від віку дитини. Вони в жодному випадку не повинні замінювати комплексний анамнез і можуть бути використані лише якщо ви добре з ними знайомі.

Тривожність може бути викликана різними тригерами. Визначте основні фактори, які викликають страх і тривожність, щоб ідентифікувати тип тривожності (таблиця 86).

### Обстеження

Включіть супутні фізичні стани, картина яких може нагадувати або посилювати тривогу (див. інформацію про диференціальну діагностику нижче).

### Диференціальна діагностика

Оцініть наявність у дитини чи підлітка станів, які можуть спричиняти тривогу або бути пов'язані з нею:

- Гіпоглікемії (с. 673)
- Захворювань щитоподібної залози
- Астми (с. 654)
- Аритмій (с. 373)
- Запального захворювання кишечника (с. 331)
- Мігреней (с. 520)
- Інтоксикацій
- Побічних ефектів лікарських засобів
- Депресії (с. 586)
- СДУГ (с. 636)

- Неналежного поводження з дитиною (с. 712)
- Проблем зі сном (с. 608)
- Проблем із харчуванням (с. 615)
- Поведінкових проблем і розладів (с. 601)
- Зловживання ліками та психоактивними речовинами (с. 725)
- Труднощів у навчанні.

**Таблиця 86. Види тривожності**

Діагноз <sup>a</sup>	Фактори на користь
<b>Тривожність</b>	
<b>Тривожність через розділення з батьками</b>	Страх бути далеко від батьків чи інших дорослих, яким дитина довіряє.
<b>Соціальна тривожність</b>	Страх соціальних ситуацій: відвідувати школу, говорити або виступати перед іншими, читати вголос, взаємодіяти з дорослими або однолітками.
<b>Фобії</b>	Надзвичайно сильний страх перед конкретними речами чи ситуаціями — собаками, комахами, відвідуванням лікаря.
<b>Загальна (генералізована) тривожність</b>	Надмірне та неконтрольоване занепокоєння щодо певних подій або діяльності.
<b>Панічні атаки</b>	Повторювані епізоди раптового, неочікуваного, інтенсивного страху, що супроводжується посиленням серцебиття, утрудненим диханням та відчуттям запаморочення, тремтіння чи пітливості.

<sup>a</sup> Специфічні діагностичні критерії можна знайти в посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів].

## Надання допомоги

### Невідкладна допомога під час панічної атаки

- ▶ Не залишайте дитину саму, переконайтеся, що поруч із нею є доросла людина, якій можна довіряти.
- ▶ Включіть органічні стани (такі як астма, гіпоглікемія, див. інформацію про диференціальну діагностику на с. 596) і в разі їх виявлення надайте відповідну допомогу (див. відповідні глави).

**Таблиця 87. Диференціальна діагностика тривожності**

Діагноз <sup>a</sup>	Фактори на користь
<b>Посттравматичний стресовий розлад</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Розвиток інтрузивних симптомів (згадування певної події, нічні жахіття, флешбеки), уникання певних місць чи ситуацій та надмірна настороженість після пережитої травматичної події.</li> </ul>
<b>Обсесивно-компульсивний розлад</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>«Обсесії» (повторювані та постійні думки, спонування або образи, які сприймаються як нав'язливі і небажані), які перетікають у «компульсії» (повторювані дії і психічні акти у відповідь на обсесії).</li> </ul>
<b>Шизофренія (с. 607)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Проблеми з мисленням і міркуванням, сплутаність ідей або мови, нерозрізнення мрій і реальності</li> <li>Віддалення від друзів і сім'ї</li> <li>Проблеми зі сном, брак мотивації та погіршення шкільних оцінок</li> <li>Дивні або несподівані поведінка, агресія та жорстокість</li> <li>Дивні тривоги і страхи, підозрілість до інших.</li> </ul>

<sup>a</sup> Специфічні діагностичні критерії можна знайти в посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів].

- ▶ Якщо дитина або підліток дихає дуже швидко, попросіть їх подихати в пакет.
- ▶ Заохочуйте дихальні вправи та розслаблення.
- ▶ Якщо панічна атака не минає, розгляньте доцільність перорального прийому бензодіазепінів, таких як діазепам, у дозуванні 0,2 мг/кг одно-разово.

### **Довготривале лікування**

- ▶ Розробіть план лікування разом зі старшою дитиною та підлітком і їхніми опікунами із залученням спеціаліста за необхідності.
- ▶ Проводьте психосоціальні втручання, спрямовані на дитину чи підлітка, її опікунів та вчителів (с. 723).
- ▶ Надавайте рекомендації щодо загального добробуту дитини чи підлітка (с. 129).

- ▶ Забезпечте управління тригерними факторами, знизуйте рівень стресу та зміцніть соціальну підтримку.
- ▶ Дослідіть можливості для покращення середовища дитини чи підлітка (напр., шкільного середовища, дозвілля).
- ▶ Направте сім'ю для отримання наявних у громаді ресурсів.

**НЕ СЛІД** розглядати фармакологічне лікування як допомогу першої лінії.

**НЕ СЛІД** призначати фармакологічне лікування дітям віком до 12 років. Видайте направлення до дитячого психіатра для призначення психофармакологічного лікування або проконсультуйтеся зі спеціалістом перед його призначенням.

### Направлення

Якщо випадок є тяжким або втручання першої лінії виявляється неефективним і не забезпечує покращення через 2–6 місяців, видайте направлення до дитячого психіатра, який може запропонувати різні форми психотерапії (когнітивно-поведінкова чи сімейна терапія) або призначити ліки (напр., антидепресанти).

### Подальше спостереження

Моніторуйте прогрес і дотримання режиму призначеного психотерапевтичного лікування, як у випадку дітей із депресією (с. 586).

## 6.31 Неуважність чи гіперактивність

Неуважність, нездатність сидіти на місці протягом тривалого часу, брак концентрації, розсіяність або труднощі з виконанням поставлених завдань, надмірна активність і неспокій є поширеними скаргами опікунів або вчителів. У більшості випадків така поведінка є частиною нормального розвитку дитини та підлітка. Однак, якщо вона зберігається протягом тривалого часу або має крайній ступінь вираженості чи заважає щоденному функціонуванню та впливає на особисте, сімейне, соціальне, освітнє чи професійне життя, це може вказувати на глибшу проблему (таблиця 88).

### Анамнез

Оцініть, як можна класифікувати неуважність або надмірну активність — як нормальне явище чи як частину проблеми. За наявності ВСІХ наведених нижче ознак, розглядайте можливість СДУГ:

- Симптоми присутні в різних ситуаціях (удомі, у школі, під час дозвілля)
- Симптоми тривають щонайменше 6 місяців
- Симптоми не відповідають рівню розвитку дитини чи підлітка

- Дитина чи підліток має труднощі з повсякденним функціонуванням удома, в школі та у стосунках.

Розгляньте доцільність використання шкал оцінювання поведінки для збирання структурованих даних про поведінкові симптоми. Такі шкали також можуть заповнюватися як дитиною чи підлітком, так і батьками чи вчителями.

## Диференціальна діагностика

**Таблиця 88. Диференціальна діагностика неухважності чи гіперактивності**

Діагноз <sup>a</sup>	Фактори на користь
<b>Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (с. 636)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надмірна неухважність</li> <li>• Нездатність зосереджуватися на тому чи іншому завданні більше ніж на кілька хвилин</li> <li>• Часті випадки втрати особистих речей</li> <li>• Надмірна активність</li> <li>• Надмірна імпульсивність.</li> </ul>
<b>Зловживання психоактивними речовинами (с. 725)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди вживання психоактивних речовин в анамнезі</li> <li>• Травматизм і насильство</li> <li>• Толерантність і симптоми відміни.</li> </ul>
<b>Депресія, біполярний синдром (с. 586)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почуття смутку, дратівливість або «відсутність настрою»</li> <li>• Втрата інтересу до діяльності або задоволення від неї</li> <li>• Маніакальні епізоди: піднесений, експансивний або дратівливий настрій, надмірна активність та імпульсивність.</li> </ul>
<b>Опозиційно-викличний розлад, розлад поведінки (с. 601)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надмірні поведінкові симптоми, такі як злість, вибухи гніву, сперечання з дорослими, відмова виконувати правила і прохання дорослих</li> <li>• Крадіжки, повторювані епізоди брехні</li> <li>• Присутність відповідної поведінки в різних ситуаціях (удома, в школі, під час дозвілля).</li> </ul>
<b>Шизофренія (с. 607)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проблеми з мисленням і міркуванням, сплутаність ідей або мови, нерозрізнення мрій і реальності</li> <li>• Віддалення від друзів і сім'ї</li> <li>• Проблеми зі сном, брак мотивації та погіршення шкільних оцінок</li> <li>• Дивні або несподівані поведінка, агресія та жорстокість</li> <li>• Дивні тривоги і страхи, підозрілість до інших.</li> </ul>

Діагноз <sup>a</sup>	Фактори на користь
<b>Органічні причини</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Симптоми й ознаки, що вказують на захворювання щитоподібної залози</li> <li>• Симптоми й ознаки, що вказують на гостру чи хронічну інфекцію, у тому числі вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту (с. 696)</li> <li>• Неконтрольований біль, напр., середній отит (с. 236) або серповидноклітинна анемія (с. 686)</li> <li>• Сильний свербіж, напр., тяжка форма atopічного дерматиту, хвороба Вільсона.</li> </ul>

<sup>a</sup> Специфічні діагностичні критерії можна знайти в посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів].

### Надання допомоги

- ▶ Направте дитину до спеціаліста для підтвердження діагнозу.
- ▶ Інформацію щодо надання допомоги див. у розділах щодо конкретних станів (сторінки зазначені у таблиці 88).

## 6.32 Злість, вибухи гніву, неслухняність

Поведінкові симптоми різної інтенсивності, такі як злість, вибухи гніву, сперечання з дорослими, відмова виконувати правила і прохання дорослих, є дуже поширеними в дитинстві та підлітковому віці й часто мають тимчасовий характер.

Деякі діти демонструють надзвичайно складну і проблемну поведінку, що виходить за межі норми для їхнього віку: **поведінкові проблеми** можуть виникати внаслідок тимчасових стресорів у житті дитини або свідчити про наявність більш стійких розладів. Тільки діти та підлітки з тривалими та важкими або середньої тяжкості психологічними, соціальними, освітніми або професійними труднощами, які виникають у різних умовах, мають діагностуватися як такі, що мають поведінкові проблеми. Загалом у хлопчиків поведінкові проблеми є частішим явищем, ніж у дівчат.

Найпоширенішими типами проблемної поведінки є **ОВР** та **розлад поведінки**. Обидва зазначені розлади можуть мати схожі прояви; також ОВР може прогресувати в розлад поведінки мірою зростання дитини. Діти з ОВР зазвичай виявляють відповідний патерн поведінки до 8 років, перебуваючи серед людей, яких вони добре знають, наприклад, членів сім'ї або вчителів. Розлад поведінки є більш серйозним захворюванням, яке зазвичай не діагностується до підліткового віку. Підлітки з розладом поведінки можуть

## ЗЛІСТЬ, ВИБУХИ ГНІВУ, НЕСЛУХНЯНІСТЬ

порушувати соціальні правила, у тому числі закон. Крім того, їхні дії можуть призводити до серйозних тілесних ушкоджень.

## Симптоми

- Крайні дратівливість і злість
- Часті й сильні вибухи гніву
- Сперечання з дорослими
- Порушення вимог чи правил або відмова виконувати їх
- Труднощі в порозумінні з іншими
- Провокативна поведінка
- Часті бійки чи знущання
- Жорстоке поводження з тваринами або людьми
- Навмисне пошкодження майна, підпали
- Крадіжки, повторювані епізоди брехні, прогули школи, втечі з дому.

Розглядайте наявність поведінкових проблем за наявності ВСЬОГО зазначеного нижче:

- Симптоми присутні в різних ситуаціях (удома, у школі, під час дозвілля)
- Симптоми тривають щонайменше 6 місяців
- Симптоми є більш серйозними, ніж звичайні дитячі пустощі або підліткове бунтарство (див. таблицю 89) і мають стійкий патерн, який порушує основні права інших
- Симптоми викликають істотні труднощі з повсякденним функціонуванням удома, в школі й у стосунках.

**НЕ СЛІД** встановлювати діагноз «розлад поведінки» з огляду на пов'язану з ним стигму. Направте дитину до спеціаліста для проведення ретельного оцінювання та діагностики на основі чітких діагностичних критеріїв (див. посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів]).

## Диференціальна діагностика

Оцініть, чи можна розглядати визначені поведінку чи скарги на поведінку як норму (таблиця 89).

**Таблиця 89. Проблемна поведінка, характерна для різних вікових категорій**

Вік	Проблемна поведінка
<b>Від 18 місяців до 5 років</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відмова виконувати вказівки дорослих, порушення правил, сперечання, ниття, перебільшення, брехня, заперечення власної провини, фізична агресія, звинувачення інших у неправильній поведінці.</li> <li>• Короткі істерики (емоційні спалахи з плачем, криками, ударами) тривалістю від &lt; 5 хвилин до не більше ніж 25 хвилин, &lt; 3 рази на тиждень.</li> <li>• Істерики не призводять до самоушкодження або частой фізичної агресії щодо інших.</li> <li>• Дитина здатна заспокоїтися після істерики.</li> </ul>
<b>Від 6 до 12 років</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ухилення виконання вказівок або зволікання з ним, скарги або суперечки з дорослими чи іншими дітьми, періодична втрата самоконтролю.</li> </ul>
<b>Від 13 до 18 років</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перевірка правил і меж, наполягання на тому, що правила й обмеження є несправедливими або непотрібними, іноді грубість, зневажливе або зухвале ставлення до дорослих, суперечки з дорослими.</li> </ul>

Розгляньте можливість існування таких інших причин або супутніх станів:

- СДУГ (с. 636)
- Нехтування (с. 712), насильство в сім'ї, стресове домашнє середовище
- Вживання алкоголю та психоактивних речовин і зловживання ними (с. 725)
- Порушення здатності до навчання
- Шизофренія (с. 607).

### Надання допомоги

Лікування серйозних розладів поведінки є непростим завданням.

- ▶ Визначте, чи можна вирішити проблеми за допомогою порад і заспокоєння, чи дитина потребує направлення до спеціаліста.
- ▶ Надавайте рекомендації щодо добробуту дитини чи підлітка (с. 129).
- ▶ Проводьте психосоціальні втручання, спрямовані на дитину чи підлітка, її опікунів та вчителів (с. 723).

## ЗЛІСТЬ, ВИБУХИ ГНІВУ, НЕСЛУХНЯНІСТЬ

- ▶ Дослідіть можливості для покращення середовища дитини чи підлітка (напр., шкільного середовища, дозвілля).
- ▶ Оцініть стресори (напр., насильство в сім'ї та соціальне середовище) та вживіть відповідних дій для зниження стресу і посилення соціальної підтримки.
- ▶ Направте сім'ю для отримання наявних у громаді ресурсів.
- ▶ Запропонуйте подальше спостереження.

**НЕ СЛІД** пропонувати медикаментозне лікування.

**Направлення**

- ▶ Дітей із серйозними проблемами направляйте до спеціаліста для проведення оцінювання та розробки комплексного плану лікування.
- ▶ За відсутності покращення або наявності прогнозованої небезпеки для дитини, направте її до спеціаліста для додаткового оцінювання й розробки плану лікування.

### 6.33 Труднощі з соціальною взаємодією та комунікацією

Комунікація має надзвичайно важливе значення у повсякденному житті. Вона є важливою для раннього виявлення проблем та забезпечення відповідної підтримки, прогнозування, в якому віці будуть досягнуті ключові показники розвитку (с. 74) і визначення випадків, коли труднощі в соціальній взаємодії і спілкуванні вказують на проблему, таку як РАС.

#### Анамнез

Зберіть повний анамнез із допомогою опікунів. Також для цього можна залучати вчителів. Оцініть усі показники розвитку відповідно до віку, включаючи мову, рухи, соціальну взаємодію, ігрову діяльність (с. 72). Запитуйте про:

- Занепокоєння щодо мови, мовлення, слуху та зору
- Соціальну та комунікативну поведінку: стосунки з дорослими та іншими дітьми, та інтерес до них, віддавання переваги грі наодинці, реагування на почуття інших людей, розуміння і прихильність до соціальних норм
- Ігрові патерни: різноманітні чи повторювані
- Здатність адаптуватися до нових щоденних рутин
- Наявність психічних, неврологічних проблем або проблем зі зловживанням психоактивними речовинами в сімейному анамнезі
- Нехтування (с. 712), насильство в сім'ї, стресове домашнє середовище
- Психосоціальний анамнез:
  - Методи подолання та соціальна підтримка (сім'я, школа, послуги на базі громади)
  - Функціонування вдома, у школі та в стосунках
  - Стосунки з батьками або опікунами
  - Ситуація вдома, побутові умови, склад домогосподарства.

#### Обстеження

- Спостерігайте за виразами обличчя дитини та підтримування нею зорового контакту протягом прийому.
- Проведіть оцінювання слуху.

## Диференціальна діагностика

Проаналізуйте наявність станів, що можуть викликати дефіцити соціальної взаємодії й комунікації або бути пов'язані з ними (таблиця 90). Специфічні діагностичні критерії можна знайти в посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів]. Для підтвердження діагнозу направляйте дитину до спеціаліста.

**Таблиця 90. Диференціальна діагностика дефіциту соціальної взаємодії і комунікації**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Розлади аутистичного спектру (с. 634)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зменшення зорового контакту та міміки</li> <li>• Повільне засвоєння мови, обмежене використання мови</li> <li>• Зниження соціального інтересу до інших</li> <li>• Повторювані патерни в поведінці, інтересах і діяльності.</li> </ul>
<b>Загальна затримка розвитку/ інтелектуальна інвалідність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Затримка в досягненні ключових показників розвитку</li> <li>• Соціальна реакція та спілкування, що зазвичай відповідають рівню розвитку.</li> </ul>
<b>Мовні проблеми (порушення здатності до навчання, обумовлені розвитком або мовою)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Труднощі або затримка у використанні мови</li> <li>• Зменшений словниковий запас</li> <li>• Труднощі з розумінням слів або речень</li> <li>• Нормальне бажання та намір спілкуватися</li> <li>• Нормальна соціальна взаємодія.</li> </ul>
<b>Проблеми зі слухом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Втрата слуху з будь-яких причин</li> <li>• Нормальна соціальна взаємодія</li> <li>• Нормальний зоровий контакт, нормальні вирази обличчя.</li> </ul>
<b>Фетальний алкогольний спектр порушень (с. 648)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вживання матер'ю алкоголю під час вагітності</li> <li>• Специфічні риси обличчя: вузькі очні щілини, тонка верхня губа та гладкий фільтрум</li> <li>• Затримка росту</li> <li>• Дефіцит соціальної взаємодії</li> <li>• Порушення здатності до навчання.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Синдром дефіциту уваги та гіперактивності (с. 636)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Надмірна неуважність</li> <li>• Нездатність зосереджуватися на тому чи іншому завданні більше ніж на кілька хвилин</li> <li>• Часті випадки втрати особистих речей</li> <li>• Надмірна активність</li> <li>• Надмірна імпульсивність.</li> </ul>
<b>Опозиційно-викличний розлад і розлад поведінки (с. 601)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Злість, вибухи гніву, сперечання з дорослими, відмова виконувати правила і прохання дорослих</li> <li>• Крадіжки, повторювані епізоди брехні</li> <li>• Присутність відповідної поведінки в різних ситуаціях (удома, в школі, під час дозвілля).</li> </ul>
<b>Шизофренія (с. 607)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проблеми з мисленням і міркуванням, сплутаність ідей або мови, нерозрізнення мрій і реальності</li> <li>• Віддалення від друзів і сім'ї</li> <li>• Проблеми зі сном, брак мотивації, погіршення шкільних оцінок</li> <li>• Дивні або несподівані поведінка, агресія та жорстокість</li> <li>• Дивні тривоги і страхи, підозрілість до інших.</li> </ul>
<b>Проблематичне використання інтернету і соціальних мереж (с. 730)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перебування перед екраном або використання мобільних пристроїв протягом багатьох години та пізно вночі зі шкодою: обмін думками, що мають сексистський і расистський характер, або демонстрація таких думок, кібербулінг, вихвалання незаконною діяльністю або самоушкодження.</li> </ul>
<b>Зловживання психоактивними речовинами (с. 725)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди вживання психоактивних речовин в анамнезі</li> <li>• Травматизм і насильство</li> <li>• Толерантність і симптоми відміни.</li> </ul>

### 6.33.1 Шизофренія

Шизофренія — це стан, який зазвичай уперше проявляється в пізньому дитинстві й підлітковому віці. Він характеризується низкою проблем, пов'язаних із мисленням, поведінкою або емоціями. Часто він має серйозний і тривалий вплив на здоров'я, соціальне та професійне життя пацієнтів та

членів їхніх сімей. Тому вкрай важливо якнайшвидше ідентифікувати осіб, які можуть мати шизофренію, та направити їх до спеціалістів для забезпечення відповідної допомоги.

### Ознаки і симптоми

Ранні тривожні ознаки включають:

- Проблеми з мисленням і міркуванням, сплутаність ідей або мови, нерозрізнення мрій і реальності
- Віддалення від друзів і сім'ї
- Проблеми зі сном, брак мотивації та погіршення шкільних оцінок
- Дивні або несподівані поведінка, агресія та жорстокість
- Зловживання психоактивними речовинами
- Дратівливість або пригніченість
- Дивні тривоги і страхи, підозрілість до інших.

Часто з часом з'являються інші симптоми, включаючи:

- Ілюзії, напр., переконання, які не ґрунтуються на реальності
- Галюцинації, напр., пацієнт чує голоси або бачить речі, яких не існує
- Сплутаність мислення і мовлення
- Погана особиста гігієна, монотонність мовлення, відсутність емоцій.

### Направлення

За наявності підозр щодо такого стану направляйте дитину до психіатра для проведення ретельного обстеження та початку лікування.

## 6.34 Проблеми зі сном

Рекомендована тривалість якісного сну зменшується з віком, від 14–17 годин у перші кілька місяців життя до 8–10 годин у старшому підлітковому віці. Важливо вчасно визначати проблеми зі сном, які можуть заважати розвитку дитини чи підлітка.

### 6.34.1 Надмірна сонливість у денний час, труднощі із засинанням чи сном (безсоння)

Особливо поширеною скаргою батьків є надмірна сонливість у денний час серед підлітків. Слід пам'ятати, що в дітей надмірна сонливість може проявлятися непрямо — як неуважність, надмірна активність або дратівливість.

## Анамнез

Визначте основну скаргу. Основні питання, які потрібно дослідити:

- Проблеми зі сном: труднощі із засинанням чи сном
- Надмірна сонливість у денний час: втома чи бажання спати вдень, денний сон, труднощі з прокиданням уранці
- Прокидання вночі: прокидання вночі, лунатизм, нічні жахіття
- Регулярність і тривалість сну: години сну в будні й вихідні дні, достатність сну в нічний час
- **Розлади дихання уві сні** (хропіння): утруднене дихання уві сні, голосне хропіння (с. 614).

За відсутності ознак, перелічених у ВСІХ пунктах вище, малоймовірно, що дитина або підліток має проблеми зі сном. Заспокойте сім'ю та порадьте практики здорового сну (робоча пам'ятка 40).

За наявності будь-якої з перелічених ознак, проведіть додаткове оцінювання:

- Основна скарга: тривалість, частота, регулярність епізодів
- Будь-які супутні симптоми
- Прийом ліків, вживання психоактивних речовин, кофеїну чи подібних стимуляторів перед сном
- Будь-який медичний або психологічний стресор
- Режим сну в батьків.

## Диференціальна діагностика

**Таблиця 91. Диференціальна діагностика надмірної сонливості в денний час, труднощів із засинанням чи сном (безсоння)**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Недостатній час сну</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Основна причина сонливості в денний час (див. інформацію щодо рекомендованої тривалості сну відповідно до віку на с. 120).</li> </ul>
<b>Надмірне використання інтернету і соціальних мереж (с. 730)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перебування перед екраном та використання мобільних пристроїв протягом багатьох годин і пізно ввечері.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Вживання алкоголю та психоактивних речовин і зловживання ними (с. 725)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди вживання психоактивних речовин в анамнезі</li> <li>• Травматизм і насильство</li> <li>• Толерантність і симптоми відміни.</li> </ul>
<b>Депресія, біполярний синдром (с. 586)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Почуття смутку, дратівливість або «відсутність настрою»</li> <li>• Втрата інтересу або задоволення від діяльності</li> <li>• Маніакальні епізоди: піднесений, експансивний або дратівливий настрій, надмірна активність та імпульсивність.</li> </ul>
<b>Тривожність (с. 594)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відчуття сильного страху перед конкретними речами чи ситуаціями</li> <li>• Зазвичай спричиняється тригерами</li> <li>• Може проявлятися у формі панічних атак.</li> </ul>
<b>Шизофренія (с. 607)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проблеми з мисленням і міркуванням, сплутаність ідей або мови, нерозрізнення мрій і реальності</li> <li>• Віддалення від друзів і сім'ї</li> <li>• Проблеми зі сном, брак мотивації та погіршення шкільних оцінок</li> <li>• Дивні або несподівані поведінка, агресія та жорстокість</li> <li>• Дивні тривоги і страхи, підозрілість до інших.</li> </ul>
<b>Синдром затримки фази сну</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зазвичай зустрічається в підлітків</li> <li>• Зміщення фактичного часу сну (часу засинання та пробудження) по відношенню до часу корисного сну (порушення добового ритму організму).</li> </ul>
<b>Обструктивне апное сну (с. 614)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хропіння</li> <li>• Гіпертрофія аденоїдів</li> <li>• Викривлення носової перегородки</li> <li>• Дихання ротом, апное.</li> </ul>

Діагноз	Фактори на користь
<b>Нарколепсія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптові епізоди засинання під час будь-якої діяльності в денний час, такої як прийом їжі або розмова</li> <li>• Може бути пов'язана з раптовою втратою тону (катаплексією)</li> <li>• Часто супроводжується зниженням шкільної успішності.</li> </ul>

### Надання допомоги

Визначте можливу основну причину та забезпечте надання відповідної допомоги. Посилання на відповідні сторінки довідника див. у таблиці вище.

### Робоча пам'ятка 40. Здоровий сон у дітей та підлітків

#### Здоровий сон

- Встановіть конкретний час сну: час сну та неспання має бути подібним у будні та вихідні й не повинен відрізнятися більше ніж на годину в різні дні.
- Запровадьте «тиху годину» перед сном.
- Сформуйте звички перед сном. Вони можуть включати читання, присутність одного з батьків або опікунів, коли дитина засинає.
- У спальні має бути тихо і темно (можливе слабе освітлення) та підтримуватися комфортна температура.
- Тримайте всі екранні пристрої за межами спальні: перед сном не слід дивитися телевізор або використовувати будь-які екранні пристрої.
- Заохочуйте дитину до певної фізичної активності кожного дня і проводьте надворі стільки часу, скільки можливо, окрім 1–2-годинного періоду перед сном.
- Уникайте споживання важкої їжі протягом години до сну.

Додатково, для підлітків:

- Уникайте споживання продуктів, що містять кофеїн, особливо в другій половині дня і ввечері.
- Встановіть обмеження часу перед екраном.



- ▶ За наявності підозр на будь-який стан, що потребує додаткового оцінювання або дослідження (напр., полісомнографії), направте дитину до спеціаліста для підтвердження діагнозу та призначення лікування.
- ▶ У разі виявлення незначних проблем, таких як недостатній час сну або труднощі із засинанням чи сном:
  - Проведіть консультацію щодо практик здорового сну (робоча пам'ятка 40)
  - Порадьте обмежити або припинити споживання кофеїновмісних продуктів (кави, зеленого чаю, енергетичних напоїв)
  - Оцініть психологічні стресори та забезпечте управління ними, знизуйте рівень стресу і зміцнюйте соціальну підтримку.
- ▶ При синдромі затримки фази сну:
  - Виключіть депресію і тривожність
  - Проведіть консультацію щодо практик здорового сну (робоча пам'ятка 40)
  - Порадьте не дрімать вдень
  - Порадьте застосовувати техніки релаксації перед сном.
- ▶ При підозрі на нарколепсію видайте направлення до спеціаліста для підтвердження діагнозу.

### 6.34.2 Незвичні рухи або поведінка під час сну

Опікунів можуть турбувати незвичайні рухи або поведінка дитини під час сну. Більшість рухів та типів поведінки є нешкідливими, і припиняються мірою дорослішання дитини (таблиця 92).

#### Анамнез

- Характеристики рухів:
  - Вік дитини
  - Частота (чи спостерігаються відповідні рухи або поведінка щоночі?)
  - Опис рухів, частин тіла, які їх виконують. Розгляньте доцільність того, щоб попросити опікунів записати рухи на відео.
- Наявність проблем зі сном у сімейному анамнезі.

## Диференціальна діагностика

Таблиця 92. Диференціальна діагностика рухів уві сні

Діагноз	Фактори на користь
<b>Доброякісний неонатальний міоклонус сну</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Немовлята молодшого віку</li> <li>• Короткі поштовхи, двосторонні, симетричні, як правило кінцівок, які іноді будять дитину</li> <li>• Виникає вночі</li> <li>• Зникає протягом декількох місяців життя.</li> </ul>
<b>Розлад ритмічних рухів</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ранній дитячий вік</li> <li>• Ритмічні рухи голови (вгору-вниз або з боку в бік) або тулуба (розгойдування)</li> <li>• Починається перед сном і зберігається до початку легкого сну</li> <li>• Зазвичай минає до досягнення дитиною 5-річного віку.</li> </ul> <p><b>Примітка:</b> Слід розглядати як проблему лише тоді, коли це заважає нормальному сну або призводить до самоушкодження</p>
<b>Синдром періодичних рухів кінцівок</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Будь-який вік</li> <li>• Короткі повторювані рухи ногами (іноді руками), які заважають дитині спати (продовжуються, поки дитина не прокинеться)</li> <li>• Призводить до сонливості в денний час та проблем із концентрацією</li> <li>• Зазвичай асоціюється з синдромом неспокійних ніг.</li> </ul>
<b>Парасомнії</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діти молодшого віку</li> <li>• Виникають не щоночі</li> <li>• Лунатизм, нічні жажіття</li> <li>• Парасомнії в сімейному анамнезі.</li> </ul>

## Надання допомоги

- Якщо ви не впевнені щодо діагнозу або якщо проблеми зі сном впливають на життя в денний час, розгляньте доцільність направлення до спеціаліста.

- ▶ Запевніть опікунів, що такі стани як доброякісний неонатальний мі-оклонус сну, розлад ритмічних рухів та парасомнії є нешкідливими й зазвичай самообмежувальними.
- ▶ У разі парасомній:
  - Поясніть, що парасомнії не пов'язані з психічними чи неврологічними розладами.
  - Якщо епізоди парасомній повторюються часто, розгляньте доцільність направлення до спеціаліста.
- ▶ За наявності підозр на синдром періодичних рухів кінцівок:
  - Направте дитину до спеціаліста для проведення полісомнографії та підтвердження діагнозу.
  - Перевірте рівень феритину в сироватці крові, оскільки його зниження є поширеним явищем у дітей із синдромом періодичних рухів кінцівок. У разі підтвердження зниженого рівня феритину, призначте добавки із залізом (с. 456).
- ▶ У разі великих рухів розгляньте доцільність застосування запобіжних заходів для запобігання травматизму.

### 6.34.3 Хропіння

Діти та підлітки зі звичайною застудою або ринітом можуть хропіти протягом кількох ночей. Це явище не потребує додаткового оцінювання. У дітей або підлітків, які мають хропіння більше ніж 3 рази на тиждень протягом більше ніж 3 тижнів поспіль за відсутності застуди або риніту, слід розглянути можливість розладів дихання уві сні, таких як тяжке обструктивне апное сну. Утруднення дихання часто зустрічається в дітей шкільного віку з гіпертрофією аденоїдів або ожирінням.

#### Анамнез і обстеження

- Проблеми зі сном (с. 608)
- Фактори ризику хропіння:
  - Підвищений артеріальний тиск
  - Ожиріння
  - Пасивне куріння
  - Гіпертрофія аденоїдів чи мигдаликів (с. 247)
  - Викривлення носової перегородки, травми обличчя в анамнезі

- Хронічні респіраторні захворювання: астма (с. 654) або муковісцидоз (с. 668)
- Нервово-м'язові розлади, напр., ДЦП (с. 644)
- Розлади, пов'язані з черепно-лицьовим дисморфізмом, напр., ахондроплазія.
- Неуважність, гіперактивність, імпульсивність, дратівливість
- Нічний енурез (с. 402)
- Симптоми обструктивного апное сну: наявність парадоксальних рухів грудної клітки та живота, втягування грудної клітки, епізоди апное, надмірна пітливість, безперервне дихання ротом під час сну.

### Надання допомоги

- ▶ За наявності підозр на обструктивне апное сну зверніться до спеціаліста для проведення подальшого оцінювання і складання плану лікування.
- ▶ Проаналізуйте можливі фактори ризику, такі як ожиріння (с. 576) і високий артеріальний тиск (с. 381).
- ▶ При гіпертрофії аденоїдів див. с. 247.
- ▶ При викривленні носової перегородки див. с. 248.

## 6.35 Проблеми з харчуванням, страх перед набором ваги

Проблеми з харчуванням є частою скаргою на рівні первинної медичної допомоги. Причини звернення варіюються від скарг батьків на те, що маленька дитина не їсть достатньо, до ожиріння й розладів харчової поведінки, таких як нервова анорексія в підлітків (таблиця 93).

### Анамнез

- Історія годування або харчування: кількість прийомів їжі на день, час прийому їжі (сніданок, обід і вечеря) та типи їжі
- Середовище проживання, соціальні умови та умови в сім'ї

**Примітка:** Проблеми в родині або неналежне поводження з дитиною можуть впливати на апетит і харчові звички.

- Фактори, що викликають виникнення проблем із харчуванням:
  - Організація та практика прийому їжі
  - Типи їжі, яку пропонують дитині

- Наявність відрази до їжі та уникання їжі
  - Несприятлива взаємодія між опікунами та немовлям
  - Невідповідна реакція опікунів на сигнали, які дитина подає під час прийому їжі
  - Апетит, напр., брак інтересу до їжі
  - Наявність стану або хвороби, що впливає на годування.
- Звички харчування батьків (вегетаріанство, веганство)
  - Ознаки розладів харчової поведінки:
    - Спотворений образ тіла і патологічний страх погладшати
    - Нездорова поведінка щодо контролю ваги, наприклад, навмисне викликання блювання, дотримання надмірно суворих дієт, зловживання проносними, діуретиками та іншими лікарськими засобами, голодування або виснажливі фізичні навантаження.
  - Відомий медичний стан, звичайний прийом ліків.

### Обстеження

- Проведіть повний фізикальний огляд.
- Виміряйте вагу та довжину тіла або зріст і оцініть ріст (с. 138).

### Надання допомоги

Забезпечте надання допомоги відповідно до даних анамнезу, результатів обстеження та оцінювання росту.

**Таблиця 93. Оцінювання на предмет проблем із харчуванням та надання відповідної допомоги**

Оцінювання	Надання допомоги
<ul style="list-style-type: none"> <li>Дитина чи підліток їсть нормальну кількість їжі (не «замало» і не «забагато») всупереч сприйняттю батьків</li> <li><i>Показники росту в нормі.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Заспокойте сім'ю та проведіть консультацію щодо харчування (с. 96).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Дитина чи підліток схильні їсти забагато, замало або мають шкідливі звички в харчуванні</li> <li><i>Показники росту в нормі.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Визначте можливу причину зміни харчових звичок, напр., супутня гостра інфекція, депресія, зловживання психоактивними речовинами.</li> <li>▶ Проведіть консультацію щодо харчування (с. 96).</li> <li>▶ Подальше спостереження.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Виявлені <i>недоїдання, надмірна худорлявість чи сповільнення росту.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Див. додаткову інформацію про оцінювання і надання допомоги на с. 571.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Виявлені <i>надмірна вага чи ожиріння.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Див. додаткову інформацію про оцінювання і надання допомоги на с. 576.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ознаки, що вказують на наявність <i>розладів харчової поведінки.</i></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Див. додаткову інформацію про оцінювання і надання допомоги на с. 615.</li> </ul>

**Примітка:** надмірна вага та ожиріння, розлади харчової поведінки та нездоровий контроль ваги не виключають одне одного й можуть співіснувати.

### 6.35.1 Розлади харчової поведінки

Розлади харчової поведінки характеризуються стійким порушенням прийому їжі або пов'язаної з їжею поведінки, що призводить до зміни споживання або засвоєння їжі та істотно погіршує фізичне здоров'я чи психосоціальне функціонування. У більшості випадків розлади харчової поведінки починаються у віці від 12 до 25 років.

#### Оцінювання

Розгляньте доцільність використання інструментів для скринінгу розладів харчової поведінки, наприклад:

- Скринінгових запитань, що корелюють із тестом на визначення ймовірності розладів харчової поведінки (EAT-26):
  - На кількох дієтах ви сиділи за останній рік?
  - Ви вважаєте, що вам варто сидіти на дієті?
  - Ви незадоволені параметрами свого тіла?
  - Ваша вага впливає на ваше ставлення до себе?
- Опитувальника SCOFF (відповідність  $\geq 2$  критеріям вказує на розлади харчової поведінки і необхідність подальшого оцінювання):
  - **S** [sick] — нудота: «Чи викликаєте ви час від часу блювання, коли відчуваєте, що переїли?»
  - **C** [control] — контроль: «Чи турбуєтеся ви про втрату контролю над тим, скільки ви їсте?»
  - **O** [one stone]: «Чи худли ви останнім часом на щонайменше 6 кг протягом 3 місяців?»
  - **F** [fat] — повнота: «Чи вважаєте ви себе занадто товстим(ою), в той час як інші кажуть, що це не так?»
  - **F** [food]: «Чи можете ви сказати, що їжа домінує у вашому житті?»

### Диференціальна діагностика

Важливо диференціювати різні типи розладів харчової поведінки (таблиця 94). У деяких випадках у підлітків один розлад харчової поведінки може перетікати в інший.

**Таблиця 94. Диференціальна діагностика розладів харчової поведінки**

Діагноз <sup>a</sup>	Фактори на користь
<b>Компульсивне переїдання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повторювані епізоди переїдання протягом певного періоду часу (наприклад, протягом будь-якого 2-годинного періоду) — споживання значно більшого обсягу їжі ніж, ніж потрібно більшості людей.</li> <li>• Відчуття відсутності контролю над прийомом їжі під час епізодів переїдання, що супроводжуються почуттям провини, депресією, сорому або відризи до себе.</li> <li>• Пацієнт може їсти настільки швидко, що матиме неприємне відчуття насичення, навіть коли не буде голодним.</li> <li>• Пацієнт може переїдати, залишаючись наодинці, щоб приховати свою поведінку.</li> <li>• Епізоди трапляються в середньому щонайменше раз на тиждень протягом трьох місяців.</li> </ul>
<b>Нервова булімія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часті епізоди компульсивного переїдання з наступною неадекватною компенсаторною поведінкою (напр., навмисним викликанням блювання, зловживання проносними, діуретиками чи іншими лікарськими засобами, голодування або виснажливі фізичні навантаження) для запобігання набору ваги.</li> <li>• Епізоди трапляються в середньому щонайменше раз на тиждень протягом трьох місяців.</li> </ul>
<b>Нервова анорексія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зустрічається переважно в дівчат (піковий вік — 15 років).</li> <li>• Спотворене сприйняття власного тіла; перебільшення ролі ваги й параметрів тіла в самооцінці.</li> <li>• Сильний страх набрати вагу або стати товстим(ою).</li> <li>• Дотримання надмірно суворої дієти, що призводить до різкої втрати ваги та продовжується незважаючи на дуже малу вагу.</li> <li>• Стейкий брак усвідомлення серйозності малої ваги.</li> <li>• Два підтипи: обмежувальний та «переїдання/очищення».</li> </ul> 

<sup>a</sup> Специфічні діагностичні критерії можна знайти в посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів].

Визначте фізичні та психологічні супутні захворювання, включаючи аменорею (с. 787), порушення електролітного балансу, депресію, тривожність, самоушкодження, обсесивно-компульсивний розлад і суїцидальні ідеї або спроби суїциду.

## Надання допомоги

- Раннє виявлення та застосування міждисциплінарного підходу є ключовими факторами успіху в лікуванні розладів харчової поведінки.

Більшість пацієнтів можуть лікуватися амбулаторно у спеціаліста, однак деякі можуть потребувати часткової чи повної госпіталізації або лікування у спеціальних закладах.

- ▶ Залучайте до надання допомоги мультидисциплінарну команду. Якщо можливо, включайте до неї психолога, дієтолога та соціального працівника.
- ▶ Хороша комунікація в межах команди є надзвичайно важливою.
- ▶ Із допомогою мультидисциплінарної команди забезпечте:
  - Необхідні медичні та дієтологічні втручання
  - Психологічні втручання, напр., застосування когнітивно-поведінкової терапії
  - Сімейну терапію.
- ▶ Коли спеціалізована команда недоступна, особливо в ситуаціях на ранній стадії та ситуаціях, які не є критичними, обговоріть необхідну підтримку з підлітком і опікунами та визначте деякі правила й стратегії, напр., як далі харчуватися та як уникати криз компульсивного переїдання.
- ▶ Моніторуйте ускладнення відповідно до плану спеціаліста, у т. ч. ЕКГ та електроліти сироватки крові.
- ▶ Забезпечте лікування супутніх захворювань, таких як депресія (с. 586) або тривожність (с. 594).

## Направлення

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

Розгляньте доцільність **екстреної госпіталізації**, якщо:

- Дитина має  $\leq 75\%$  середнього ІМТ для віку та статі
- Спостерігається затримка росту і розвитку
- Наявні зневоднення та порушення електролітного балансу (гіпокаліємія, гіпонатріємія, гіпофосфатемія)
- За результатами ЕКГ виявлено подовжений інтервал QTc або тяжку брадикардію
- Спостерігається тяжка брадикардія, гіпотонія, гіпотермія
- Наявні гострі ускладнення недоїдання, такі як синкопе, судоми, серцева недостатність, панкреатит
- Присутні гостра відмова від їжі, неконтрольоване переїдання та очищення
- Дитина має додатковий психічний або медичний стан, що перешкоджає амбулаторному лікуванню (напр., тяжку депресію, суїцидальні думки, обсесивно-компульсивний розлад, цукровий діабет 1 типу)
- Амбулаторне лікування виявляється неефективним.

### 6.36 Повторювані фізичні симптоми незрозумілої етіології

#### Соматоформний розлад та пов'язані стани

Повторювані фізичні симптоми незрозумілої етіології — основна скарга при **соматоформному розладі та пов'язаних станах**. Дитина чи підліток можуть скаржитися на симптоми, які негативно впливають на їхнє самопочуття та життя, за відсутності будь-якого основного стану, який можна виявити (таблиця 95). Такі проблеми часто зустрічаються в підлітковому віці, оскільки вони є проявом занепокоєння, нещастя, тривоги та депресії, пов'язаних зі зростанням тіла та зміною уявлень про себе. Частіше зустрічаються в дівчат.

Симптоми, на які скаржиться дитина, є реальними: вона не симулює і справді вірить, що вона хвора.

Наявність таких симптомів часто призводить до проведення численних досліджень (напр., лабораторних тестів, візуалізаційних досліджень), за результатами яких зрештою не виявляють жодних порушень, що викликає спантеличення у пацієнта та його сім'ї і ставить у непросту ситуацію лікаря. Тому, за наявності підозр на зазначений стан, важливо зосереджуватися як на проведенні відповідних медичних обстежень, ТАК І НА настрої та самопочутті підлітка.

## Анамнез

Зберіть детальний анамнез, щоб виключити будь-які соматичні захворювання:

- Основна скарга: поширені симптоми — хронічна втома, біль, у тому числі головний, запаморочення, утруднення ходьби чи дихання.
- Коли і як з'явилися симптоми?
- Будь-які тригерна подія або стресор:
  - Насильство в сім'ї
  - Знущання, сексуальне насильство, неналежне поводження з дитиною (с. 712)
  - Розлучення батьків або інша болісна подія
  - У підлітків: розрив романтичних стосунків, хвилювання та переживання щодо сексуальної орієнтації.
- Наслідки симптомів у повсякденному житті:
  - Прогули школи, відмова йти до школи
  - Нездатність займатися спортом і витримувати фізичні навантаження
  - Зменшення дозвілля та спілкування з однолітками.

## Обстеження

- Проведіть ретельний фізикальний огляд. За необхідності проводьте повторні огляди під час контрольних візитів.
- Зазвичай за результатами огляду не виявляють жодних порушень.

**НАМАГАЙТЕСЯ НЕ** пропустити жодного недіагностованого медичного стану!

## Дослідження

За необхідності: ЗАК і візуалізаційні дослідження для виключення можливих захворювань. Не проводьте досліджень, які не є необхідними.

## Диференціальна діагностика

Таблиця 95. Основний соматоформний розлад та пов'язані стани

Діагноз <sup>a</sup>	Фактори на користь
<b>Соматоформні розлади</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фізичні симптоми (такі як хронічна втома, біль, у тому числі головний, запаморочення, утруднення ходьби чи дихання), що викликають істотний дистрес та проблеми в повсякденному житті</li> <li>• Симптоми не пов'язані з будь-яким фізичним станом або є тяжчими, ніж можна було очікувати</li> <li>• Надмірні думки, почуття та поведінка у відповідь на симптоми.</li> </ul>
<b>Конверсійний розлад або функціональний неврологічний розлад</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Неврологічні симптоми, які неможливо пояснити неврологічним або медичним станом, що викликають істотний дистрес та проблеми в повсякденному житті</li> <li>• Симптоми: слабкість, параліч, тремор, епізоди тремтіння, втрата рівноваги, проблеми з мовленням, зором (розмитість зору, двоїння в очах), проблеми зі слухом.</li> </ul>

<sup>a</sup> Специфічні діагностичні критерії можна знайти в посібнику Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) [Діагностичний та статистичний посібник щодо психічних розладів].

Виключіть інші причини або стани, які можуть імітувати такі розлади:

- Депресію (с. 586), панічний розлад (с. 594) або шизофренію (с. 607)
- Хвороби, вигадані або спричинені батьками та опікунами — делегова-ний синдром Мюнхгаузена (с. 715).

## Надання допомоги

- ▶ Розгляньте доцільність направлення дитини до спеціаліста для підтвердження діагнозу.
- ▶ Поясніть дитині чи підлітку, що їхні симптоми та біль реальні, а не уявні, і запевніть їх, що вони не страждають від органічного захворювання. Деякі симптоми можуть виникати через стрес або депресію.
- ▶ Проведіть консультацію щодо здорового способу життя, наприклад, здорового харчування (с. 96) і регулярної фізичної активності (с. 121).
- ▶ Заохочуйте дитину або підлітка поступово повертатися до повсякденної діяльності за підтримки батьків чи опікунів, а також фізіотерапевта та працівників школи.

- ▶ Визначте конкретні дії для подолання симптомів і почніть відновлення деяких видів діяльності; адаптуйте середовище до спроможностей підлітка, напр., зменшення відвідування школи, підвищення фізичної активності.

### Подальше спостереження

- Організуйте регулярні зустрічі з сім'єю для оцінювання покращення.
- Якщо ситуація є довготривалою, запропонуйте психопросвіту (с. 723) або направте до психолога для проведення когнітивно-поведінкової терапії.

# Захворювання та стани

<b>7.1</b>	<b>Потреби в комплексному догляді</b>	<b>626</b>
<b>7.2</b>	<b>Труднощі в розвитку</b>	<b>630</b>
<b>7.3</b>	<b>РАС</b>	<b>634</b>
<b>7.4</b>	<b>СДУГ</b>	<b>636</b>
<b>7.5</b>	<b>Синдром Дауна</b>	<b>638</b>
<b>7.6</b>	<b>Дефекти нервової трубки</b>	<b>640</b>
<b>7.7</b>	<b>ДЦП</b>	<b>644</b>
<b>7.8</b>	<b>Фетальний алкогольний спектр порушень</b>	<b>648</b>
<b>7.9</b>	<b>Хвороби серця</b>	<b>650</b>
<b>7.10</b>	<b>Хронічна ниркова недостатність</b>	<b>653</b>
<b>7.11</b>	<b>Астма</b>	<b>654</b>
<b>7.12</b>	<b>Муковіцидоз (кістозний фіброз)</b>	<b>668</b>
<b>7.13</b>	<b>Цукровий діабет</b>	<b>671</b>
<b>7.14</b>	<b>Таласемія</b>	<b>684</b>
<b>7.15</b>	<b>Серповидноклітинна анемія</b>	<b>686</b>
<b>7.16</b>	<b>Рак</b>	<b>692</b>
<b>7.17</b>	<b>ВІЛ/СНІД</b>	<b>696</b>
<b>7.18</b>	<b>ТБ</b>	<b>705</b>
<b>7.19</b>	<b>Неналежне поводження з дитиною</b>	<b>712</b>
<b>7.20</b>	<b>Емоційні та поведінкові проблеми</b>	<b>721</b>
<b>7.21</b>	<b>Вживання алкоголю та психоактивних речовин і зловживання ними</b>	<b>725</b>
<b>7.22</b>	<b>Проблематичне використання інтернету і соціальних мереж</b>	<b>730</b>
<b>7.23</b>	<b>Потреби в рамках паліативної допомоги</b>	<b>733</b>

## 7.1 Потреби в комплексному догляді

Діти або підлітки, які мають декілька хронічних станів, проблеми з психічним здоров'ям чи взаємодією лікарських засобів, а також є соціально вразливими, є пацієнтами, які потребують комплексного догляду. Такі пацієнти можуть мати:

- Декілька хронічних, у тому числі взаємопов'язаних, станів
- Інвалідність або довгострокові труднощі в розвитку (с. 630)
- Емоційні та поведінкові проблеми (с. 721)
- Потреби в паліативній допомозі (с. 733).

**Надання допомоги дітям та підліткам, які мають потреби в комплексному догляді**

Метою є надання дитині можливості жити максимально повноцінно в межах її спроможностей.

### *Координація допомоги*

Забезпечуйте надання та координацію безперервних підтримки й допомоги, доки дитина потребуватиме їх, і уникайте фрагментації послуг. Якість ваших відносин із дитиною та її сім'єю може впливати на результат догляду й лікування у довгостроковій перспективі. Налагодивши такі відносини, ви можете допомогти дитині жити щасливим життям та розвивати самостійність, самооцінку й незалежність.

- ▶ Координуйте допомогу зі спеціалістами та міждисциплінарними командами.
- ▶ Дотримуйтеся рекомендацій спеціалістів та роз'яснюйте їх членам сім'ї дитини.
- ▶ Підтримуйте цілі, які ставить перед собою сім'я.
- ▶ Розробляйте плани догляду спільно з сім'єю та дитиною. Надайте копії готового плану родині та всім фахівцям, залученим до надання допомоги дитині. План догляду повинен включати:
  - Цілі для дитини та її батьків
  - Список проблем
  - План допомоги дитині на наступний рік

- Фахівців
  - План реабілітаційної терапії, напр., фізіотерапії
  - Список ліків із зазначенням дозування та частоти прийому
  - Дієту або план годування
  - Плани щодо фізичної активності
  - Необхідне медичне обладнання, напр., ходунки, крісло-коляску, адаптивне сидіння
  - Медичні послуги, які надаватимуться вдома (патронаж/медичну допомогу вдома)
  - Навчальні підтримку та плани
  - Плани дій на випадок захворювання або подорожі
  - Контактну інформацію всіх відповідних надавачів медичної допомоги.
- Призначення щодо:
- Лікарських засобів
  - Пелюшок чи інших предметів гігієни (пристроїв для купання, катетерів)
  - Допоміжних медичних засобів, технологій та обладнання (крісла-коляски, інсулінової помпи, обладнання для кисневої підтримки, ортезів)
  - Слухового апарату та окулярів.
- Організуйте направлення і спрощуйте доступ до:
- Фахівців
  - Реабілітації (ерготерапії, фізіотерапії, логопедії)
  - Харчової терапії, напр., трубок для ентерального харчування, ковтальної терапії, дієтичного харчування
  - Стоматологічних оглядів і лікування
  - Медичних послуг, які надаватимуться вдома (патронажу/медичної допомоги вдома)
  - Послуг з охорони психічного здоров'я
  - Паліативної допомоги
  - Сімейної терапії та консультацій з питань психічного здоров'я
  - Груп підтримки для дитини і членів її сім'ї
  - Послуг із безпечного транспортування
  - Послуг опіки, оформлення довіреностей
  - Освітніх та соціальних послуг

— Фінансової підтримки для мінімізації витрат із власної кишені.

- ▶ Завчасно організуйте переведення пацієнта від педіатричних служб до служб для дорослих при досягненні підліткового віку.

### **Підхід, орієнтований на потреби сім'ї**

Забезпечуйте підтримку дітям із комплексними потребами в догляді та їхнім сім'ям, щоб забезпечити належний фізичний, когнітивний, емоційний та соціальний розвиток дитини.

- ▶ Ухвалюйте рішення спільно на основі розвитку здатності дитини розуміти відповідну інформацію (с. 4, с. 746).
- ▶ Залучайте опікунів до лікування їхньої дитини, оскільки саме вони перебуватимуть поруч із дитиною в більшості ситуацій. Вони повинні знати, що роблять і чому, щоб бути у змозі контролювати проблеми своєї дитини.
- ▶ Прислухайтесь до почуттів опікунів щодо стану їхньої дитини.
- ▶ Заохочуйте їх розвивати позитивний і міцний емоційний зв'язок із дитиною.
- ▶ Заохочуйте опікунів допомагати дитині розвивати впевненість у собі та самостійність з урахуванням рівня розвитку дитини.
- ▶ Усвідомлюйте потреби сім'ї та здатність давати раду в тій чи іншій ситуації. Моніторуйте вплив стану дитини на життя, благополуччя та фінансове становище сім'ї і, за потреби, надавайте направлення до відповідних служб.

### **Завчасне планування**

- ▶ Підготуйте дітей та їхні сім'ї до можливих:
  - Впливів захворювання на розвиток і поведінку дитини, а також її здатність виконувати повсякденну діяльність та взаємодіяти з родиною
  - Загострення або рецидивів захворювання
  - Подальших процедур
  - Змін у лікуванні чи в ефективності ліків.
- ▶ Заохочуйте членів родини підготувати план на випадок надзвичайних ситуацій, напр., у випадках дітей із астмою, епілепсією.

- ▶ Заохочуйте дитину брати участь у відповідних для її віку заходах, у т.ч. спортивних, музичних, творчих, а також розвивати навички, відвідувати школу, налагоджувати й підтримувати стосунки з однолітками.

### Рутинний догляд

- ▶ Забезпечте надання допомоги при супутніх захворюваннях.
- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації, якщо не зазначено інше (с. 83).
- ▶ Забезпечте проведення регулярних перевірок зору та слуху.

### Подальше спостереження та моніторинг

Діти, які мають потреби в комплексному догляді, як правило, потребують частіших візитів: щонайменше кожні 3–6 місяців.

- ▶ Плануйте регулярні контрольні візити.
- ▶ Під час контрольних візитів забезпечте оцінювання та вжиття відповідних заходів щодо:
  - Прогресування стану
  - Проблем із медикаментозним лікуванням, напр., ефективністю, побічними ефектами
  - Інших аспектів терапії: дієти, фізичних вправ, фізіотерапії
  - Дотримання режиму лікування
  - Інших проблем зі здоров'ям, напр., болю, питань щодо зростання, які викликають занепокоєння
  - Настрою, самооцінки та уявлення про себе, впевненості в майбутньому, соціальної діяльності, депресії, тривоги
  - Впливу стану на повсякденне, сімейне та соціальне життя та освіту, напр., пропуски школи
  - Потреб у додатковій інформації про захворювання та його лікування.
- ▶ Забезпечуйте моніторинг на предмет:
  - Ускладнення специфічних станів
  - Емоційних та поведінкових проблем (с. 721)
  - Труднощів у розвитку (с. 630)
  - Змін у потребах щодо підтримки з боку сім'ї
  - Ознак неналежного поводження та нехтування (с. 712).

## 7.2 Труднощі в розвитку

Труднощі в розвитку часто починаються в ранньому дитинстві й можуть проявлятися недосягненням дитиною певних ключових показників розвитку. Труднощі в розвитку можуть бути спричинені поширеними станами, яким можна запобігти, такими як відсутність чуйного догляду, дефіцит заліза та недоїдання. Їх причиною також можуть бути порушення нервово-психічного розвитку. Порушення нервово-психічного розвитку, пов'язані з розвитком та ростом центральної нервової системи і включають:

- Генетичні стани, напр., синдром Дауна (с. 638)
- Черепно-мозкові травми, напр., травми, отримані при народженні
- ДЦП (с. 644)
- Стани, викликані токсинами, напр., фетальний алкогольний спектр порушень (с. 648)
- Тики, напр. синдром Туретта
- Розлади навчання, напр., дислексія, дискалькулія
- Комунікативні, мовленнєві та мовні порушення
- СДУГ (с. 636)
- РАС (с. 634).

Важливо виявляти такі стани якомога раніше, щоб мати можливість забезпечити дитині належну підтримку. Наведені нижче тривожні сигнали мають вказувати на необхідність первинного оцінювання і, за необхідності, направлення до спеціаліста (напр., логопеда, психологів).

### Ознаки труднощів у розвитку

Усі вікові групи:

- Труднощі у виконанні повсякденної діяльності відповідно до віку дитини
- Труднощі в розумінні вказівок
- Труднощі в соціальній взаємодії й адаптації до змін
- Труднощі з комунікацією
- Повторювані патерни в поведінці, інтересах і діяльності.

Немовлята і діти віком  $\leq 5$  років:

- Недосягнення ключових показників розвитку (с. 74)
- Регрес у розвитку або втрата засвоєних навичок

- Повільне засвоєння навичок самопомоги: одягання, купання, чищення зубів.

Діти віком від 6 до 12 років:

- Повільне засвоєння навичок читання і писання
- Погана успішність у школі: неуважність, гіперактивність, порушення дисципліни в класі
- Труднощі у взаємодії з однолітками.

Підлітки віком 13–18 років:

- Погана успішність у школі: неуважність, гіперактивність, порушення дисципліни в класі
- Ризиковані види поведінки: експерименти з наркотиками, надмірний ризик у заняттях спортом і хобі, незахищений секс.

### Анамнез

Оцініть:

- Досягнення ключових показників розвитку (с. 73)
- Соціальні та комунікативні навички, а також здатність адаптуватися до різних ситуацій (за словами батьків і вчителів)
- Функціонування в родині
- Соціальне середовище та стосунки з однолітками
- Труднощі у школі: пам'ять, навчання, читання та писання.

### Надання допомоги при труднощах у розвитку

Взаємодія з батьками, медичними працівниками і, звісно, самою дитиною може дати дитині в повній мірі реалізувати свої можливості. Мета — забезпечити довготривалу підтримку та орієнтири для дитини та її сім'ї протягом усього дитинства, юності й далі.

### Підтримка сім'ї

Опікуни та інші члени сім'ї відіграють головну роль у розвитку дитини.

- ▶ Дізнайтеся, що опікуни думають про розвиток дитини. Вони можуть надати інформацію (напр., про умови раннього навчання вдома), яка допоможе вам спланувати необхідні втручання.
- ▶ Запевніть опікунів, що вони не винні в труднощах, які їм доводиться долати.

- ▶ Консультуйте опікунів, як підтримати розвиток їхньої дитини (с. 80).
- ▶ Дайте їм надію, не заперечуючи серйозності проблеми дитини. Життя з труднощами в розвитку можливе, але потребує творчого і гнучкого підходу. Якщо у батьків виникають труднощі, допоможіть їм знайти позитивний підхід до життя з дитиною.
- ▶ Будьте партнером дитини та сім'ї, наставником і захисником та будуйте команду навколо дитини.

### *Психологічний та емоційний добробут дитини і сім'ї*

- ▶ Забезпечуйте підтримку й моніторинг психологічного й емоційного добробуту дитини та її батьків чи опікунів.
- ▶ Моніторуйте наявність у батьків та опікунів ознак:
  - Труднощів у прийнятті проблеми зі здоров'ям дитини, напр., уникання своєї дитини, заперечення проблеми
  - Браку участі в житті дитини
  - Депресії.
- ▶ Моніторуйте наявність у дитини ознак:
  - Емоційного насильства чи нехтування (с. 712)
  - Емоційної депривації
  - Депресії (с. 586).

### *Координація допомоги*

- ▶ Знайте місцеві служби, які можуть забезпечити підтримку сім'ї, напр., послуги з лікувально-терапевтичного втручання в ранньому віці (див. нижче).
- ▶ Направляйте сім'ю до служб, виходячи з потреб дитини та сім'ї. Якщо потрібні служби відсутні, запевніть опікунів у тому, що їхня робота з дитиною вдома з високою ймовірністю є найціннішим із можливих втручань.
- ▶ Налагодіть партнерські стосунки із сім'єю для планування консультацій, лабораторних досліджень, втручань і подальшого спостереження.
- ▶ Уникайте фрагментації послуг, а також надання суперечливої інформації та різних порад із різних джерел. Найбільша користь для дітей і їхніх сімей досягається тоді, коли всі послуги чи більшість послуг надаються в одному й тому самому місці.

### Послуги з лікувально-терапевтичного втручання в ранньому віці

- ▶ Розпочинайте раннє втручання одразу після виявлення труднощів у розвитку:

**НЕ СЛІД** відкладати втручання в очікуванні на консультацію спеціаліста, яке може займати тривалий час.

**НЕ СЛІД** втрачати час через нерозуміння, заперечення та невиконання рекомендацій з боку опікунів.

- ▶ Розробіть план раннього втручання. Він має включати найважливіший компонент раннього втручання: належні догляд і середовище для навчання вдома, які сім'я може забезпечувати щодня.
- ▶ Надайте рекомендації щодо підтримки розвитку дитини вдома з урахуванням поточних можливостей і потреб дитини. Надайте специфічні рекомендації з урахуванням віку дитини.

Послуги з лікувально-терапевтичного втручання в ранньому віці можуть включати:

- Раннє втручання в домашніх умовах для покращення функціонування, діяльності та участі у повсякденному житті, напр. візити додому
- Харчову підтримку, напр., використання трубок для ентерального харчування, ковтальної терапії, дієтичного харчування
- Логопедію
- Медсестринську допомогу
- Виготовлення допоміжних засобів: ортезів і протезів
- Реабілітаційну терапію (див. інформацію про реабілітацію нижче)
- Забезпечення слуховими апаратами та окулярами
- Спеціальні заняття
- Інклюзивні дошкільна освіта та шкільне навчання
- Навчання членів сім'ї
- Психологічні та психіатричні послуги для дитини і членів її сім'ї
- Послуги з соціальної та фінансової підтримки
- Послуги з транспортування.

### Реабілітація

- ▶ За необхідності та з урахуванням потреб і віку дитини організуйте реабілітаційні послуги, які допоможуть дитині чи підлітку:

- Самостійно виконувати щоденну діяльність, напр., їсти, одягатися, користуватися туалетом, купатися, доглядати за тілом.
- Пересуватися вдома та поза домом, напр., гратися на вулиці, ходити до школи чи на роботу.
- Брати участь у суспільному житті нарівні з іншими, напр., заводити друзів, гратися, навчатися, працювати, брати участь у громадських заходах.

Реабілітаційні втручання можуть включати:

- Фізіотерапію, ерготерапію, логопедію, розвиток орієнтації й мобільності
- Застосування допоміжних пристроїв та технологій, таких як протези, ортези, крісла-коляски, слухові апарати.

### **Підлітковий вік**

Мірою дорослішання дитини з труднощами в розвитку її потреби та потреби її опікунів можуть швидко змінюватися. Важливо щоб дитина та батьки отримували належний супровід. Визначайте будь-які необхідні додаткову підтримку чи послуги.

Щоб дізнатися більше про особливі міркування щодо лікування хронічних станів у підлітковому віці, див. с. 792.

## **7.3 РАС**

РАС — це довічне порушення розвитку, яке характеризується стійким дефіцитом соціальної комунікації та соціальної взаємодії та обмеженими, повторюваними патернами в поведінці, інтересах чи діяльності. Спектр розладів є досить широким. У той час як деякі діти з аутизмом можуть жити самостійно, інші мають тяжку інвалідність і потребують догляду та підтримки протягом усього життя. Однією з форм РАС є синдром Аспергера. У дітей із синдромом часом спостерігаються незначні проблеми з мовою чи пізнанням. У деяких випадках такі проблеми можуть бути відсутні зовсім.

Враховуючи потенційний довготривалий вплив захворювання й відносну ефективність раннього спеціалізованого лікування, важливо діагностувати стан якомога раніше, бажано — до трьох років. Надавачі первинної медичної допомоги відіграють надзвичайно важливу роль у якомога раннішому виявленні дітей із підозрою на зазначені стани та їх направленні до спеціаліста.

## Ознаки і симптоми

Таблиця 96. Ознаки і симптоми розладів аутистичного спектру (РАС)

Вік	Ознаки і симптоми РАС
<b>6–12 місяців</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Обмеженість або відсутність зорового контакту</li> <li>Зменшення інтенсивності обміну звуками, посмішками або виразами обличчя</li> <li>Зменшення інтенсивності, атиповість або відсутність лепетання чи жестикуляції, напр., вказування на предмет, намагання дотягтися до чогось, махання на прощання</li> <li>Обмеженість реакції при звертанні на ім'я.</li> </ul>
<b>9–12 місяців</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Поява повторюваної поведінки, напр., крутіння або шиккування предметів</li> <li>Незвичайна гра, напр., інтенсивне дослідження іграшок.</li> </ul>
<b>12–18 місяців</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Відсутність окремих слів</li> <li>Відсутність гри в удавання</li> <li>Обмеженість ініціювання взаємодій і реагування на них, демонстрації інтересів.</li> </ul>
<b>15–24 місяців</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Зменшена кількість, нетиповість або відсутність спонтанних чи значущих фраз із двох слів.</li> </ul>
<b>Дошкільний вік</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Зменшення інтенсивності використання жестів, мови, у тому числі мови тіла, виразів обличчя і зорових контактів</li> <li>Виконання повторюваних рухів, напр., плескання руками, розхитування, крутіння, клацання пальцями</li> <li>Повторювані ігри, напр., відкривання й закривання дверей</li> <li>Зменшення інтенсивності використання мови: дитина вміє говорити реченнями, однак віддає перевагу промовлянню окремих слів</li> <li>Немовні вокалізації, дивна або плоска інтонація</li> <li>Часте повторення слів або фраз (ехолалія)</li> <li>Називання себе на ім'я або у третій особі у віці, старшому за 3 роки</li> <li>Зниження інтересу до інших; ініціації соціальної гри з іншими; наслідування дій інших; задоволення від ситуацій, які подобаються більшості дітей (наприклад, днів народження)</li> <li>Екстремальні емоційні реакції на зміни або нові ситуації, наполягання на тому, щоб усе лишалося так, як є.</li> </ul>

Вік	Ознаки і симптоми РАС
<b>Молодший шкільний вік</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обмеженість, монотонність, повторюваність розмовної мови</li> <li>• Говоріння радше «в бік інших», аніж з іншими</li> <li>• Груба чи неадекватна реакція на інших</li> <li>• Жорстке очікування, що інші діти повинні дотримуватися правил гри</li> <li>• Знижена реакція при звертанні на ім'я, вирази обличчя та почуття інших осіб</li> <li>• Знижений інтерес до людей, у тому числі до однолітків</li> <li>• Знижена здатність до гнучкої образної гри або творчості.</li> </ul>

**Примітка:** високофункціональні форми РАС можуть залишатися недіагностованими, допоки вони не будуть спровоковані стресом і проблемами в підлітковому чи молодому дорослому віці.

### Надання допомоги

- ▶ Направляйте дітей із підозрою на РАС до спеціаліста (наприклад, спеціалізованого психолога, педіатра, що спеціалізується на питаннях розвитку, або дитячого психіатра) для підтвердження діагнозу, подальшого оцінювання та надання консультацій щодо плану допомоги.
- ▶ Надавайте підтримку і поради батькам.
- ▶ Моніторуйте харчовий статус (звички харчування, типи їжі, які споживає або не споживає дитина) та забезпечуйте оцінювання на предмет симптомів дефіциту мікроелементів, оскільки в дітей із РАС можуть спостерігатися селективні патерни харчування.
- ▶ Налагодьте взаємодію з учителями та іншим шкільним персоналом.
- ▶ Направте сім'ю для отримання наявних у громаді ресурсів.

**НЕ СЛІД** призначати медикаментозне лікування без консультації спеціаліста.

Додаткову інформацію про те, як забезпечити підтримку дітям із труднощами в розвитку та їхнім сім'ям див. на с. 631.

## 7.4 СДУГ

СДУГ — стійкий патерн неуважності або гіперактивності-імпульсивності, що заважає функціонуванню чи розвитку. СДУГ зазвичай проявляється до 5 років, однак деякі його симптоми можуть розвиватися лише в підлітковому віці. Типові симптоми складно визначити, оскільки вони збігаються

з нормальною поведінкою. При цьому розпізнавання СДУГ є важливим, оскільки дітей можуть помилково вважати неслухняними і звинувачувати та карати за поведінку, яку вони не здатні контролювати.

### Анамнез

- Надмірна неуважність: розсіяність, нездатність слідкувати за інформацією, яка надається, в дошкільному закладі чи школі
- Нездатність зосереджуватися на тому чи іншому завданні більше ніж на кілька хвилин, перемикання на інші види діяльності, відволікання, відсутність наполегливості
- Часті випадки втрати особистих речей
- Надмірна гіперактивність: постійна біганина, неспроможність всидіти на місці, балакучість, постійний рух, вертлявість, тупотіння
- Надмірна імпульсивність: дитина часто робить вчинки, не замислюючись про можливу шкоду від них (експерименти з наркотиками, незахищений секс).

### Надання допомоги

- ▶ Направляйте дітей із підозрою на СДУГ до спеціаліста (наприклад, спеціалізованого психолога, педіатра, що спеціалізується на питаннях розвитку, або дитячого психіатра) для підтвердження діагнозу. Спеціаліст може призначити дітям віком від 6 років і старше із діагнозом СДУГ, для яких інші методи лікування виявилися неефективними, медикаментозне лікування (напр., метилфенідатом).
- ▶ Слідкуйте за виконанням плану лікування, призначеного спеціалістом, та моніторуйте поширені побічні ефекти від препаратів у співпраці зі спеціалістом.

**НЕ СЛІД** призначати дитині медикаментозне лікування без консультації спеціаліста

- ▶ Поясніть характер стану дитини опікунам і надайте їм поради щодо того, як допомагати їхній дитині, напр., робити нагадування, перевіряти, чи виконані домашні завдання тощо.
- ▶ Налагодьте взаємодію з учителями та іншим шкільним персоналом. Переконайтеся, що вони розуміють, що поведінка дитини чи підлітка пов'язана саме із зазначеним станом. Надайте їм рекомендації щодо відповідної адаптації підходу до навчання:
  - Надання дитині чи підлітку можливості використовувати свої навички й сильні сторони

- Розміщення дитини за партою в передній частині класу
- Надання дитині додаткового часу для розуміння та виконання завдань
- Поділу довгих завдань на блоки та виконання одного блоку за раз
- Відзначення зусиль та досягнень дитини.

- ▶ Моніторуйте симптоми емоційних проблем (с. 721), які можуть розвиватися з часом.
- ▶ Розгляньте доцільність застосування поведінкових втручань (с. 723).
- ▶ Забезпечте управління факторами стресу та їх пом'якшення; зміцнійте соціальну підтримку.
- ▶ Якщо дитині призначили стимулюючі або не стимулюючі лікарські засоби:
  - Запишіть призначення та деталі щодо режиму прийому ліків.
  - Моніторуйте наявність ознак зловживання ліками чи ухилення від їх прийому.
  - Якщо ви помітили побічні ефекти ліків або вважаєте їх дозування невідповідним, зверніться до спеціаліста.
  - Через один рік після початку лікування: направте дитину на повторну консультацію до спеціаліста щодо продовження медикаментозного лікування.

Додаткову інформацію про те, як забезпечити підтримку дітям із труднощами в розвитку та їхнім сім'ям, див. на с. 631.

## 7.5 Синдром Дауна

Синдром Дауна (трисомія 21-ї хромосоми) є найпоширенішим генетичним синдромом. Він обумовлений наявністю додаткового генетичного матеріалу в 21-й хромосомі й пов'язаний із народженням у пізньому віці. Синдром Дауна спричиняє виразні відмінності у вигляді обличчя та, у більшості випадків, проблеми раннього розвитку й інтелектуальну інвалідність. Він може бути пов'язаний із захворюваннями щитоподібної залози або серця.

### Діагностика

Пренатальна діагностика можлива в першому триместрі за допомогою УЗД для визначення товщини шийної складки плода і тестування рівнів плацентарних гормонів. Остаточний діагноз встановлюють на основі результатів біопсії ворсин хоріона або генетичного аналізу амніотичної рідини.

Постнатальна діагностика ґрунтується на генетичному тестуванні. Немовлята можуть мати характерні ознаки, що свідчать про синдром Дауна:

- Короткий круглий череп із плоскою потиличною кісткою
- Розташування внутрішніх кутів очей нижче за зовнішні та вузькі очні щілини
- Велика відстань між очима (гіпертелоризм)
- Епікантичні складки
- Єдина поперечна долонна складка (мавпяча складка)
- Широкий проміжок між першим та другим пальцями стопи
- Малі вуха
- Маленький рот та великий язик (макроглосія)
- М'язова гіпотонія та слабкі зв'язки.

Інші ознаки:

- Поганий апетит
- Атланти-аксіальна нестабільність (після досягнення віку в 1 рік)
- Досягнення ключових показників розвитку із запізненням (с. 74)
- Інтелектуальна інвалідність різного ступеня.

## Надання допомоги

### Координація допомоги

- ▶ Направляйте дітей із підозрою на синдром Дауна до спеціаліста для встановлення діагнозу.
- ▶ Координуйте допомогу з багатопрофільною командою терапевтів та спеціалістів у сфері освіти для забезпечення розвитку дитини, напр., фізіотерапії, розвитку мовлення й логопедії, ерготерапії.
- ▶ Розпочинайте втручання у ранньому віці (с. 631).

### Консультування і підтримка

- ▶ Допоможіть батькам адаптуватися до стану їхньої дитини. Запевніть їх у тому, що хоча діагноз спочатку може шокувати, їхня дитина може прожити довге й повноцінне життя.
- ▶ Спрямуйте батьків для отримання інформації, яка стосується стану їхньої дитини, напр., до відповідних асоціацій та на відповідні вебсайти.

**Імунізація**

- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації (с. 83).

**Моніторинг**

- ▶ Забезпечте моніторинг дитини на предмет пов'язаних станів і проблем:
  - Проблем зі слухом та зором (с. 95)
  - Атрезії дванадцятипалої кишки
  - Гіпогонадизму у хлопчиків
  - Вроджених вад серця (с. 182)
  - Гіпотиреозу
  - Целиакії
  - Гострого мієлобластного лейкозу
  - Імунодефіциту (бактеріальних чи грибкових інфекцій)
  - Псоріазу чи екземи.

Додаткову інформацію про те, як забезпечити підтримку дітям із труднощами в розвитку та їхнім сім'ям, див. на с. 631.

**7.6 Дефекти нервової трубки**

Дефекти нервової трубки виникають унаслідок аномального закриття нервової трубки плода між 22 і 28 днем після зачаття. Причини цього явища включають генетичні й материнські фактори, такі як дефіцит фолієвої кислоти, ожиріння, цукровий діабет, прийом у першому триместрі жарознижувальних та протиепілептичних препаратів.

Різні типи дефектів нервової трубки плода можуть впливати на:

- **Структури головного мозку:**
  - Аненцефалія: повна або часткова відсутність мозку
  - Енцефалоцеле: проходження мозку і мозкових оболонок через череп.
- **Структури спинного мозку:**
  - Приховане розщеплення хребта: найлегша форма — відсутні або лише м'яко виражені ознаки, напр., набряк спини, ділянки з волоссяним покривом, впадина чи темна пляма при відсутності розщеплення чи мішкоподібного випинання на спині. Дефект укритий шкірою.

- Менінгоцеле: мішкоподібне випинання з рідиною, що містить м'які оболонки та ліквор, однак не містить елементів спинного мозку.
- Мієломенінгоцеле (розщеплення хребта): кістозне випинання, що містить спинний мозок та/або нерви. Це найтяжча форма, що супроводжується проблемами з ходінням і контролем сечовипускання та дефекації, гідроцефалією та синдромом фіксованого спинного мозку (тобто аномальним прикріпленням спинного мозку до тканин, що його оточують).

### Діагностика

- Антенатальне комбіноване дослідження (УЗД та аналіз матері на альфафетопротеїн)
- Післяпологова: дефект з оголенням нервової тканини.

### Надання допомоги

Надання допомоги залежить від типу дефекту й зазвичай вимагає застосування мультидисциплінарного підходу. Метою є надання дитині підтримки й можливості жити максимально повноцінно в межах її спроможностей.

### Координація допомоги

- ▶ Направляйте дітей до спеціаліста для встановлення діагнозу та розробки плану лікування.
- ▶ Співпрацюйте зі спеціалістами (напр., педіатрами, які спеціалізуються на неврологічному розвитку), реабілітаційною бригадою та спеціалізованими відділеннями (нейрохірургії, ортопедії, нефрології або урології) за необхідності.

### Консультування і підтримка

- ▶ Надавайте батькам і вчителям поради щодо того, як створити можливість для покращення життя дитини.
- ▶ Допоможіть батькам адаптуватися до стану їхньої дитини.
- ▶ Спрямуйте батьків для отримання інформації, яка стосується стану їхньої дитини, напр., до відповідних асоціацій та на відповідні вебсайти.

### Імунізація

- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації (с. 83).

**Моніторинг**

- ▶ Забезпечуйте ретельний моніторинг дитини на предмет супутніх захворювань і ускладнень та забезпечуйте відповідне лікування (таблиця 97).
- ▶ При погіршенні неврологічного статусу дитини або появи асиметричних неврологічних ознак, негайно направте її до спеціаліста.

**Таблиця 97. Надання допомоги при ускладненнях і супутніх захворюваннях**

Проблема	Надання допомоги
<b>Гідроцефалія</b> (часто спричинена мальформацією Кьярі 2 типу)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Моніторуйте дитину на предмет ознак підвищеного внутрішньочерепного тиску:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Дратівливість</li> <li>— Сонливість</li> <li>— Опуклість або пульсація тім'ячка</li> <li>— Блювання, поганий апетит.</li> </ul> </li> <li>▶ Вимірюйте окружність голови щотижня протягом першого місяця, потім щомісяця.</li> <li>▶ Регулярно направляйте дитину на сонографію черепа.</li> <li>▶ У разі підтвердження гідроцефалії терміново направте дитину на операцію з вентрикулоперитонеального шунтування.</li> <li>▶ При підозрі на мальформацію Кьярі 2 типу негайно направте дитину до спеціаліста.</li> </ul>
<b>Синдром натягнутого спинного мозку</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечуйте моніторинг на предмет:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Болю в попереку</li> <li>— Рухового дефіциту нижньої кінцівки, напр., м'язової слабкості, спастичності, аномальних рефлексів</li> <li>— Порушення чутливості нижніх кінцівок</li> <li>— Дисфункції сечового міхура чи кишечника.</li> </ul> </li> <li>▶ Направте дитину на операцію.</li> </ul>
<b>Дисфункція сечового міхура чи кишечника</b> (напр., нетримання)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Проведіть лікування інфекцій сечовивідних шляхів за наявності (с. 397).</li> <li>▶ За наявності ознак уросепсису (с. 255), негайно направте дитину до спеціаліста.</li> <li>▶ Оцініть потребу у використанні підгузок або періодичної катетеризації.</li> <li>▶ За потреби направте дитину до уролога для проведення процедур із дренування.</li> </ul>

Проблема	Надання допомоги
<b>Кіфосколиоз, порушення руху і здатності ходити</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечуйте моніторинг на предмет ускладнень:               <ul style="list-style-type: none"> <li>— Кардіореспіраторних проблем</li> <li>— Вивиху стегна</li> <li>— Контрактур колінного суглоба</li> <li>— Переломів</li> <li>— Перекруту великогомілкової кістки</li> <li>— Деформації стоп.</li> </ul> </li> <li>▶ За потреби призначайте допоміжні засоби, такі як каркаси, жорсткі ортези або крісла-коляски.</li> <li>▶ За потреби направте дитину до хірурга-ортопеда та фізіотерапевта для лікування спастичності.</li> <li>▶ Якщо сколіоз швидко прогресує, терміново направляйте дитину до спеціаліста.</li> </ul>
<b>Трофічні виразки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Часто оглядайте зони ризику, такі як таз і стопи, на предмет виразок/пролежнів.</li> <li>▶ За необхідності направте дитину до дерматолога.</li> </ul>
<b>Проблеми з ростом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Моніторуйте ріст (с. 22) і статеве дозрівання дитини (с. 755).</li> <li>▶ Надавайте консультації щодо харчування.</li> <li>▶ За необхідності направте дитину до дієтолога.</li> </ul>
<b>Алергія на латекс</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Порадьте уникати виробів із латексу й натомість використовувати вироби з силікону чи вінілу.</li> </ul>
<b>Судоми (с. 522)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Проведіть моніторинг на предмет можливої причини судом, напр., несправності шунта або інфекції.</li> <li>▶ Забезпечте контроль судом.</li> <li>▶ За потреби направте дитину до невролога.</li> </ul>
<b>Слух, зір</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечуйте регулярний моніторинг зору та слуху.</li> <li>▶ За потреби направте дитину до аудіолога чи офтальмолога для призначення слухового апарату або окулярів.</li> </ul>
<b>Когнітивні порушення</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечте раннє розпізнавання та проведення відповідних втручань, а також розробку індивідуальних планів навчання.</li> <li>▶ За потреби направте дитину до психолога.</li> </ul>

Проблема	Надання допомоги
<b>Проблеми психосоціального характеру</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Докладайте зусиль для вирішення проблеми поганого уявлення про себе, виключення з освітнього й робочого процесів.</li> <li>▶ Забезпечуйте інформування підлітків щодо статевого дозрівання та їх статево виховання (с. 760).</li> <li>▶ За потреби направте дитину до психолога чи соціального працівника.</li> </ul>

Додаткову інформацію про те, як забезпечити підтримку дітям із труднощами в розвитку та їхнім сім'ям, див. на с. 631.

## 7.7 ДЦП

ДЦП — це група захворювань, що викликані порушеннями в розвитку плода або мозку немовляти і впливають на рух і тонус м'язів або поставу. ДЦП може бути дво- або одностороннім і поділяється на спастичний (характеризується підвищенням тонуусу), дискінетичний (характеризується змінним тонуусом, мимовільними й неконтрольованими рухами) та атактичний види.

### Діагностика

ДЦП може бути діагностований протягом першого(их) року(років) життя, однак потребує регулярного повторного оцінювання в подальшому для встановлення його неперехідного характеру та перевірки відсутності погіршення стану. Раннє виявлення ДЦП допомагає запобігти ускладненням або пом'якшити їх.

### Анамнез

Оцініть такі фактори ризику:

- Наявність передчасних пологів або ускладнень при пологах в анамнезі
- Народження на < 32 тижнях гестаційного віку або вага при народженні < 1500 г
- Судоми, енцефалопатія, тяжка гіпербілірубінемія або гіпоглікемія в новонароджених.

### Обстеження

Проводьте обстеження на предмет:

- Утруднення руху (порушення великих моторних функцій), здатності утримувати рівновагу та позу, напр., гіпотонії тулуба (с. 535) і незадовільного контролю рухів голови протягом перших місяців життя (див. таблицю 98 для оцінювання ступеню тяжкості в дітей віком від 6 місяців до 2 років).
- Супутньої епілепсії, вторинних проблем опорно-рухового апарату й порушень чутливості, зору, пізнання, комунікації чи поведінки.

**НЕ** встановлюйте помилковий діагноз «ранній чи ймовірний ДЦП» на основі транзиторних неврологічних явищ або недосягнення одного ключового показника розвитку.

**НЕ** відносьте дитину до групи ДЦП на основі низької оцінки за шкалою Апгар при народженні.

**Таблиця 98. Система класифікації великих моторних функцій (GMFCS)**

Рівень GMFCS	Характеристики в дітей віком від 6 місяців до 2 років
<b>Рівень I</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина може сідати, сидіти на підлозі без допомоги рук, тримаючи предмети руками.</li> <li>• Дитина рачкує, підтягується, щоби встати, і робить декілька кроків, тримаючись за меблі.</li> <li>• У віці від 18 місяців до 2 років дитина може ходити без допоміжних засобів.</li> </ul>
<b>Рівень II</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина може сидіти на підлозі, але часто опирається руками для підтримки рівноваги.</li> <li>• Повзає на животі або рачкує.</li> <li>• Дитина підтягується, щоби встати, і робить декілька кроків, тримаючись за меблі.</li> </ul>
<b>Рівень III</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина може сидіти на підлозі з підтримкою спини.</li> <li>• Дитина може перекинутися й повзати на животі.</li> </ul>
<b>Рівень IV</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина може контролювати положення голови, однак для сидіння на підлозі потрібна підтримка тулуба.</li> <li>• Дитина може перекинутися з живота на спину і зі спини на живіт.</li> </ul>
<b>Рівень V</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Фізична неповносправність обмежує вольовий контроль за рухами.</li> <li>• Лежачи на животі й у сидячому положенні, дитина не може контролювати положення голови і тулуба.</li> <li>• Дитина потребує допомоги дорослих, щоб перекинутися.</li> </ul>

## Надання допомоги

Клінічний профіль кожної дитини з ДЦП є унікальним. Щоб забезпечити дитині найвищу можливу якість життя і можливість жити повноцінно, необхідний індивідуальний підхід.

### Координація допомоги

- ▶ Направляйте дітей із підозрою на ДЦП до спеціаліста для підтвердження діагнозу, додаткового обстеження (сонографію черепа чи МРТ головного мозку) і розробки плану лікування.
- ▶ Співпрацюйте зі спеціалістом, мультидисциплінарною командою (в т.ч. фізіотерапевтами, спеціалістами з постуральної корекції та ортезистами, логопедами і ерготерапевтами) та опікунами для планування втручань і звітування про прогрес.
- ▶ Направляйте дітей на фізіотерапію для лікування рухових проблем. Дотримуйтеся принципу «Не нашкодь», особливо коли мова йде про болісні процедури.

### Консультація і підтримка

Гарна комунікація з батьками щодо діагностики та реалістичності очікувань є надзвичайно важливою:

- ▶ Намагайтеся вивчити переконання та ресурси, наявні в батьків, їхню мотивацію, щоб зрозуміти, «що слід і чого не слід робити».
- ▶ Повідомляйте реалістичні цілі в розрізі розвитку та лікування.
- ▶ Заохочуйте участь членів сім'ї та навчайте батьків підтримувати розвиток дитини.

### Рутинний догляд

- ▶ Забезпечте надання допомоги у зв'язку з супутніми захворюваннями та іншими можливими хронічними станами.
- ▶ Проводьте імунізацію (ДЦП не є протипоказанням для вакцинації).
- ▶ Надавайте консультації щодо годування та харчування.
- ▶ Стежте за ростом, розвитком, поведінкою, психічним здоров'ям, шкільною та соціальною продуктивністю.
- ▶ Забезпечте регулярне оцінювання слуху та зору, перевірку зубів.

**Моніторинг**

- ▶ Регулярно проводьте контрольні візити (кожні 3 місяці).
- ▶ Моніторуйте прогрес моторного розвитку під час кожного візиту з аналізом відео, відзнятих опікунами вдома.
- ▶ Забезпечуйте моніторинг і виявлення типових проблем для дітей із ДЦП та надавайте відповідну допомогу (таблиця 99).

**Таблиця 99. Надання допомоги при типових проблемах у дітей із дитячим церебральним паралічем**

<b>Проблема</b>	<b>Надання допомоги</b>
<b>Зір</b> Косоокість, порушення рефракції, дисплазія диска зорового нерва, дефекти поля зору, ретинопатії	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечуйте регулярний моніторинг.</li> <li>▶ За необхідності направляйте дитину до офтальмолога для підбору окулярів, проведення оклюзії, хірургічного лікування косоокості.</li> </ul>
<b>Слух</b> Дефекти провідності, нейросенсорна приглухуватість	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечуйте регулярний моніторинг.</li> <li>▶ За необхідності направляйте дитину до отоларинголога чи аудіолога для призначення слухового апарату.</li> </ul>
<b>Комунікація</b> Центральні розлади мовлення, бульбарний параліч	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Направте дитину до логопеда для визначення методів альтернативної і додаткової комунікації.</li> </ul>
<b>Годування</b> Бульбарний параліч, гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Моніторуйте ріст дитини (с. 22).</li> <li>▶ Розгляньте доцільність застосування назогастральних зондів, гастростомії, антирефлюксних препаратів.</li> <li>▶ За необхідності направте дитину до дієтолога.</li> </ul>
<b>Епілепсія</b> Судоми	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Направте дитину на електроенцефалограму.</li> <li>▶ Розгляньте доцільність застосування протиепілептичних препаратів.</li> <li>▶ За потреби направте дитину до невролога.</li> </ul>
<b>Когнітивні функції</b> Труднощі в навчанні	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечте раннє розпізнавання і проведення відповідних втручань.</li> <li>▶ За потреби направте дитину до психолога для розробки індивідуальних планів навчання.</li> </ul>

Проблема	Надання допомоги
<b>Поведінка</b> Проблеми зі сном, частий плач	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Проведіть оцінювання болю та забезпечте відповідне знеболення (с. 564).</li> <li>▶ Розгляньте доцільність застосування поведінкових технік (с. 723).</li> <li>▶ За потреби направте дитину до психолога.</li> </ul>

Додаткову інформацію про те, як забезпечити підтримку дітям із труднощами в розвитку та їхнім сім'ям, див. на с. 631.

## 7.8 Фетальний алкогольний спектр порушень

Фетальний алкогольний спектр порушень характеризується пренатальним порушенням росту, проблемами в розвитку та черепно-лицьовими аномаліями, що спричинені пренатальним впливом алкоголю внаслідок вживання алкоголю матір'ю під час вагітності. Надмірне вживання алкоголю на ранніх строках вагітності може призвести до серйозних вад у формуванні органів дитини і навіть до викидня; вживання алкоголю на пізніх строках вагітності може впливати на ріст і розвиток головного мозку дитини.

### Діагностика

Встановити діагноз може бути складно, якщо факт споживання алкоголю приховується. Щоб оцінити пренатальний вплив алкоголю, можна запитати матір про вживання алкоголю до та під час вагітності (для отримання чесних відповідей потрібна конфіденційність та довіра). Труднощі в розвитку, а іноді й у поведінці, можуть з'явитися на будь-якому етапі розвитку дитини й не бути очевидними в немовлят.



**Особливості будови обличчя в дітей із фетальним алкогольним спектром порушень: вузькі очні щілини, гладкий фільтрум та тонка верхня губа**

### Новонароджені

- Дратівливість та яскраво виражений стартл-рефлекс (неонатальний абстинентний синдром)
- Симетрична затримка росту в новонароджених
- Вузькі очні щілини

- Гладкий фільтрум (шкіра між основою носа і верхньою частиною верхньої губи плоска і гладка без будь-якого рельєфу в центрі верхньої губи)
- Тонка верхня губа
- Можлива мікроцефалія
- Уповільнення росту голови в післяпологовому періоді
- Недостатнє годування та повільний набір маси тіла
- Порухення будови нирок та серця.

### Немовлята і діти

- Часто видимий характерний дизморфізм відсутній
- Труднощі в розвитку (с. 630) та навчанні
- Поведінкові труднощі (с. 721).

### Надання допомоги

- ▶ Направте дитину до спеціаліста для подальшого оцінювання та підтвердження діагнозу.
- ▶ Забезпечте рутинну медичну допомогу та імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації (с. 83).

### Моніторинг

- ▶ Забезпечуйте моніторинг на предмет:
  - Проблем із зором чи слухом
  - Проблем із серцем (с. 650) та нирками (с. 653)
  - Ознак неналежного поведіння та нехтування (с. 712)
  - Труднощів у розвитку (с. 630) через несприятливі життєві події (неналежне поведіння, часті переміщення, нехтування) та пізньої чи неправильної діагностики
  - Емоційних та поведінкових проблем (с. 721).

### Підтримка батьків чи опікунів

- ▶ Забезпечте підтримку батьків.
- ▶ Налагодьте взаємодію з опікунами та заохочуйте їх брати активну участь у наданні допомоги, коли це безпечно та потрібно.
- ▶ Ставтеся до опікунів без засудження та з повагою; уникайте звинувачень та стигматизації.

- ▶ Допоможіть опікунам засвоїти навички позитивного батьківства, долати труднощі та налагодити здорове сімейне життя.
- ▶ Сприяйте доступу опікунів та членів сім'ї до психологічних послуг за необхідності.

### **Захист та убезпечення дитини чи підлітка**

- ▶ Оцінюйте, чи є приводи для занепокоєння щодо безпеки та добробуту дитини та чи необхідний дитині негайний захист.
- ▶ Спростуйте доступ до психологічних послуг для отримання консультацій, соціальних послуг, у тому числі служб захисту дітей та юридичних послуг, якщо вони потрібні та доступні.
- ▶ Якщо матір дитини досі має проблему алкоголізму, направте її на лікування.

Додаткову інформацію про те, як забезпечити підтримку дітям та їхнім сім'ям, див. у розділі «Надання допомоги при труднощах у розвитку» на с. 631.

## **7.9 Хвороби серця**

Діти з симптоматичними вродженими або набутими хворобами серця, у тому числі з ревматичною хворобою серця, мають потреби в комплексній медичній допомозі.

Вроджені хвороби або вади серця є найпоширенішим типом вроджених дефектів і зустрічаються в 1% новонароджених. Вживаність і частка дітей, які доживають до дорослого віку, залежить від вади та можливості її лікування. Завдяки прогресу у сфері медицини та, зокрема, хірургії ці показники продовжують зростати. Під час кожного візиту звертайте особливу увагу на таке:

### **Анамнез**

- Будь-які нові скарги або посилення симптомів
- Втома, погана переносимість фізичних навантажень
- Психологічний вплив стану, особливо в тих випадках, коли хвороби серця обмежують нормальне життя підлітка, напр., підліток погано переносить фізичні навантаження
- Звички, пов'язані з харчуванням та способом життя.

## Обстеження

- Показники життєдіяльності, включаючи частоту серцевих скорочень, SpO<sub>2</sub> і артеріальний тиск
- Ріст (с. 22) і розвиток (с. 73)
- Блідість
- Шуми в серці (с. 362), будь-які зміни?
- Ціаноз
- Ознаки серцевої недостатності (с. 365).

## Надання допомоги

Інформацію щодо невідкладної допомоги при тяжких вроджених хворобах серця в новонароджених див. на с. 182.

## Координація допомоги

- ▶ Направляйте всіх дітей із вродженими або набутими хворобами серця до спеціаліста для визначення плану лікування дитини залежно від виду вади.
- ▶ Координуйте безперервну допомогу зі спеціалістом і виконуйте рекомендації спеціаліста щодо медикаментозного лікування, профілактики ендокардиту (с. 652), обмеження фізичних вправ та потреби в обстеженнях і хірургічних втручаннях.

## Консультавання і підтримка

- ▶ Надавайте консультації щодо важливості здорового способу життя для зниження ризику супутніх захворювань, напр., підтримки здорової ваги, харчування, фізичної активності, уникання куріння та інших небезпечних типів поведінки.
- ▶ Оцінюйте потребу в забезпеченні підтримки батьків та соціальної підтримці.

## Рутинний догляд

- ▶ Стежте за ростом, дотриманням призначеного режиму лікування, розвитком, поведінкою, психічним здоров'ям, шкільною та соціальною продуктивністю.

- ▶ Забезпечте надання допомоги у зв'язку з можливими іншими хронічними захворюваннями (хвороби серця часто пов'язані з іншими вродженими аномаліями).
- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації (с. 83). Розгляньте доцільність проведення додаткових щеплень, напр., вакцинації проти грипу, з урахуванням типу та тяжкості хвороби серця і супутніх захворювань, напр., аспленії.

### *Профілактика інфекційного ендокардиту*

Для дітей із дефектами серцевих клапанів (у тому числі з ревматичною хворобою серця) існує **високий ризик бактеріального ендокардиту**. Особливо це стосується дітей із:

- Епізодами інфекційного ендокардиту в анамнезі
- Будь-яким типом нелікованих вроджених ціанотичних вад серця
- Будь-якими типами вроджених вад серця, пролікованих шляхом протезування, протягом періоду до 6 місяців після процедури або протягом усього життя за наявності залишкової патології.
- ▶ Проводьте антибіотикопрофілактику в разі призначення процедур із високим рівнем ризику (напр., стоматологічних) за 30–60 хвилин до проведення процедури: разова доза амоксициліну перорально або ампіциліну в/в в дозуванні 50 мг/кг (макс. 2 г) або цефазолін чи цефтріаксон в/в в дозуванні 50 мг/кг (макс. 1 г). У разі алергії на пеніцилін: кліндаміцин 20 мг/кг перорально або в/в (макс. 600 мг).

### *Догляд за ротовою порожниною і шкірою*

Бактерії, що викликають ендокардит, можуть поширюватися з ротової порожнини, тому належна гігієна ротової порожнини є надзвичайно важливою для мінімізації цього ризику:

- ▶ Забезпечте проходження регулярних стоматологічних оглядів два рази на рік пацієнтами, для яких існує високий рівень ризику (див. вище) та один раз на рік пацієнтами, для яких існує помірний рівень ризику (двостулковий аортальний клапан, пролапс мітрального клапана, аортальний стеноз із кальцифікацією).
- ▶ Проводьте консультації щодо важливості гігієни ротової порожнини і шкіри:
  - Підтримання належної гігієни ротової порожнини. Відвідування стоматолога один-два рази на рік згідно з рекомендаціями.

- Дезінфекції ран та догляду за ними.
- Уникання прийому антибіотиків без призначення лікаря.
- Уникання пірсингу і татуювань.

### **Вторинна антибіотикопрофілактика ревматичної хвороби серця**

Дітям із ревматичною хворобою серця та дітям, які мали епізоди гострої ревматичної лихоманки (с. 271), слід призначати антибіотики для зменшення ризику виникнення епізодів гострої ревматичної лихоманки та прогресування захворювання в майбутньому:

- ▶ Вводьте в/м бензатин пеніцилін G (1,2 млн МО для дітей вагою > 30 кг, 0,6 млн МО для дітей < 30 кг) кожні 4 тижні.
- ▶ Тривалість лікування після останнього епізоду гострої ревматичної лихоманки:
  - За відсутності кардиту: протягом 5 років або до досягнення 21 року
  - За наявності кардиту без залишкової патології серця: протягом десяти років або до досягнення 21 року
  - За наявності кардиту й залишкової патології серця: протягом десяти років, до досягнення 40 років або довічно.

### **Подальше спостереження**

Частота контрольних візитів залежить від типу дефекту та тяжкості хвороби серця. Уникайте непотрібного ретельного спостереження та обмежень у дітей із вродженими вадами серця, які є простими або були успішно проліковані. Такі діти більше не належать до групи ризику, і їх слід відносити до здорових дітей. Тяжчі вроджені вади серця можуть потребувати проведення багатьох хірургічних втручань і більш регулярного спостереження.

## **7.10 Хронічна ниркова недостатність**

Хронічна ниркова недостатність — це аномалія структури або функції нирок, що триває протягом більш ніж 3 місяців і впливає на загальний стан здоров'я. Перебіг хронічної ниркової недостатності зазвичай стає тяжчим із часом і переходить у термінальну стадію.

### **Анамнез і Обстеження**

Прояви захворювання часто є легкими й відрізняються залежно від випадку:

- Затримка росту
- Втомлюваність

- Головний біль
- Анорексія
- Нудота
- Блювання
- Блідість
- Рахіт
- Набряки
- Гіпертензія.

У підлітків можуть спостерігатися:

- Затримка статевого розвитку
- Анемія.

### Надання допомоги

Лікування хронічної ниркової недостатності вимагає застосування мультидисциплінарного підходу й постійної допомоги. Його метою є затримка прогресування захворювання та лікування його ускладнень. На пізніх стадіях захворювання може бути необхідною замісна терапія, у тому числі гемодіаліз або трансплантація нирки.

- ▶ Координуйте лікування зі спеціалістом і дотримуйтеся плану лікування, складеного спеціалістом.
- ▶ Надавайте консультації щодо харчування, належної фізичної активності та прийому добавок (можуть бути необхідними для підтримки рівня електролітів).
- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації (с. 83).
- ▶ Моніторуйте дитину на предмет ускладнень, таких як гіпертонія (с. 381) або анемія (с. 452), і забезпечуйте відповідне лікування.

## 7.11 Астма

Астма — це хронічний запальний стан, який супроводжується зворотною обструкцією дихальних шляхів і бронхоспазмом. Астма є найпоширенішим дитячим хронічним захворюванням. Приблизно в половині всіх людей з астмою симптоми починаються в ранньому дитинстві.

### Анамнез

- Повторювані та часті епізоди > 1 із зазначених нижче симптомів (що варіюються в динаміці та за інтенсивністю й часто посилюються вночі):

- Хрипи (попросіть опікуна зняти епізод на відео, яке може допомогти підтвердити наявність хрипів)
- Відчуття стискання у грудній клітці
- Непродуктивний кашель
- Утруднене дихання або задишка.
- Відсутність явної респіраторної інфекції
- Фактори, що викликають симптоми: фізичні вправи, сміх або плач, вплив тютюнового диму або забрудненого повітря, алергени (кліщі домашнього пилу, пилок), вірусні інфекції (застуда), стрес
- Знижена активність: дитина бігає, грається, сміється менше, ніж інші діти, раніше втомлюється під час прогулянок і хоче, щоб її несли на руках
- Алергічний риніт, atopічний дерматит або харчова алергія в анамнезі
- Наявність астми, алергії, atopії, чутливості до алергенів у родичів першого ступеня споріднення.

## Обстеження

Перевіряйте:

- Гіперінфляція грудної клітки
- Западання нижньої частини грудної клітки
- Використання допоміжних м'язів для дихання (відчуття скорочення м'язів шиї)
- Наявність подовженого видиху з хрипами, які чутно при аускультатії
- Відсутність дихальних шумів (зменшене/ відсутнє надходження повітря) при небезпечній для життя обструкції
- Збільшення частоти дихання
- Збільшення частоти серцевих скорочень
- Показник  $SpO_2$ .

## Діагностика

### *Діагностика астми в дітей віком $\leq 5$ років*

Встановлення діагнозу в дітей молодшого віку є непростим завданням. Періодичні хрипи й кашель, спричинені вірусними респіраторними інфекціями, часто зустрічаються в маленьких дітей без астми, а оцінювання функції легень за допомогою тесту зворотності не завжди є можливим. Ді-

агностика астми може ґрунтуватися на ретельному клінічному оцінюванні, ймовірності (таблиця 100) і таких факторах:

- Типовому патерні симптомів і факторах ризику (див. «Анамнез»)
- Терапевтичному дослідженні з низькими дозами інгаляційного кортико-костероїду (ІКС) та, за потреби, SABA, напр., сальбутамолу: покращення через 2–3 місяці лікування та погіршення після його припинення
- Виключення інших діагнозів (див. «Диференційна діагностика»).

**Таблиця 100. Ймовірність астми в дітей віком  $\leq 5$  років**

	Меншість має астму	Деякі мають астму	Більшість мають астму
Кількість днів симптоматичного перебігу інфекцій верхніх дихальних шляхів	< 10 днів	< 10 днів	> 10 днів
Кількість епізодів на рік	2–3	> 3 епізоди або тяжкі епізоди з посиленням уночі	
Симптоми між епізодами	Ні	Так	Так
Інші алергії в анамнезі або астма в сімейному анамнезі	Ні	Ні	Так

### **Діагностика астми в дітей віком $\geq 6$ років**

- Типовий патерн симптомів і фактори ризику (див. «Анамнез»)
- Оцінювання функції легень (спірометрія/пікова об'ємна швидкість видиху та тестування зворотності, за результатами яких принаймні один раз виявляється:
  - Співвідношення об'єму форсованого видиху за першу секунду ОФВ1/форсованої життєвої ємності легень (ФЖЄЛ) нижче за норму
  - Надмірна варіабельність функції легень, напр., підвищення функції легень (після вдихання бронхолітика ОФВ1 підвищується від вихідного рівня на > 12% за прогнозоване значення).
- Розгляньте можливість направлення на бронхопровокаційний тест для оцінювання гіперчутливості дихальних шляхів і шкірний прик-тест (на алергію).

## Диференціальна діагностика

Див. інформацію про кашель і утруднене дихання на с. 201, про захворювання, що супроводжуються хрипами, на с. 217, і про хронічний кашель на с. 228.

## Надання допомоги при загостренні астми

- Оцініть ступінь тяжкості загострення (таблиця 101).

**НЕ СЛІД** використовувати седативні препарати. Заспокойте дитину та її батьків.

- Розмістіть дитину у комфортному положенні (сидяче положення є більш пріоритетним, ніж лежаче)

**Таблиця 101. Оцінювання тяжкості загострення астми**

Тяжкість загострення	Симптоми	Надання допомоги
<b>Загострення, що загрожує життю</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Млявість, сплутаність свідомості, відсутність дихальних шумів при аскультації.</li> </ul>	<p><b>Терміново направте до лікарні.</b></p> <p>Чекаючи на транспорт, застосуйте:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сальбутамол</li> <li>• Преднізолон</li> <li>• Кисень</li> <li>• Розгляньте доцільність застосування іпратропію броміду.</li> </ul>
<b>Тяжке загострення</b> Діти віком ≥ 6 років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Сидіння згорбившись, схвильованість, здатність вимовляти слова лише роздільно</li> <li>• Частота дихання &gt; 30 вдихів/хв</li> <li>• Частота серцевих скорочень &gt; 120 ударів за хвилину (уд/хв)</li> <li>• Сатурація крові киснем (SpO<sub>2</sub>) &lt; 90% при диханні звичайним повітрям.</li> </ul>	<p>Див. дозування нижче.</p>
Діти віком ≤ 5 років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нездатність говорити чи пити</li> <li>• Центральний ціаноз</li> <li>• Частота дихання &gt; 40 вдихів/хв</li> <li>• Частота серцевих скорочень &gt; 180 уд/хв (0–3 років), &gt; 150 уд/хв (4–5 років)</li> <li>• SpO<sub>2</sub> &lt; 92% при диханні звичайним повітрям.</li> </ul>	

Тяжкість загострення	Симптоми	Надання допомоги
<b>Легке або помірне загострення</b> Діти віком $\geq 6$ років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормальний психічний стан</li> <li>• Здатність говорити фразами, відання переваги сидячому положенню, аніж лежачому</li> <li>• Частота дихання <math>&lt; 30</math> вдихів/хв</li> <li>• Частота серцевих скорочень 100–120 уд/хв</li> <li>• <math>SpO_2</math> 90–95% при диханні звичайним повітрям.</li> </ul>	Надайте медичну допомогу: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Сальбутамол</li> <li>• Кисень</li> <li>• Преднізолон (якщо вік дитини <math>\geq 6</math> років, розгляньте доцільність для дітей віком <math>\leq 5</math> років).</li> </ul>
Діти віком $\leq 5$ років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Нормальний психічний стан</li> <li>• Задишка, схвильованість</li> <li>• Частота дихання <math>&lt; 40</math> вдихів/хв</li> <li>• Частота серцевих скорочень <math>\leq 180</math> уд/хв (0–3 років), <math>\leq 150</math> уд/хв (4–5 років)</li> <li>• <math>SpO_2 \geq 92\%</math> при диханні звичайним повітрям.</li> </ul>	Див. дозування нижче. <b>Забезпечте ретельний моніторинг стану дитини протягом 1–2 годин.</b>

### Надання допомоги при тяжкому загостренні та загостренні, що загрожує життю



Тяжкі загострення астми та загострення, що загрожують життю, є НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ.

#### Терміново направте дитину до лікарні. Чекаючи на транспорт:

- ▶ Давайте сальбутамол кожні 20 хвилин протягом першої години: 6–10 натискань (100 мкг/натискання) за допомогою ДАІ зі спейсером та інтерфейсом (таблиця 102, с. 664) або небулайзера (з киснем) 2,5 мг для дітей вагою  $< 20$  кг або 5 мг для дітей вагою  $\geq 20$  кг.
- ▶ Дайте преднізолон перорально в дозуванні 1–2 мг/кг/добу (макс. 20 мг для дітей віком  $< 2$  років; 30 мг для дітей віком 2–5 років, 40 мг для дітей віком 6–11 років, 50 мг для дітей віком  $> 12$  років) або введіть метилпреднізолон в/м із розрахунку 2 мг/кг/доза (макс. 60 мг).

- ▶ Забезпечте контрольовану подачу кисню. Цільова  $SpO_2$  становить 94–98%.
- ▶ Розгляньте доцільність застосування іпратропію броміду 160 мкг за допомогою ДАІ зі спейсером та інтерфейсом (таблиця 102, с. 664) або небулайзера (з сальбутамолом) у дозуванні 250 мкг для дітей вагою < 30 кг або 500 мкг для дітей  $\geq$  30 кг.

### *Надання допомоги при помірному або легкому загостренні*

- ▶ Давайте сальбутамол кожні 20 хвилин протягом першої години за необхідності: 2–10 натискань (100 мкг/натискання) за допомогою ДАІ зі спейсером та інтерфейсом (таблиця 102, с. 664) або небулайзера (з киснем) 2,5 мг для дітей вагою < 20 кг або 5 мг для дітей вагою  $\geq$  20 кг.
- ▶ Дайте преднізолон перорально дітям віком  $\geq$  6 років. Розгляньте доцільність застосування преднізолону в дітей віком  $\leq$  5 років, якщо симптоми повторюються протягом 3–4 годин.
- ▶ Забезпечте контрольовану подачу кисню. Цільова  $SpO_2$  становить 94–98%.
- ▶ Забезпечте ретельний моніторинг стану дитини протягом 1–2 годин і оцініть відповідь:
  - Гарна відповідь (полегшення,  $SpO_2 > 94\%$  при диханні звичайним повітрям):
    - Дитина може йти додому.
    - За потреби продовжіть застосування сальбутамолу та преднізолону протягом 3–5 днів, якщо вони призначалися (як вище).
    - Розгляньте доцільність призначення або збільшення дозу препарату для контролю.
    - Проведіть консультацію щодо техніки інгаляцій (с. 665).
    - Надайте письмовий план дій (див. додаток 8) та обговоріть, як розпізнавати небезпечні ознаки та що робити при їх появі.
  - Погана відповідь на сальбутамол 3 рази протягом 1–2 годин, або посилення симптомів або ознаки тяжкого загострення:
    - **Направте** дитину до спеціаліста. Чекаючи на транспорт, забезпечуйте лікування як при тяжкому загостренні астми (див. вище).

**Подальше спостереження**

- ▶ Організуйте подальше спостереження протягом 1–2 днів, щоб проаналізувати симптоми (с. 666) і визначити, чи минає загострення.
- ▶ Перевірте та скоригуйте фактори ризику, для яких це можливо (див. нижче).
- ▶ Обговоріть план дій (додаток 8): чи потрібні зміни?
- ▶ Оцініть, чи слід продовжувати застосування преднізолону; за потреби зменште дозу сальбутамолу і продовжуйте лікування препаратом для контролю у вищих дозах протягом короткого (1–2 тижнів) або довгого періоду часу (3 місяці), залежно від причини загострення.

**Довгострокове ведення пацієнтів із астмою**

Астма — це хронічне захворювання, яке вимагає:

- Довічного лікування та регулярного спостереження
- Співпраці зі спеціалістом для забезпечення оптимальної допомоги
- Координації лікування надавачем первинної медичної допомоги.

**Управління факторами ризику загострення, які підлягають коригуванню**

- ▶ Оцініть фактори ризику загострення, які підлягають коригуванню, та забезпечте управління ними:
  - Порадьте уникати впливу тютюнового диму: заохочуйте членів родини кинути курити.
  - За наявності в дитини надмірної ваги чи ожиріння (с. 576) порадьте стратегії схуднення (с. 578).
  - Працюйте з можливими психологічними проблемами та поясніть, як долати емоційний стрес.
  - За наявності харчових алергій проведіть консультацію щодо уникання певних продуктів.
  - Надайте поради щодо уникання контакту з алергенами.
- ▶ Проведіть оцінювання та лікування супутніх захворювань, напр., алергічного риніту, екземи.

**Медикаментозне лікування** астми ґрунтується на покроковому підході. Лікарські засоби від астми (дозування див. у додатку 4):

- **Препарат для контролю** — лікарський засіб для щоденного застосування протягом тривалого часу з метою запобігання загостренням астми і контролю її періодичних симптомів:
  - ІКС, такі як будесонід або
  - ІКС + LABA, такі як будесонід-формотерол
  - Додаткові препарати, напр., тіотропій, анти-IgE (призначаються спеціалістом).
- **Препарат для «екстреної» допомоги** — лікарський засіб для швидкого полегшення симптомів за потреби:
  - SABA, такий як сальбутамол або
  - ІКС + LABA, такі як будесонід-формотерол, у низьких дозах.

**НЕ** застосовуйте LABA без ІКС.

- ▶ За потреби призначте препарати для екстреної допомоги кожні 4–6 годин до зникнення симптомів **усім** дітям із періодичними або епізодичними епізодами хрипів будь-якого ступеня тяжкості.
- ▶ Оберіть відповідний початковий препарат для контролю для дітей віком  $\geq 6$  років із діагнозом «астма» (с. 662–663). Для дітей віком  $\leq 5$  років розглядайте доцільність застосування препарату для контролю, якщо анамнез і симптоми вказують на наявність астми, й респіраторні симптоми є неконтрольованими (таблиця 100, с. 656) або епізоди хрипів є частими (напр.,  $\geq 3$  за сезон).
- ▶ Після початку лікування проаналізуйте відповідь та оцініть потребу у зменшенні чи збільшенні дозування препаратів (с. 666).
- ▶ Оберіть інгалятор, який відповідає віку дитини, і поясніть, як ним користуватися (с. 664).
- ▶ Надайте письмовий план дій щодо астми для дитини та опікунів (приклад плану заходів див. на с. 950). Обговоріть, як розпізнавати небезпечні ознаки та коли звертатися за екстреною допомогою.

**НЕ СЛІД** призначати антибіотики на рутинних засадах: їх може бути показано при тривалій гарячці чи інших ознаках пневмонії (с. 208).

**Вибір початкового препарату для контролю****Діти віком ≤ 5 років**

► Розглядайте доцільність цього кроку, якщо:

Хрипіння виникає нечасто, дитина має легкі періодичні симптоми або не має їх зовсім	Епізоди хрипіння, які вимагають застосування $\beta_2$ -агоністів короткої дії (SABA), трапляються часто (> 3 рази/рік)	Встановлений діагноз «астма», застосування низьких доз інгаляційних кортикостероїдів (ІКС) не забезпечує належного контролю	Належний контроль астми не забезпечується при застосуванні подвійного дозування ІКС
▼	▼	▼	▼
Крок 1	Крок 2	Крок 3	Крок 4
–	Низька доза ІКС щоденно	Подвійна доза ІКС	Продовження застосування препарату для контролю + направлення до спеціаліста
SABA за потреби	+ SABA за потреби		

**Діти віком  $\geq 6$  років**

► Починайте з цього місця, якщо:

Симптоми виникають < 2 рази/місяць	Симптоми виникають $\geq 2$ рази/місяць, але не щодня	Симптоми виникають у більшість днів або неспроможність спати вночі $\geq 1$ раз/тиждень	Симптоми виникають у більшість днів або неспроможність спати вночі $\geq 1$ раз/тиждень + низька функція легень
------------------------------------	---	---	---

Крок 1	Крок 2	Крок 3	Крок 4	Крок 5
<b>Діти віком 6–11 років</b>				
–	Низька доза ІКС щоденно	Середня доза ІКС або низька доза ІКС- $\beta_2$ -агоніст тривалої дії (LABA)	Середня доза ІКС-LABA: Направлення до спеціаліста	Направлення для визначення фенотипу $\pm$ додаткова терапія
SABA за потреби	+ SABA за потреби			
<b>Підлітки <math>\geq 12</math> років</b>				
За потреби — низька доза ІКС-формотеролу	Низька доза ІКС щоденно або, за потреби, низька доза ІКС-формотеролу	Низька доза ІКС-LABA:	Середня доза ІКС-LABA	Висока доза ІКС-LABA: Направлення для визначення фенотипу $\pm$ додаткова терапія
+ Низька доза ІКС-формотеролу за потреби				

**Типи та способи застосування інгаляторів для лікування астми****Таблиця 102. Підбір відповідного для віку виробу для інгаляції**

Вік	Рекомендований виріб	Альтернативний виріб
<b>0–3 роки</b>	<p>Дозувальний аерозольний інгалятор (ДАІ) + спейсер із маскою для обличчя</p>  <p><i>Введення салбутамолу за допомогою ДАІ зі спейсером і маскою, що добре прилягає до обличчя в дітей молодшого віку, які не можуть надійно стиснути губи навколо мундштука.</i></p>	Небулайзер із маскою для обличчя
<b>4–5 років</b>	<p>ДАІ + спейсер із мундштуком</p> 	<p>ДАІ + спейсер із маскою для обличчя або небулайзер із маскою для обличчя</p>  <p><i>Небулайзер із маскою для обличчя</i></p>

Вік	Рекомендований виріб	Альтернативний виріб
≥ 6 років	ДАІ (+ спейсер із мундштуком за необхідності залежно від віку) 	ДАІ + спейсер із маскою для обличчя або небулайзер із маскою для обличчя або інгалятор сухого порошку (ІСП), що активується диханням

### Типи пристроїв для інгаляції

#### ДАІ — зі спейсером або без спейсера

Стандартні ДАІ містять речовину в аерозольному балоні, що видає лікарський засіб під тиском. Щоб ввести дозу препарату, необхідно натиснути на балон, вдихаючи.

- ▶ ДАІ, що використовується вперше, або не використовувався протягом тривалого часу, потрібно підготувати. Перед використанням зніміть ковпачок мундштука і добре потрусіть інгалятор протягом п'яти секунд. Попросіть дитину обхопити мундштук губами і щільно затиснути їх. Попросіть дитину повністю видихнути перед вдихом. Із натисканням на балон дитина має починати вдихати. Після вдихання потрібно затримати дихання на 10 секунд. Після цього — повільно видихнути.

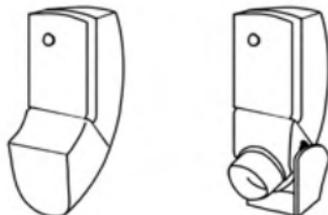


**Дозувальний аерозольний інгалятор**

#### Інгалятор сухого порошку (ІСП), що активується диханням — використовується без спейсера

Цей вид інгалятора містять ліки у формі сухого порошку. Щоб випустити дозу, не потрібно натискати на балон. Її випускання активується сильним вдихом через мундштук. Такий тип інгаляторів рекомендований для дітей старшого віку.

- ▶ Зніміть ковпачок з мундштука. Тримайте інгалятор вертикально мундштуком у напрямку до рота. Дитина



**Інгалятор сухого порошку**

має зробити глибокий видих, поки інгалятор перебуває подалі від рота. Попросіть дитину обхопити мундштук губами і щільно затиснути їх. Попросіть дитину глибоко і спокійно вдихнути, щоб порошок потрапив у легені. Витягніть мундштук із рота. Після вдихання потрібно затримати дихання на 10 секунд. Після цього — повільно видихнути.

### Спейсери

Спейсер — це пристрій, який може використовуватися з ДАІ у дітей будь-якого віку і допомагає вдихнути аерозоль. Якщо пристрої недоступні на ринку, спейсер можна зробити самостійно з пластикової пляшки об'ємом в 1 літр.

- ▶ Вставте мундштук інгалятора в кінець спейсера. Зробіть два натискання на балон інгалятора у спейсер два рази. Після цього попросіть дитину обхопити мундштук губами і щільно затиснути їх або вдягніть їй маску для обличчя так, щоби вона закривала рот і ніс. Попросіть дитину нормально дихати через спейсер протягом 10 секунд після кожного натискання (4–5 вдихів).

### Моніторинг

Проаналізуйте відповідь і рівень контролю симптомів через 1–3 місяці після початку лікування, після чого — кожні 3–12 місяців, залежно від рівня контролю, прихильності до лікування, навичок та готовності до самостійного управління астмою.

- ▶ Вимірюйте показник ОФВ1 при встановленні діагнозу, через 3–6 місяців лікування препаратом для контролю і далі — періодично — для оцінювання поточних ризиків.
- ▶ Оцінюйте рівень контролю симптомів (таблиця 103). Документуйте відповідь (контроль симптомів, загострення, побічні ефекти), задоволеність, цілі та побажання дитини і батьків.

Таблиця 103. Оцінювання рівня контролю симптомів астми

Симптоми за останні 4 тижні	Рівень контролю симптомів астми		
	Гарний контроль	Частковий контроль	Відсутність контролю
Симптоми в денний час > 2 х/тиждень (> 1 х для дітей віком ≤ 5 років)	Вказані симптоми відсутні	1–2 вказаних симптоми	3–4 вказаних симптоми
Необхідність застосування препаратів для невідкладної допомоги > 2 х/тиждень (> 1 х для дітей віком ≤ 5 років)			
Неспроможність спати через астму			
Обмеження життєдіяльності через астму			
<b>Фактори ризику загострення</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Неконтрольовані симптоми астми</li> <li>• ≥ 1 тяжке загострення протягом минулого року</li> <li>• Низький рівень прихильності до лікування або неправильна техніка використання інгалятора</li> <li>• Впливи: алергени, забруднення, тютюновий дим</li> <li>• Серйозні психологічні або соціально-економічні проблеми в дитини або сім'ї.</li> </ul>			

- ▶ Оцініть фактори ризику загострення, які підлягають коригуванню, та забезпечте управління ними (с. 660). Додатково:
  - Проведіть консультацію щодо правильної техніки інгаляцій (с. 665).
  - У разі низької прихильності запитайте про її причини та спробуйте усунути їх. Підкресліть важливість дотримання призначеного лікування.
- ▶ Відкоригуйте дозування ліків від астми для підтримання гарного контролю:
  - **Збільшуйте дозування**, за наявності неконтрольованих симптомів та постійних загострень попри 2–3 місяці лікування препаратом для контролю; або

— **Зменшуйте дозування**, якщо симптоми добре контролюються, функція легень є стабільною протягом  $\geq 3$  місяців, а ризик загострень є низьким (таблиця 103): виберіть відповідний час (відсутність респіраторних інфекцій, запланованих подорожей) і задокументуйте стан на момент зменшення дозування. Використовуйте доступні форми для зменшення дози ІКС на 25–50% з інтервалом у 2–3 місяці, однак не припиняйте застосування ІКС.

► Направте дитину до спеціаліста для отримання консультації за наявності:

- Сумнівів щодо правильності діагнозу «астма», напр., за відсутності відповіді на лікування
- Неконтрольованих симптомів або загострень попри використання середньої дози ІКС на фоні використання правильної техніки інгаляції та високої прихильності до лікування
- Підозрюваних побічних ефектів лікування, напр., затримок у рості.

## 7.12 Муковісцидоз (кістозний фіброз)

Муковісцидоз — найпоширеніше хронічне, прогресуюче генетичне захворювання. Діти та підлітки з муковісцидозом потребують довічного лікування і догляду. Хоча захворювання серйозно обмежує життя, прогрес у лікуванні муковісцидозу та розробка цілого ряду нових ліків забезпечили істотне покращення якості та збільшення тривалості життя пацієнтів. У більшості дітей захворювання діагностують при народженні за допомогою програм скринінгу новонароджених, однак у деяких його виявляють пізніше — у післяпологовому періоді або в дитинстві.

### Ознаки і симптоми

Діти й підлітки з муковісцидозом мають густі в'язкі виділення в легенях, підшлунковій залозі, печінці, кишечнику і статевих шляхах, що призводить до множинних симптомів.

Ознаки та симптоми захворювання часто виникають у ранньому дитинстві:

- Меконіальний ілеус (с. 173)
- Вроджена атрезія кишечника
- Респіраторні симптоми
- Затримка росту.

У менш тяжких випадках ознаки і симптоми можуть розвиватися пізніше:

- Хронічні та рецидивуючі захворювання легень: регулярні інфекції нижніх дихальних шляхів, хронічний вологий або продуктивний кашель
- Хронічні захворювання носових пазух: хронічний синусит, головний біль, поліпоз носа
- Недостатність підшлункової залози: рідкі жирні випорожнення, порушення всмоктування поживних речовин, анемія, дефіцит вітамінів (А, D, Е і К)
- Синдром дистальної інтестинальної обструкції: біль у животі, здуття живота, метеоризм, поганий апетит
- Недобір ваги (с. 571)
- Випадання прямої кишки
- Чоловіче безпліддя (майже у всіх) і зниження жіночої фертильності
- Біль у м'язах і артралгія
- Хронічні захворювання печінки
- Нетримання сечі у стресових ситуаціях
- Діабет
- Зниження мінеральної щільності кісткової тканини (напр., остеопороз).
- Артрит
- Затримка статевого дозрівання (с. 754)
- Камені в нирках.

### Надання допомоги

Направляйте дітей і підлітків із підозрою на муковісцидоз до спеціаліста для підтвердження діагнозу за допомогою аналізу поту та генетичного тестування.

Надання допомоги при муковісцидозі полягає в лікуванні захворювання легень, виявленні та лікуванні ускладнень, забезпеченні відповідних харчування та психологічної підтримки. Метою надання допомоги є запобігання симптомам і ускладненням стану або обмеження таких симптомів і ускладнень для досягнення високої якості життя.

### Координація допомоги

- ▶ Координуйте допомогу зі спеціалістом, фізіотерапевтами, дієтологами, психологами, фармацевтами та особами, які надають допомогу дитині в домашніх умовах.

- ▶ За наявності ознак захворювання легень направте дитину до спеціаліста та дотримуйтеся спеціального плану лікування, який може включати застосування мукоактивних засобів (для розрідження слизу), таких як гіпертонічний розчин для інфузій, і антибіотиків для профілактики та лікування легеневих інфекцій. У важких випадках муковісцидозу може бути рекомендована трансплантація легень.
- ▶ Направте дитину до фізіотерапевта для навчання дитини та її батьків прийомам, які допоможуть підтримувати чистоту легень і дихальних шляхів (технікам очищення дихальних шляхів).
- ▶ Направте дитину до дієтолога для отримання порад щодо того, як уникнути неналежного харчування та рекомендацій щодо необхідності прийому капсул із панкреатичними ферментами, додаткових калорій та жиророзчинних вітамінів і мінералів для підтримки травлення, росту і харчування.
- ▶ Призначте інше необхідне лікування, наприклад панкреатичні ферменти, харчові добавки, інсулін (при цукровому діабеті) відповідно до рекомендацій спеціаліста.
- ▶ За потреби направте дитину до спеціаліста з психічного здоров'я для отримання психологічної підтримки.
- ▶ За необхідності забезпечте паліативну допомогу та підтримку на кінцевому етапі життя (с. 733).

### Моніторинг

Забезпечте регулярний моніторинг і щорічне оцінювання (частіше одразу після встановлення діагнозу). Під час кожного візиту:

- ▶ Переглядайте анамнез та прихильність до лікування.
- ▶ Проводьте фізикальне обстеження, включаючи моніторинг росту (с. 22).
- ▶ Моніторуйте стан дитини на предмет ускладнень (див. ознаки і симптоми).
- ▶ Проводьте обстеження на предмет ускладнень з боку легень:
  - Вимірюйте  $SpO_2$ .
  - Беріть зразки виділень із дихальних шляхів (зразки мокротиння, за можливості, або мазки з горла) для проведення мікробіологічних досліджень.
  - Направляйте на перевірку функції легень за допомогою спірометрії.

- Забезпечте щорічне проведення аналізів крові, у тому числі ЗАК із лейкоцитарною формулою, серологічних досліджень на аспергил і тестування на IgE в сироватці.
- Щороку направляйте дитину на рентген ОГК.
- ▶ Оцінюйте психічне здоров'я та добробут пацієнта і його сім'ї та будьте пильними до ознак психосоціальних проблем.
- ▶ Забезпечте моніторинг дитини на предмет діабету після досягнення нею 10-річного віку: проведення безперервного моніторингу рівня глюкози, серійних досліджень рівня глюкози протягом кількох днів або оральних глюкозотолерантних тестів.

### Консультування

- ▶ Надавайте інформацію про доступні місцеві ресурси та групи підтримки.
- ▶ Консультуйте дитину та її опікунів щодо профілактики та лікування ускладнень.
- ▶ Радьте підтримувати регулярну фізичну активність, наприклад, заняття бігом, плаванням або гра у футбол може допомогти покращити як функцію легень, так і загальний стан здоров'я.
- ▶ Радьте дотримуватися належної дієти, оскільки слиз і екзокринна недостатність підшлункової залози може ускладнювати перетравлювання та засвоєння їжі та поживних речовин.

### Імунізація

- ▶ Проводьте рутинну щорічну імунізацію, включаючи щорічну вакцинацію проти грипу для дитини, членів її сім'ї та опікунів.

## 7.13 Цукровий діабет

Цукровий діабет — метаболічне захворювання, що характеризується стійким підвищенням рівня глюкози в крові. Цукровий діабет 1 типу є найпоширенішою формою діабету в дітей і підлітків. При цьому в останні роки відзначалося зростання превалентності цукрового діабету 2 типу. Діабет 1 типу виникає внаслідок вироблення недостатньої кількості інсуліну, діабет 2 типу — в результаті погіршення реакції клітин організму на інсулін.

## Симптоми

Симптоми цукрового діабету 1 та 2 типу відрізняються (таблиця 104). Розрізнити ці два типи захворювання надзвичайно важливо, щоб забезпечити належне лікування.

**Таблиця 104. Диференціальна діагностика діабету 1 та 2 типів**

Цукровий діабет 1 типу	Цукровий діабет 2 типу
<b>Фактори ризику</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Інше аутоімунне захворювання, напр., целіакія, тиреоїдит Хашимото.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Наявність діабету 2 типу в сімейному анамнезі</li> <li>■ Ожиріння й недостатня фізична активність</li> <li>■ Приналежність до груп населення, що характеризуються високим рівнем захворюваності.</li> </ul>
<b>Виникнення і симптоми</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Раптовий початок у дитинстві, піки в 4–6 і 10–14 років</li> <li>■ Втрата ваги та надмірна худорлявість</li> <li>■ Діабетичний кетоацидоз часто є одним із перших проявів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Безсимптомний перебіг або повільне виникнення</li> <li>■ Ожиріння при зверненні</li> <li>■ Симптоми ускладнень можуть бути першими клінічними ознаками (таблиця 106, с. 678).</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Поліурія (вторинний енурез і ніктурія в дітей)</li> <li>■ Полідипсія (надмірна спрага).</li> </ul>	

## Діагностика

Раннє розпізнавання діабету 1 типу є надзвичайно важливим. За наявності підозри на діабет у дитини з новими симптомами направляйте її до лікарні.

- Рівень глюкози у плазмі крові натще (через 8 годин після прийому їжі)  $\geq 7$  ммоль/л ( $\geq 126$  мг/дл)
- Глікований гемоглобін (HbA1c)  $> 6,5\%$
- Рівень глюкози у плазмі крові  $\geq 11,1$  ммоль/л ( $\geq 200$  мг/дл) протягом 2 годин після проходження орального глюкозотолерантного тесту (прийому 75 г або 1,75 г/кг глюкози в рідкому вигляді натще)

- ▶ За наявності підозри на цукровий діабет терміново направте дитину до лікарні для підтвердження діагнозу й початку лікування.

## Невідкладні стани в дітей із цукровим діабетом



Діабетичний кетоацидоз і тяжка гіпоглікемія є НЕВІДКЛАДНИМИ СТАНАМИ.

**Діабетичний кетоацидоз** через дефіцит інсуліну, пропуск або недостатні дози інсуліну та гостре захворювання часто є першим проявом при діагностиці: глюкоза в крові  $> 11,1$  ммоль/л або  $> 200$  мг/дл + кетонурія + ацидоз.

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- Часте блювання і гострий біль у животі
  - Червоні щоки
  - Запах ацетону при диханні
  - Дихання Куссмауля (глибоке, швидке, шумне дихання)
  - Зневоднення через тривалу поліурію
  - Знижений рівень свідомості, шок, кома, судоми.
- ▶ Стабілізуйте стан дитини (с. 825) і терміново направте її до лікарні.

**Тяжка гіпоглікемія** через перевищення дозою введеного інсуліну кількості спожитої їжі в дітей із діабетом: рівень глюкози в крові  $\leq 3$  ммоль/л або  $\leq 54$  мг/дл + нездатність надати собі допомогу. Маленькі діти часто не можуть повідомити про симптоми гіпоглікемії.

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- Тремор або тремтіння
- Прискорене або посилене серцебиття, пальпітації
- Блідість, відчуття голоду, нудота, потовиділення, головний біль, блювання
- Дратівливість, розсіяність, нічні жахіття, невгамовний плач
- Нездатність зосередитися, розмитість зору або двоїння в очах, невиразна мова, сплутаність свідомості, запаморочення, втрата свідомості, судоми.

- ▶ Повільно введіть 10% розчин глюкози в/в 3 мл/кг (вставка 13, с. 812) і негайно направте дитину до лікарні.

**Примітка:** діти з легкою гіпоглікемією здатні розпізнавати симптоми та надавати собі допомогу самостійно. Консультуйте підлітків та їхніх опікунів щодо самостійного усунення легкої гіпоглікемії (с. 680).

### Довгострокове ведення пацієнтів із діабетом 1 типу

Цукровий діабет — хронічне захворювання, яке потребує застосування мультидисциплінарного підходу.

- ▶ Координуйте допомогу і навчання зі спеціалістами з лікування діабету і мультидисциплінарною командою (медсестрою-педагогом, дієтологом, психологом).
- ▶ Забезпечуйте пильне спостереження, особливо на початковому етапі після встановлення діагнозу. Забезпечте, щоб дитина та члени її сім'ї володіли базовими навичками безпечного управління діабетом.
- ▶ Розробіть індивідуальний план управління діабетом разом зі спеціалістом і командою, щоб досягти найкращого можливого контролю рівня глюкози і довгострокових результатів для дитини та сім'ї. Такий план має враховувати вік, зрілість і здатність дитини інформувати про симптоми та брати участь в управлінні діабетом.

### Інсулінотерапія

- ▶ Для призначення режиму інсулінотерапії направте дитину до спеціаліста з управління діабетом.
- ▶ Дотримуйтеся рекомендацій спеціаліста щодо режиму інсулінотерапії.

**НЕ** призначайте метформін дітям із діабетом 1 типу.

Інсулінотерапію слід доповнювати правильним харчуванням та фізичною активністю.

Загальні принципи інсулінотерапії в підлітків:

- Підліткам вагою > 40 кг потрібно в середньому 40 одиниць інсуліну на добу (20 одиниць базального інсуліну для метаболізму та 20 одиниць болюсного інсуліну для споживання калорій). Дітям молодшого віку потрібно менше інсуліну на добу.

- У підлітків вагою > 40 кг: 10 г вуглеводів підвищують рівень глюкози в крові на 30–40 мг/дл (1,7–2,2 ммоль/л).
- У підлітків вагою > 40 кг: 1 одиниця інсуліну знижує рівень глюкози в крові на 30–40 мг/дл (1,7–2,2 ммоль/л). У дітей молодшого віку 1 одиниця інсуліну знижує рівень глюкози в крові набагато сильніше — на 70–100 мг/дл.
- У підлітків вагою > 40 кг: 1 одиниця інсуліну в середньому потрібна на 1 одиницю (= 10 г) вуглеводів.

Існують різні схеми інсулінотерапії (інформацію про наявні типи інсуліну див. у таблиці 105):

- Традиційна інсулінотерапія: фіксована схема введення інсуліну (суміш інсуліну короткої та середньої дії), як правило, двічі на день та самоконтроль рівня глюкози в крові.
- Інтенсивна традиційна інсулінотерапія — базально-болюсна схема: базальний (тривалої дії) інсулін 1–2 рази/добу + болюсні ін'єкції інсуліну (короткої дії) перед прийомом їжі з урахуванням передпрандіального рівня глюкози в крові.
- Безперервна п/ш інфузія інсуліну: помпова інсулінотерапія з використанням або без використання інтегрованого сенсора глюкози в крові і автоматизованого коригування доз.

Дітей на інсулінотерапії слід моніторувати на предмет таких явищ:

- «Медовий місяць»: тимчасове зниження потреби в екзогенному інсуліні після початку інсулінотерапії.

**НЕ СЛІД** повністю скасовувати інсулінотерапію протягом такого періоду.

- Феномен «ранкової зорі» (поширений): підвищення рівня глюкози в крові рано вранці через фізіологічне підвищення рівня гормону росту, що спричиняє підвищену потребу в інсуліні.
  - ▶ Перед введенням інсуліну вночі вимірюйте рівень глюкози в крові.
  - ▶ Вводьте інсулін тривалої дії пізніше (близько 23:00) або збільшіть його дозу з ретельним контролем глікемії.
  - ▶ Розгляньте доцільність переходу на лікування з використанням інсулінової помпи.

- Ефект Сомоджі (рідкісний): підвищення рівня глюкози в крові рано вранці після падіння рівня глюкози в крові, спричиненого вечірньою ін'єкцією інсуліну.
  - ▶ Зменшіть вечірню дозу інсуліну тривалої дії.

**Таблиця 105. Найвні типи інсуліну**

Типи інсуліну	Початок дії	Пік	Тривалість ефективної дії	Час ін'єкції
<b>Інсулін ультракороткої дії</b> , напр., Аспарт®, Лізпро®, Глюлізин®	15–30 хв	1–2 год	3–5 год	Безпосередньо перед їдою
<b>Інсулін короткої дії</b> , напр., Актрапід®, Хумілін-Р®, Інсуман Рапід®	30–60 хв	2–4 год	5–8 год	За 30 хв до їди
<b>Інсулін середньої дії</b> , напр., Хумулін НПХ®, Протафан®, Insulatard®	2–4 год	4–10 год	12–24 год	За 30 хв до їди
<b>Інсулін тривалої дії</b> , напр., Детемір® Гларгін®	1–2 год 2–4 год	6–12 год Відсутній	20–24 год ≤ 24 h	1–2 р/день 1–2 р/день
<b>Суміші інсулінів</b> Суміш інсулінів ультракороткої і тривалої дії або короткої і тривалої дії у пропорції 30/70 або 25/75	30 хв	4–12 год	8–24 год	За 30 хв до їди

**Консультавання щодо техніки самостійного управління діабетом**

- ▶ Консультауйте опікунів, а також дитину чи підлітка щодо:
  - Взаємозв'язку між інсуліном, дієтою, фізичними вправами та їхнього впливу на рівні глюкози в крові
  - Моніторингу рівня глюкози в крові та цільових показників (с. 680)

- Різних видів інсуліну, особливостей та тривалості їхньої дії (таблиця 105)
- Правильної техніки введення інсуліну (с. 683)
- Харчування і ваги
- Дій у разі хвороби (с. 681)
- Підходів до занять спортом (с. 681)
- Розпізнавання гіпоглікемії та дій у разі її виникнення (с. 680).

### Нагляд

- ▶ Переконайтеся, що відповідальні дорослі, які наглядають за дитиною, напр., учителі, спортивні тренери, визначені та навчені розпізнавати ознаки гіпоглікемії та реагувати на них у школі, у дитячому садку та під час спортивних занять.

### Імунізація

- ▶ Забезпечуйте наявність у дитини всіх щеплень, передбачених національним календарем імунізації. Забезпечуйте щорічну вакцинацію проти грипу та пневмококової інфекції.

### Харчування і вага

- ▶ Направляйте пацієнтів до дієтолога для отримання ними консультацій щодо підрахунку вуглеводів і дієти, що забезпечує достатнє споживання поживних речовин. Це є особливо важливим для дітей, яким необхідно коригувати болуси інсуліну перед їжею на основі рівня глюкози в крові та очікуваного впливу спожитих вуглеводів на її рівень.
- ▶ Маленькі діти не мають сталого графіку харчування. Це можна вирішити за допомогою частого контролю рівня глюкози в крові або використання інсулінової помпи.
- ▶ Консультуйте дитину та її опікунів щодо важливості підтримання здорової ваги. Незменшення дози інсуліну, коли це є необхідним, може призвести до набору надмірної ваги. Якщо дитина має надлишкову вагу, може існувати необхідність у зменшенні споживання калорій або доз інсуліну.

### Моніторинг

- ▶ Направляйте дитину на аналіз HbA1c принаймні чотири рази на рік. Забезпечення цільового рівня HbA1c < 6,5% знижує ризик довгострокових ускладнень.

- ▶ Моніторуйте та регулярно оцінюйте під час планових візитів:
  - Контроль діабету:
    - Епізоди гіпоглікемії, діабетичного кетоацидозу, госпіталізації
    - Розуміння та застосування покровокового підходу до усунення гіпоглікемії
    - Вплив діабету на шкільне життя, заняття спортом та соціальне життя
    - Відповідність схеми інсулінотерапії та болюсних доз
    - Дотримання правил здорового харчування.
  - Прихильність до лікування: якщо контроль рівня глюкози в крові є субоптимальним, піднімайте питання про недотримання призначеного режиму лікування без засудження та з розумінням: намагайтеся з'ясувати основні питання, які непокоять дитину, та проблеми, з якими вона стикається. Запитуйте, чи потрібна дитині допомога для досягнення будь-яких коротко-, середньо- та довгострокових цілей (напр., у спорті, навчанні, соціальному чи сімейному житті, професійній діяльності) і підтримки прихильності?
  - Нормальний ріст (с. 22) і статевий розвиток (с. 755).
- ▶ Моніторуйте стан дитини на наявність ускладнень цукрового діабету (таблиця 106) на момент встановлення діагнозу та під час рутинних візитів після цього.

**Таблиця 106. Ускладнення діабету та моніторинг**

Ускладнення	Моніторинг
<b>Захворювання щитоподібної залози</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перевірка щитоподібної залози на предмет збільшення</li> <li>• Аналізи функцій щитоподібної залози.</li> </ul>
<b>Ретинопатія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Направлення дитину на огляди до офтальмолога, починаючи з 12-річного віку.</li> </ul>
<b>Гіпертонія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вимірювання артеріального тиску (с. 878, с. 381).</li> </ul>
<b>Нейропатія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обстеження кінцівок на предмет оніміння, болю, парестезії.</li> </ul>
<b>Нефропатія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Співвідношення альбуміну до креатиніну в точковому зразку сечі: при помірно підвищеній альбумінурії (3–30 мг/ммоль) повторити протягом 1 місяця.</li> </ul>

Ускладнення	Моніторинг
<b>Дисліпідемія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ліпідний профіль: загальний холестерин, тригліцериди, ліпопротеїди високої щільності, ліпопротеїди низької щільності.</li> </ul>
<b>Психологічні проблеми</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оцінювання на предмет ознак депресії (с. 586), тривоги (с. 594), пропусків школи, проблем із харчуванням (с. 615), сімейних конфліктів, ризикованої поведінки (куріння, вживання алкоголю).</li> </ul>
<b>Дерматологічні проблеми</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Огляд місць ін'єкцій на предмет ліпогіпертрофії чи атрофії.</li> </ul>

### Підлітки з цукровим діабетом

Підлітковий вік — це складний період, який приносить багато психологічних і фізичних змін. Щоб дізнатися більше про особливі міркування щодо лікування хронічних станів у підлітковому віці, див. с. 792.

- ▶ Заохочуйте підлітків брати на себе більшу відповідальність за управління діабетом за підтримки опікунів.
- ▶ Проводьте оцінювання на предмет ознак розладів харчової поведінки (с. 617) та навмисного введення некоректних доз інсуліну для контролю ваги дівчатами-підлітками, оскільки для них існує підвищений ризик розладів харчової поведінки. Поганий глікемічний контроль, стійкий до спроб його покращення, або повторювані епізоди діабетичного кетоацидозу можуть бути ознакою навмисного введення некоректних доз інсуліну.
- ▶ Забезпечуйте моніторинг на предмет ознак депресії (с. 586).
- ▶ Консультуйте підлітків щодо:
  - Обмеження споживання алкоголю до щонайбільше одного напою на день, оскільки алкоголь може призвести до тяжкої гіпоглікемії.
  - Необхідності завжди носити з собою вуглеводний перекус та їсти його до та після споживання алкоголю.
  - Моніторингу рівнів цукру в крові для оцінювання будь-яких негайних або відстрочених ефектів алкоголю.
  - Вимірювання рівня глюкози в крові перед тим, як сідати за кермо автомобіля. Цільовий рівень становить щонайменше 5 ммоль/л (90 мг/дл).

**Робоча пам'ятка 41. Міркування щодо дітей та підлітків із діабетом****Міркування щодо дітей та підлітків із діабетом****Цільові рівні глюкози в крові**

Підтримання рівня глюкози в крові на нижній межі цільового діапазону є важливим для досягнення найнижчого можливого рівня HbA1c, нормального росту, розвитку і запобігання ускладненням.

Цільові значення рівня глюкози в крові:

- Рівень глюкози натще: 4–7 ммоль/л (72–126 мг/дл) після пробудження перед сніданком
- Рівень глюкози у плазмі крові: 4–7 ммоль/л (72–126 мг/дл) перед будь-яким прийомом їжі
- Рівень глюкози у плазмі крові: 5–9 ммоль/л (90–162 мг/дл) після будь-якого прийому їжі.
- ▶ Вимірюйте рівень глюкози в крові кілька разів на день (щонайменше 5) за допомогою глюкометра або пристрою для безперервного моніторингу глюкози в крові. Коригуйте дози інсуліну відповідно до отриманих значень.
- ▶ Вимірюйте рівні глюкози в крові частіше під час фізичної активності або хвороб, коли потрібно коригувати дозування інсуліну.

**Низький рівень глюкози в крові**

Якщо рівень глюкози в крові  $\leq 3$  ммоль/л або  $\leq 54$  мг/дл або дитина має симптоми низького рівня глюкози в крові (примітка: маленькі діти можуть не вміти розпізнавати та повідомляти про симптоми низького рівня глюкози):

- ▶ **Крок 1:** Дайте дитині 150–200 мл напою з цукром чи фруктового соку або 3–4 ложки цукру або меду.
- ▶ **Крок 2:** Якщо дитина пропустила прийом їжі (але вколола інсулін як зазвичай): дайте дитині їжу, що містить відповідну кількість вуглеводів.
- ▶ **Проведіть повторний тест:** Переконайтеся, що рівень глюкози в крові є нормальним ( $> 5,6$  ммоль/л або 100 мг/дл) через 10–15 хвилин після вжиття дій для усунення гіпоглікемії. Якщо рівень глюкози в крові залишається низьким або симптоми зберігаються, **повторіть крок 1.**
- ▶ Зверніться до лікаря або викличте швидку, якщо дитина має будь-які ознаки тяжкої гіпоглікемії:

## **Робоча пам'ятка 41. Міркування щодо дітей та підлітків із діабетом** (продовження)



- Нездатність до самопомоги
- Тремор або тремтіння
- Прискорене або посилене серцебиття, пальпітації
- Блідість, відчуття голоду, нудоту, потовиділення, головний біль, блювання
- Дратівливість, розсіяність, нічні жахіття, невгамовний плач, нездатність зосередитися, розмитість зору або двоїння в очах, невиразна мова, сплутаність свідомості, запаморочення, втрата свідомості, судоми.

### **Міркування щодо дітей та підлітків із діабетом**

#### **Хвороби**

Багато хвороб викликають підвищення рівня глюкози в крові через стрес і збільшення потреби в інсуліні. Блювання і діарея, навпаки, призводять до зниження засвоєння глюкози і зменшення потреби в інсуліні.

- Негайно звертайтеся по допомогу при інфекційних захворюваннях. При гарячці давайте дитині парацетамол.
- У жодному разі не припиняйте інсулінотерапію: навіть якщо дитина погано почувається і не може їсти.
- Вимірюйте рівень глюкози в крові частіше (принаймні кожні 4 години, у тому числі вночі) і перевіряйте сечу на кетони.
- Якщо рівень глюкози в крові є вищим за 14 ммоль/л (250 мг/дл) або рівень кетонів у сечі є середнім, проводьте повторне тестування щонайменше кожні 2 години.
- Давайте дитині багато рідини (до одного додаткового літра на день). Якщо дитина не здатна їсти тверду їжу, замінійте прийоми їжі та перекуси рідиною, що містить вуглеводи.
- Якщо у вас немає плану на випадок хвороби або ви не впевнені щодо необхідних доз інсуліну, негайно зверніться по консультацію до лікуючого лікаря. У разі погіршення стану дитини викликайте невідкладну допомогу.

#### **Фізична активність**

Регулярні фізичні вправи важливі для загального здоров'я та соціального життя дитини, однак вони вимагають обережності через

### **Робоча пам'ятка 41. Міркування щодо дітей та підлітків із діабетом** (продовження)

ризик виникнення гіпоглікемії під час фізичних вправ, одразу або через деякий час після них.

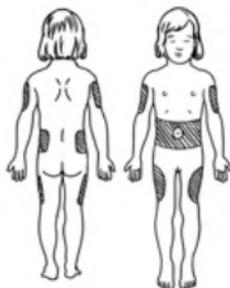


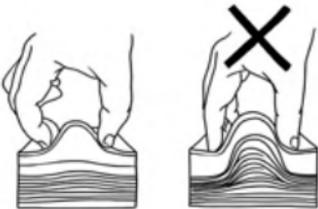
- Посилуйте моніторинг рівня глюкози в крові (до та після занять спортом, а у разі виконання тривалих або виснажливих фізичних вправ — навіть під час них) і коригуйте дози інсуліну відповідним чином.
- Заняття спортом удень або ввечері можуть викликати гіпоглікемію пізніше вночі. Перевіряйте рівень глюкози в крові на ніч після інтенсивних фізичних вправ.
- Уникайте занять спортом, якщо рівень глюкози в крові перед тренуванням є високим (> 14 ммоль/л, 250 мг/дл) і супроводжується кетонурією.

### **Управління цукровим діабетом 2 типу в дітей та підлітків**

Цукровий діабет 2 типу в дітей і підлітків зустрічається рідко й потребує направлення до спеціаліста.

- ▶ Дотримуйтеся схеми лікування діабету, призначеної спеціалістом.
- ▶ Надавайте консультації щодо здорового способу життя, у тому числі зміни дієти та збільшення фізичної активності.

**Робоча пам'ятка 42. Правильна техніка введення інсуліну****Як правильно вводити інсулін****Місця введення інсуліну**

- Оберіть місце ін'єкції (див. ілюстрацію):
    - Чергуйте місця ін'єкцій: використовуйте щоразу інше місце для запобігання утворенню горбиків або ямок на шкірі.
    - Дотримуйтеся відстані у 2,5 см від рубців і 5 см від пупка.
    - **НЕ СЛІД** робити ін'єкції у місця, де є синці, набряки, болючість, горбики, затвердіння або оніміння.
  - Обережно сформуйте складку шкіри. Інсулін повинен потрапляти у жировий шар під шкірою. Утворіть складку, захопивши шкіру великим, вказівним і середнім пальцями однієї руки та відтягнувши шкіру і жировий шар від м'язової тканини під ними.
 
  - Вводьте голку під кутом 90°. У випадку більш худих дітей можна робити ін'єкцію під кутом у 45°.
  - Введіть голку до упору в шкіру. Відпустіть затиснуту шкіру і введіть увесь інсулін повільно та рівномірно.
  - Після введення зачекайте приблизно 5 секунд, перш ніж витягнути голку. Витягайте голку під тим самим кутом, під яким її вводили.
  - Помістіть голку та шприц у безпечний твердий контейнер. Закрийте контейнер і тримайте його в недоступному для дітей місці.
- ! Ніколи не використовуйте одноразові шприци та голки повторно.**



## 7.14 Таласемія

Таласемія — це група аутосомно-рецесивних спадкових захворювань крові, які характеризуються порушеннями синтезу ланцюгів гемоглобіну. Залежно від того, у синтезі якого саме ланцюга гемоглобіну відбувається порушення, розрізняють  $\alpha$ -таласемію та  $\beta$ -таласемію. Історично захворювання було більш поширеним у країнах Середземномор'я, однак міграція призвела до більш широкого його розповсюдження.

### Анамнез

Оцінювання факторів ризику:

- Наявність  $\alpha$ - або  $\beta$ -таласемії в анамнезі
- Регулярне виникнення потреби у трансфузії в анамнезі у пацієнта або члена сім'ї
- Відмова від пренатальної діагностики вагітної жінки або пари з групи ризику носійства таласемії
- Етнічне походження з Африки на південь від Сахари, Середземномор'я та Аравійського півострова, Південно-Східної Азії, півострова Індостан.

### Симптоми

Симптоми і терміни клінічного прояву залежать від типу таласемії. Тяжкість перебігу варіюється від безсимптомної в легких формах або статусу тихого носійства до внутрішньоутробної смерті в тяжких формах (в основному, альфа-таласемія).

Симптоми включають:

- Блідість
- Здуття живота
- Затримку росту, поганий апетит, зниження активності, летаргія
- Збільшення розмірів печінки та селезінки
- Жовтяниця
- Симптоми жовчнокам'яної хвороби: раптовий сильний біль у верхній правій частині живота
- Скелетні деформації: велика голова з лобовим та тім'яним виступами, «обличчя бурундука», неправильне розташування зубів.

### Дослідження

- ЗАК: мікроцитарна гіпохромна анемія

- Феритин
- Додаткові дослідження: мазок периферичної крові, аналіз ДНК, рентген для виявлення скелетних деформацій.

Уникайте досліджень і терапії, які не є необхідними, наприклад, призначення добавок, що містять залізо.

## Диференціальна діагностика

Інформацію про диференціальну діагностику анемії див. на с. 455.

## Надання допомоги

- ▶ Направляйте дітей із підозрою на таласемію до спеціаліста для проведення подальших обстежень та призначення лікування за наявності у них:
  - Факторів ризику та типових симптомів (див. розділ про симптоми)
  - Рефрактерної мікроцитарної гіпохромної анемії (часто помилково діагностується як залізодефіцитна анемія).
- ▶ Тяжчі форми захворювання (велика і проміжна бета-таласемія, хвороба гемоглобіну H) потребують переливання крові та терапії хелатним залізом. Спостерігайте за дитиною та робіть призначення відповідно до рекомендацій спеціаліста.
- ▶ Лікуйте вторинне перевантаження залізом за допомогою хелатуючих агентів (деферазироксу або дефероксаміну) спільно зі спеціалістом.
- ▶ Легші форми та тихе носійство не потребують лікування і трансфузій.

## Імунізація

- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації (с. 83). Забезпечуйте щорічну вакцинацію проти грипу та пневмококової інфекції.

## Моніторинг

За відсутності лікування, тяжкі форми таласемії можуть призводити до хвороб серця, хронічного гепатиту, ендокринних захворювань (таких як діабет, гіпотиреоз, гіпогонадізм), проблем із ростом через перевантаження органів залізом. У дітей, які потребують часті трансфузійної терапії:

- ▶ Регулярно моніторуйте рівні феритину, заліза та трансферину в сироватці крові і пильнуйте ознаки вторинного перевантаження залізом:
  - Втому, біль у животі, збільшення печінки
  - Пігментацію шкіри у бронзовий колір
  - Діабет: поліурію, полідипсію
  - Біль у суглобах
  - Еректильну дисфункцію
  - Серцеву недостатність.

### Профілактика

- Перед зачаттям: направляйте партнерів на скринінг носійства, якщо вони належать до етнічних груп підвищеного ризику або є родичами. Якщо обидва партнери виявляються носіями таласемії чи мають мутації гемоглобіну або є носіями таласемії на фоні таких мутацій, направте на генетичну консультацію.
- На ранніх термінах вагітності: пропонуйте пренатальну діагностику та консультування вагітним жінкам або парам, які мають ризик наявності таласемії у плода.

## 7.15 Серповидноклітинна анемія

Серповидноклітинна анемія — це захворювання еритроцитів, спричинене аутосомно-рецесивним генним дефектом бета-ланцюга гемоглобіну, що призводить до вироблення гемоглобіну S. Еритроцити, що містять гемоглобін S, стають жорсткими і деформуються у форму серпа (півмісяця).

### Діагностика

Захворювання можна діагностувати за допомогою програм неонатального скринінгу. У немовлят і дітей, яким відповідний діагноз не було встановлено за результатами неонатального скринінгу, підозрювати серповидноклітинну анемію слід за наявності типового анамнезу і симптомів (див. нижче).

### Анамнез

Проводьте обстеження на предмет:

- Сімейний анамнез — наявність у батьків діагнозу «серповидноклітинна анемія»

- Етнічне походження із Середземномор'я та Аравійського півострова, Південно-Східної Азії, півострова Індостан, Африки на південь від Сахари
- Тригери симптомів серповидного кризу: стрес, гіпоксія, ацидоз, гарячка, гіпотермія, сильні фізичні навантаження, інфекції та зневоднення.

### Симптоми

Клінічні прояви та тяжкість перебігу залежать від фенотипу гемоглобіну. Симптоми проявляються приблизно на 4–6 місяці життя:

- набряк суглобів і кісток, особливо дактиліт через оклюзію дрібних судин
- Постійний біль у кістках, грудях або животі
- Випинання живота (збільшена селезінка) з пупковою грижею
- Гострий грудний синдром: прискорене дихання, симптоми, характерні для пневмонії
- Затримка росту
- «Плавуче» помутніння скловидного тіла
- Жовтяниця, блідість, летаргія.



**Дактіліт: набрякання суглобів**

### Дослідження

- Аналіз крові та мазок периферичної крові
- Підтверджувальні тести (ДНК-аналіз чи аналіз гемоглобіну).

### Надання допомоги

#### Координація допомоги

- ▶ Направляйте дітей із підозрою на серповидноклітинну анемію до спеціаліста для встановлення діагнозу та призначення лікування.
- ▶ Співпрацюйте зі спеціалістом. Дотримуйтеся плану лікування та надавайте підтримку дитині, підлітку та членам їхніх сімей.

#### Профілактика і лікування інфекцій

- ▶ Призначайте антибіотикопрофілактику пероральним пеніциліном V дітям віком < 5 років: 125 мг двічі на день дітям віком до трьох років;

250 мг двічі на день дітям віком від трьох років і старше принаймні до п'ятирічного віку.

- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації, включаючи щеплення від *H. influenzae* та пневмококової інфекції (с. 83).
- ▶ Забезпечуйте своєчасне лікування інфекцій. Гарячка з клінічним вогнищем інфекції або без нього є невідкладним медичним станом і вимагає негайного направлення для проведення оцінювання та призначення антибіотиків (таблиця 107).

### **Знеболення**

- ▶ Забезпечуйте допомогу при гострому або хронічному болі (с. 564).
- ▶ Розглядайте доцільність профілактичного лікування препаратами гідроксисечовини в дітей віком  $\geq 2$  років для зменшення частоти епізодів болю та дактиліту, зменшення потреби в трансфузії та зниження ризику гострого грудного синдрому або інсульту.

### **Консультавання**

- ▶ Радьте уникати тригерів, напр., зневоднення, переохолодження, сильних фізичних навантажень та перебування на великих висотах.
- ▶ Надавайте консультації щодо харчування (с. 96).

### **Моніторинг**

- ▶ Забезпечуйте моніторинг і лікування гострих ускладнень серповидноклітинної анемії та, за необхідності, направляйте дитину до спеціалістів (таблиця 107).

Таблиця 107. Ускладнення серповидноклітинної анемії

Ускладнення	Симптоми й ознаки	Надання допомоги
<b>Анемія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Виникнення на 3–4 місяці життя</li> <li>■ Сильна втомлюваність</li> <li>■ Диспное</li> <li>■ Блідість.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Розгляньте доцільність застосування препаратів гідроксисечовини в дитячому віці <math>\geq 2</math> років.</li> <li>▶ Розгляньте доцільність регулярної трансфузії крові.</li> </ul> <p>Остерігайтеся перевантаження залізом та трансфузії надмірних об'ємів крові (вимірюйте базові показники для визначення потреб у трансфузії).</p>
<b>Перевантаження залізом унаслідок частих трансфузій</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Підвищення рівня феритину в сироватці.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Призначайте лікування дефероксаміном, деферипроном або деферазіроксом.</li> </ul>
<b>Дактилїт</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ набряк тильних частин кистей і стоп</li> <li>■ Вік &lt; 5 років.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечте відповідне знеболення і достатню гідратацію.</li> <li>▶ Розгляньте доцільність застосування препаратів гідроксисечовини в немовлят.</li> </ul>
<b>Гострий грудний синдром</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Біль у грудях (с. 356)</li> <li>■ Гарячка</li> <li>■ Прискорене дихання</li> <li>■ Кашель</li> <li>■ Диспное, гіпоксія</li> <li>■ Може мати клінічні ознаки, подібні до пневмонії.</li> </ul>	<p>Направте для:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Проведення рентгену органів грудної клітки з метою виявлення нового інфільтрату</li> <li>▶ Забезпечення відповідного знеболення і достатньої гідратації</li> <li>▶ Призначення кисневої терапії, трансфузій крові, антибіотиків.</li> </ul>

Ускладнення	Симптоми й ознаки	Надання допомоги
<b>Інфекції</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Гарячка</li> <li>■ Пильнуйте зокрема ознаки та симптоми пневмонії (с. 208), целюліту (с. 438), остеомієліту (с. 469), сепсису (с. 821) та менінгіту (с. 264).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Направляйте дітей із гарячкою до лікарні для проведення відповідних досліджень та призначення парентеральних антибіотиків. Якщо термінове направлення не є можливим, вводьте цефтріаксон внутрішньом'язово або внутрішньовенно з розрахунку 50 мг/кг (макс. 2 г). Діти з серповидноклітинною анемією потребують застосування інших схем антибіотикотерапії, ніж загальна популяція.</li> </ul>
<b>Вазооклюзивний криз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Сильний біль у кістках.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Забезпечте відповідне знеболення і достатню гідратацію.</li> <li>▶ Пильнуйте ускладнення (напр., гострий грудний синдром на фоні вазооклюзивного кризу з абдомінальними або спінальними симптомами).</li> </ul>
<b>Проблеми з ростом</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Затримка росту</li> <li>■ Затримка статевого розвитку.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Призначте харчові добавки.</li> </ul>
<b>Виразки на ногах</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Вік &gt; 10 років</li> <li>■ Медіальна/латеральна ділянка щиколотки.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Елевація, стискальні пов'язки з сульфатом цинку.</li> </ul>
<b>Пріапізм (с. 424)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Тривала ерекція статевого члена протягом &gt; 4 год</li> <li>■ 90% пацієнтів чоловічої статі.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Стан, що потребує невідкладної урологічної допомоги</li> <li>▶ Негайно направте пацієнта для надання екстреної допомоги.</li> </ul>

Ускладнення	Симптоми й ознаки	Надання допомоги
<b>Залежність від/ толерантність до опіоїдів</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Зниження реакції на опіоїди після їх тривалого прийому.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Замініть опіоїд і збільшіть дозування.</li> </ul>
<b>Проблеми з нирками</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Протеїнурія.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Щорічні скринінги на наявність підвищеної екскреції альбуміну з сечею</li> <li>▶ Направте до спеціаліста</li> </ul>
<b>Секвестраційний криз селезінки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Масивна спленоомегалія</li> <li>■ Зниження рівня гемоглобіну &gt; 2 г/дл</li> <li>■ Диспное</li> <li>■ Шок.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Терміново направте до лікарні для збільшення об'єму крові та проведення трансфузії і, можливо — спленектомії.</li> </ul>
<b>Рецидивуючі холецистит і жовчнокам'яна хвороба</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Жовтяниця та збільшення печінки</li> <li>■ Біль у правому верхньому квадранті або епігастральній ділянці.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Направте для проведення елективної холецистектомії.</li> </ul>
<b>Хронічні проблеми з легенями та серцем</b> (напр., легенева гіпертензія)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Шуми в серці</li> <li>■ Диспное.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Направте до спеціаліста.</li> </ul>
<b>Порушення мозкового кровообігу</b> (інсульт)	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Раптові неврологічні дефіцити: труднощі з мовленням, письмом або читанням; судоми; моторні й сенсорні дефіцити; змінений стан свідомості.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Негайно направте до спеціаліста.</li> </ul>

## 7.16 Рак

Рак у дітей істотно відрізняється від злоякісних новоутворень у дорослих за прогнозом і гістологією. Рання діагностика є надзвичайно важливою для забезпечення дитині з раком найкращих шансів на виживання. Надавач первинної медичної допомоги повинен бути у змозі виявляти онкохворих дітей і забезпечувати їх своєчасне направлення до спеціалізованих закладів. Клінічні прояви раку в дітей варіюються залежно від локалізації та характеру новоутворення. Інформацію про клінічні прояви онкологічних захворювань, поширених у дітей, див. у таблиці 108 (с. 694)

### Анамнез

Аналізуйте ознаки й симптоми, які можуть бути пов'язані з раком, під час кожного візиту. Оцініть:

- Наявність будь-яких тривожних симптомів (див. нижче)
- Статус вакцинації.

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- Постійний або періодичний біль, особливо якщо він будить дитину вночі
- Постійне підвищення температури тіла (протягом більш ніж 7 днів)
- Постійна втома
- Рясне потовиділення або пітливість уночі
- Втрата апетиту
- Втрата ваги (див. інформацію про моніторинг росту на с. 22)
- Головний біль (що посилюється, будить дитину вночі)
- Блювання
- Анемія невідомої етіології
- Розмитість або двоїння в очах, раптова сліпота
- Біль у кістках (що посилюється, заважає діяльності дитини).

### Обстеження

Для виявлення можливих ознак злоякісного новоутворення під час фізикального обстеження дотримуйтеся алгоритму «4 В»:  
[blood] — кров, [brain] — мозок, [belly] — живіт, [bone] — кістки.

Пильнуйте ознаки, які можуть вказувати на рак:

- Прояви, пов'язані з кровотечами: петехії, синці, кровотечі, екхімози (не пов'язані з травмами), носові кровотечі, кровоточивість ясен, шлунково-кишкові кровотечі, уrogenітальні кровотечі, пурпура
- Виражену блідість долонь або кон'юнктиви
- Збільшення лімфатичних вузлів > 2,5 см, із затвердінням/ущільненням консистенції, безболісне, що триває > 4 тижні
- Утворення в черевній порожнині, що пальпується
- Збільшення печінки або селезінки
- Збільшення частини тіла, напр., яєчка, кінцівки
- Очні аномалії: лейкокорія (біле око), нова косоокість, гетерохромія (різний колір очей), гіфема (кров в оці), проптоз (випинання ока)
- Вогнищеві неврологічні симптоми з раповим або прогресуючим початком:
  - судоми на фоні відсутності гарячки або основного неврологічного захворювання
  - одностороння слабкість
  - асиметрія обличчя
  - зміна свідомості, психічного стану, поведінки
  - сплутаність свідомості
  - втрата рівноваги при ходьбі
  - кульгання від болю
  - утруднене мовлення.



**Лейкокорія**

**Таблиця 108. Поширені дитячі онкологічні захворювання та їхня клінічна картина**

Тип раку	Фактори на користь (вікова група і клінічні ознаки)
<b>Лейкемія</b> (гострий лімфоїдний лейкоз, гострий мієлобластний лейкоз)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Усі вікові групи: найпоширеніше онкологічне захворювання в дитячому віці</li> <li><b>Тріада: підвищення температури тіла, анемія і кровотечі</b> (петехії, екхімози, спонтанна кровоточивість ясен), збільшення печінки й селезінки, аденомегалія, інфільтрація інших органів (яєчок, центральної нервової системи або нирок).</li> </ul>
<b>Лімфома</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вік &gt; 5 років</li> <li><b>Лімфаденопатія в шийній або надключичній ділянці</b> залежно від ступеня ураження середостіння: кашель, задишка.</li> </ul>
<b>Пухлини центральної нервової системи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вік: 5–10 років</li> <li><b>Різні неврологічні ознаки</b>, такі як дратівливість або головний біль, атаксія, двоїння в очах, збільшення окружності голови, нудота і блювання, як вторинні явища на фоні підвищення внутрішньочерепного тиску, порушення зору або слуху, зміни особистості, регрес у розвитку, судоми.</li> </ul>
<b>Пухлина Вільмса</b> (нефробластома)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вік &lt; 3 роки</li> <li>Утворення в черевній порожнині, що пальпується, гематурія, гіпертонія, закрел, анемія, підвищення температури тіла.</li> </ul>
<b>Нейробластома</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вік &lt; 5 років</li> <li>Утворення, що пальпується, симптом «окулярів», симптоми, що відображають локалізацію та ступінь розвитку захворювання.</li> </ul>
<b>Остеосаркома і саркома Юінга</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вік &gt; 10 років</li> <li><b>Кульгання від болю або біль у кінцівці</b>, збільшення ураженої ділянки за відсутності травм в анамнезі.</li> </ul>
<b>Ретинобластома</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вік &lt; 3 роки</li> <li><b>Лейкокорія</b> (біле око), косоокість, гетерохромія.</li> </ul>

Тип раку	Фактори на користь (вікова група і клінічні ознаки)
<b>Рабдоміо-саркома</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік &lt; 11 років</li> <li>• Болюче або безболісне утворення, яке швидко росте і проникає в сусідні структури.</li> </ul>
<b>Герміногенна пухлина</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вік &lt; 4 роки та &gt; 15 років</li> <li>• Утворення в животі, тверде утворення в яєчках, блювання, анорексія, хронічний біль, закріп, порушення з боку сечостатевої системи, відсутність менструацій.</li> </ul>

### Дослідження

- ЗАК, включаючи гемоглобін, еритроцити, ретикулоцити, лейкоцити, тромбоцити, залізо, феритин і мазок периферичної крові для пошуку аномальних клітин
- Виключіть інші можливі причини втрати апетиту чи ваги або втоми, і проведіть тестування на ТБ (с. 705) та ВІЛ/СНІД (с. 696).

### Надання допомоги

#### Координація допомоги

- ▶ За наявності підозр на рак у дитини, направте її до спеціалізованого гематологічного/онкологічного центру, який забезпечує інтегроване ведення пацієнтів мультидисциплінарною командою.
- ▶ Тісно співпрацюйте з мультидисциплінарною командою та дотримуйтеся рекомендацій спеціаліста щодо контролю етапів лікування вдома та координації підтримувальної терапії.

#### Рутинний догляд

- ▶ Проводьте імунізацію згідно з місцевим календарем планової імунізації, включаючи щеплення від пневмококової інфекції (с. 83).

#### Моніторинг

- ▶ Моніторуйте стан дитини на предмет ускладнень (див. небезпечні ознаки нижче) та, за необхідності, направляйте її до лікарні. Ускладнення будь-якого типу в онкохворих дітей завжди є невідкладним станом.

#### Консультування і підтримка

- ▶ Надавайте послуги психосоціальної підтримки дитині та членам її сім'ї.

- ▶ Консультуйте батьків і опікунів із таких питань:
  - Рак — це хвороба, яка є виліковною при правильному лікуванні
  - Альтернативні методи лікування і спеціальні дієти не виліковують рак. Якщо відповідні практики не є шкідливими, сім'я вірить у їхню дієвість і використовує їх, не припиняючи та не змінюючи базовий протокол лікування, їх можна застосовувати додатково. Дуже важливо не припиняти лікування через помилкове очікування зцілення за допомогою альтернативних методів лікування.
- ▶ Підкреслюйте важливість неухильного дотримання лікування, рекомендовано групою онкологів, і допомагайте сім'ї у проходженні призначеної схеми лікування до кінця й подальшого спостереження.
- ▶ Рекомендуйте повернення дитини до школи з урахуванням протоколу лікування і ступеню імуносупресії.
- ▶ Забезпечуйте консультування щодо ключових практик, таких як годування та домашній догляд з боку батьків і сім'ї, напр., як приймати ліки для перорального застосування вдома.
- ▶ Інструкуйте батьків негайно звертатися за медичною допомогою в разі виникнення в дитини будь-якої із зазначених нижче небезпечних ознак:
  - Підвищення температури тіла (будь-яке підвищення температури в дитини, яка отримує хіміотерапію, потребує обстеження)
  - Блювання
  - Нездатності пити рідину
  - Проявів, пов'язаних із кровотечами
  - Утруднення дихання
  - Сильної блідості
  - Візуального нездужання або погіршення стану.
- ▶ Консультуйте підлітків щодо можливостей у сфері онкофертильності, напр., консервації гамет. Організуйте своєчасне направлення до початку лікування раку.
- ▶ Забезпечте надання паліативної допомоги, коли це необхідно, зокрема у випадку неефективності лікування (с. 733).

## 7.17 ВІЛ/СНІД

Для новонароджених, які контактують із ВІЛ протягом періоду внутрішньоутробного розвитку, під час пологів та грудного вигодовування, існує ризик інфікування ВІЛ шляхом вертикального передавання від матері до

дитини. У дітей, інфікованих ВІЛ, симптоми захворювання зазвичай проявляються протягом перших років життя. Підлітки можуть інфікуватися ВІЛ у результаті незахищеного статевого акту чи в/в введення наркотиків.

## Симптоми

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції в дітей є дуже різними й залежать від стадії інфекції. У той час як у деяких дітей тяжкі ознаки та симптоми, пов'язані з ВІЛ, з'являються на першому році життя, інші можуть мати безсимптомний перебіг захворювання або лише легкі симптоми протягом більше ніж одного року. Зазначені нижче симптоми є підставою для ініціювання первинного обстеження та, за необхідності, направлення до спеціаліста.

### Ознаки, які можуть вказувати на ВІЛ-інфекцію

- Генералізована лімфаденопатія у  $\geq 2$  ділянках окрім пахвових
- Рецидивуючі бактеріальні інфекції (пневмонія, менінгіт, сепсис, целюліт):  $\geq 3$  тяжкі епізоди за минулий рік
- Стьіке або періодичне підвищення температури тіла:  $> 38^\circ\text{C}$  протягом  $\geq 7$  днів
- Хронічний паротит: набряк привушної залози протягом  $\geq 14$  днів
- Кандидоз ротової порожнини: еритема та біло-бежеві псевдомембранозні бляшки на піднебінні, яснах і слизових оболонках щік, що виходять за межі язика, або кандидоз стравоходу ( $> 30$  днів, рецидивуючий)
- Неврологічна дисфункція: неврологічні порушення, що прогресують, мікроцефалія, затримка в розвитку, гіпертонус, сплутаність свідомості
- Оперізувальний герпес
- ТБ: кашель, підвищення температури, втрата ваги, нічна пітливість (с. 706)
- Збільшення печінки за відсутності вірусних інфекцій, таких як ЦМВ
- ВІЛ-дерматит: еритематозний висип; масивне грибокве ураження шкіри й нігтів, інфекції шкіри голови або контагіозний моллюск.

### Поширені ознаки у ВІЛ-інфікованих дітей (неспецифічні для ВІЛ)

- Хронічний середній отит: виділення з вуха тривалістю  $\geq 14$  днів
- Помірні або тяжкі порушення харчування: втрата ваги або поступова втрата набраної ваги, затримка росту
- Стьіка діарея протягом  $\geq 14$  днів.

### Ознаки або стани (специфічні для ВІЛ)

Наявність зазначених нижче ознак або станів є серйозною підставою для підозри на ВІЛ-інфекцію:

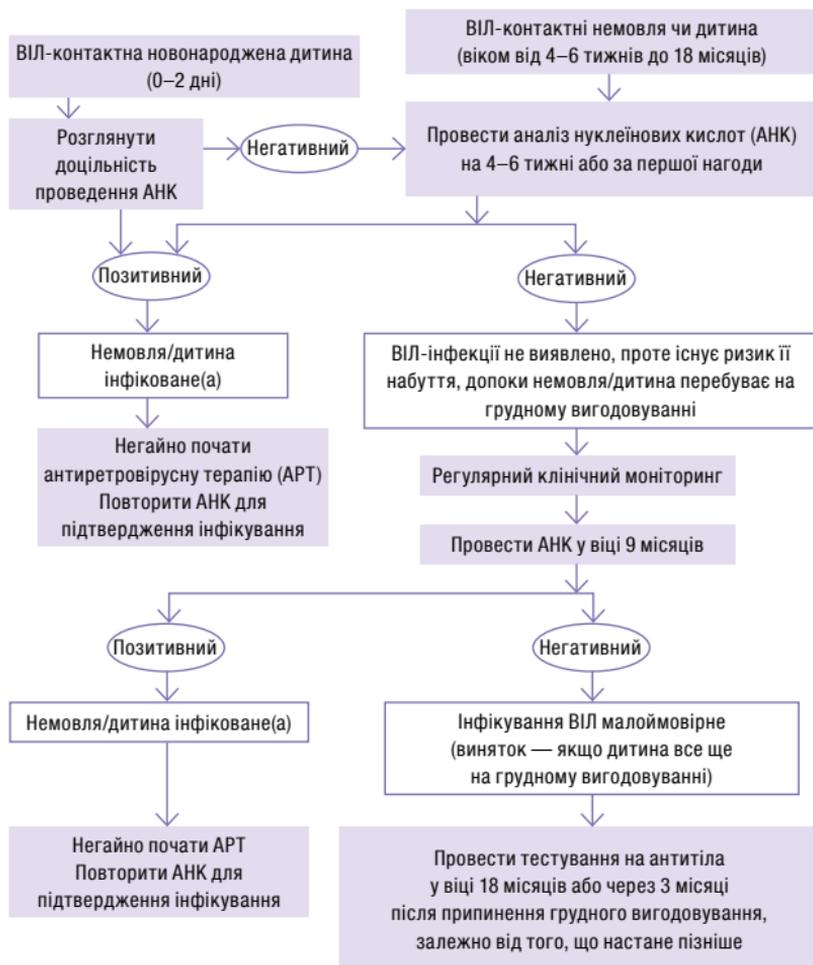
- Саркома Капоші: вузлоподібні ураження шкіри та піднебіння
- Криптококовий менінгіт: ознаки менінгіту (с. 264)
- Пневмонія, спричинена *Pneumocystis jiroveci*: гарячка, задишка, непродуктивний кашель
- Кандидоз стравоходу: дисфагія, білий наліт у ротовій порожнині.

### Діагностика

Рання діагностика є важливою для раннього початку АРТ і запобігання прогресуванню ВІЛ та передчасній смерті.

- Ознайомтеся з національними настановами стосовно консультування щодо ВІЛ та тестування на ВІЛ.
- Призначайте тестування:
  - немовлятам, які контактували з ВІЛ-інфекцією під час вагітності, пологів або після пологів
  - немовлятам і дітям із ознаками, симптомами або медичними станами, які можуть свідчити про ВІЛ-інфекцію
  - підліткам, які повідомляють про незахищений статевий акт
  - дітям або підліткам, які зазнали сексуального насильства.
- Тип тестування на ВІЛ залежить від віку дитини:
  - Немовлята і діти віком < 18 місяців: вірусологічне тестування на ДНК або РНК ВІЛ із використанням аналізу нуклеїнових кислот (АНК). За наявності, використовуйте експрес-тести. Забезпечуйте тестування протягом усього періоду контакту (див. «Алгоритм діагностики вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) у немовлят молодшого віку» на рис. 2).
  - Діти віком > 18 місяців: Тести на антитіла до ВІЛ (можуть давати хибно негативні результати в разі їх проведення в періоді «серологічного вікна», тобто після інфікування ВІЛ, але до вироблення антитіл до ВІЛ у кількості, яку можна виміряти).
- Призначайте повторне тестування в разі отримання невизначених результатів.
- Усі позитивні результати тестування потребують підтвердження.

**Рис. 2. Алгоритм діагностики вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ) у немовлят молодшого віку**



### **Розкриття діагнозу «ВІЛ»**

Надання допомоги, пов'язаної з розкриттям діагнозу «ВІЛ», є дуже делікатним процесом, який може вплинути на якість стосунків із дитиною та сім'єю.

- ▶ Будьте чуйними та забезпечте приватне середовище.
- ▶ Поясніть дитині (з урахуванням віку та здатності розуміти), як працюють організм та його імунний захист, включаючи лейкоцити.
- ▶ Оцініть ситуацію з розкриттям статусу для сім'ї, членів домогосподарства та друзів. Обговоріть із членами сім'ї дитини такі питання:
  - Хто з членів домогосподарства знає про інфікування дитини?
  - Хто знає про наявність ВІЛ-інфекції в інших членів сім'ї?
  - Чи знає дитина про наявність ВІЛ-інфекції в матері?
- ▶ Поясніть сім'ї, що хоча діагноз може спочатку викликати шок, людина з ВІЛ може мати нормальну тривалість та високу якість життя за умови застосування ефективної АРТ.

### **Надання допомоги**

Лікуванням ВІЛ-інфекції повинні керувати спеціалісти. Направте дитину чи підлітка до спеціалізованого центру ВІЛ/СНІДу або відповідного спеціаліста для проведення базових досліджень із метою визначення клінічної стадії захворювання та ухвалення рішень щодо лікування та комбінацій типів і форм препаратів. Дотримуйтеся порад спеціаліста щодо початку і змін АРТ та первинної профілактики ко-тримоксазолом.

### **Координація допомоги**

- ▶ Координуйте допомогу з найближчим центром ВІЛ/СНІДу або відповідним спеціалістом.
- ▶ Співпрацюйте з аптекою для забезпечення достатнього запасу АРТ і запобігання перериванню лікування.
- ▶ Організуйте направлення до відповідних спеціалістів, напр., психолога, стоматолога.
- ▶ Організуйте переведення до системи медичного обслуговування підлітків чи дорослих.

### **Підхід, орієнтований на потреби сім'ї**

- ▶ Пам'ятайте, як суспільні упередження та стигма можуть вплинути на життя сім'ї. Поважайте конфіденційність, особливо під час опрацюван-

ня документів, у зоні очікування. Отримуйте попередню згоду на надання тих чи інших даних, напр., установам, таким як школа чи дитячий садок, іншим медичним працівникам чи надавачам соціальних послуг.

- ▶ Оцінюйте готовність родини до довічного лікування. Перешкоди в домогосподарстві? Плани щодо подорожей?
- ▶ Оцінюйте психосоціальні потреби дітей та їхніх сімей і забезпечуйте відповідну підтримку, коли це необхідно.
- ▶ Вибудовуйте мережу підтримки дітей і сімей (напр., розкажіть, де отримати інформацію та поради, забезпечте направлення до соціальних служб та груп взаємної підтримки).

### **Загальні принципи терапії ВІЛ**

- Супресія ВІЛ-інфекції може досягатися за допомогою схем лікування, які складаються з: комбінації  $\geq 3$  антиретровірусних препаратів (АРВП), що належать щонайменше до 2 різних класів.
- АРТ не лікує ВІЛ-інфекцію, але ефективно пригнічує реплікацію вірусу до невизначальних рівнів вірусного навантаження. Це дозволяє відновити імунну систему та запобігає передаванню ВІЛ.
- Лікування слід розпочинати якнайшвидше незалежно від клінічного статусу, кількості клітин CD4 або віку.
- Перед початком лікування потрібно провести базові клінічні дослідження для визначення стадії захворювання, включаючи імунологічні, вірусологічні та бактеріологічні тести, візуалізаційні дослідження та оцінювання на предмет опортуністичних інфекцій:
  - ЗАК
  - Тест на визначення кількості клітин CD4 (абсолютної і відносної)
  - Печінкові та ниркові проби
  - Тест на вірусне навантаження ВІЛ
  - Тести на гепатити В та С і ТБ
  - Рентген ОГК, УЗД ОЧП.
- АРВП зазвичай добре переносяться дітьми; токсичність рекомендованих схем першого ряду є рідкісним явищем. У дітей дозволено застосовувати менше АРВП, ніж у дорослих.
- При виборі схеми першого ряду слід також враховувати можливу необхідність застосування АРВП другого ряду (таблиця 109). Ретельно ознайомтеся з відповідними національними настановами.

**Таблиця 109. Пріоритетні схеми антиретровірусної терапії першого і другого ряду (дозування див. у додатку 4)**

	<b>Схема першого ряду</b> (+ альтернатива)	<b>Схема другого ряду</b>
<b>Новонароджені</b>	<b>Зидовудин (AZT) + ламівудин (ЗТС) + ралтегравір (RAL)</b> AZT + ЗТС + невірапін (NVP)	–
<b>Немовлята і діти</b>	<b>Абакавір (ABC) + ЗТС + долутегравір (DTG)</b> ABC + ЗТС + комбінація лопінавір/ритонавір (LPV/r) ABC + ЗТС + RAL	AZT+ ЗТС + LPV/r або комбінація атазанавір/ритонавір (ATV/r) AZT або ABC + ЗТС + DTG
<b>Підлітки</b>	<b>Тенофовіру дизопроксилу фумарат (TDF) + ЗТС або емтрицитабін (FTC) + DTG</b> TDF + ЗТС + ефавіренц (EFV) 400 мг	AZT + ЗТС + ATV/r або LPV/r AZT + ЗТС + DTG

**Первинна профілактика пневмоцистної пневмонії**

Профілактика ко-тримоксазолом запобігає пневмоцистній пневмонії та захищає проти поширених бактеріальних інфекцій і токсоплазму.

- ▶ Дотримуйтеся рекомендацій спеціаліста щодо початку та припинення профілактики.
- ▶ Забезпечуйте первинну профілактику в дітей:
  - віком < 5 років, незалежно від кількості клітин CD4 або клінічної стадії захворювання
  - з тяжкою або прогресуючою клінічною стадією захворювання (клінічною стадією В003 3 або 4)
  - показником  $CD4 \leq 350$  клітин/мм<sup>3</sup>.
- ▶ Ко-тримоксазол призначають в дозуванні 6–8 мг/кг триметоприму один раз на день (дозування див. у додатку 4).
- ▶ Припиняйте профілактику в дітей, які є клінічно стабільними, мають вірусну супресію за результатами перебування на АРТ протягом щонайменше 6 місяців і показник  $CD4 > 350$  клітин/мм<sup>3</sup>.

**Консультація щодо харчування**

- ▶ Заохочуйте матерів немовлят і маленьких дітей, які мають підтверджений діагноз «ВІЛ», годувати дітей виключно грудьми протягом 6 місяців і продовжувати грудне вигодовування до 1 року.

- ▶ Направляйте пацієнтів до дієтолога, щоб забезпечити достатнє споживання калорій та мікроелементів, оскільки ВІЛ-інфіковані діти мають підвищену потребу в енергії.

### Вакцинація

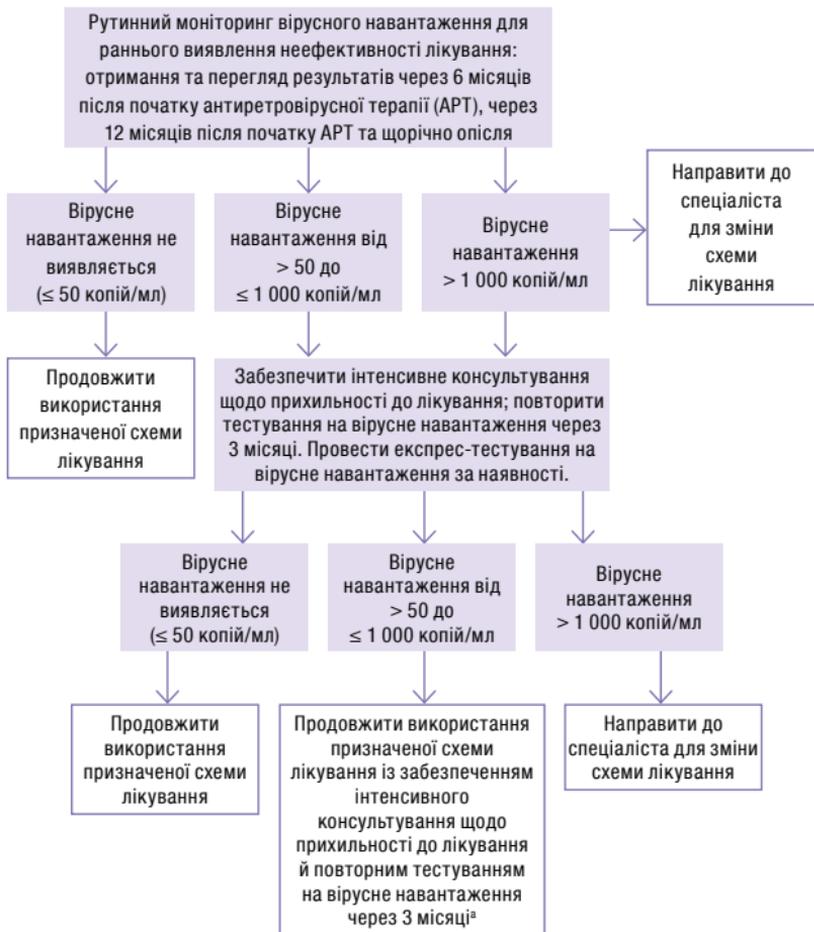
- ▶ Забезпечуйте повну вакцинацію (с. 83), включаючи проведення щеплень проти *H. influenzae* типу b та пневмококової інфекції, і відповідно до національного календаря імунізації. НЕ проводьте вакцинацію БЦЖ. Щеплення живими вакцинами (КПК, проти вітряної віспи) можна відкладати в дітей із тяжким імунодефіцитом.

### Подальше спостереження та моніторинг

Частота контрольних візитів залежить від відповіді на лікування й має бути узгоджена з центром ВІЛ/СНІДу або відповідним спеціалістом. Після початку лікування контрольні візити мають призначатися з інтервалом від двох тижнів до місяця. Після зниження вірусного навантаження до невизначального рівня, стабілізації клінічного стану, підтвердження гарної переносимості лікування й належної прихильності до нього, інтервали між візитами можна збільшити до 3–6 місяців. Для дітей, які є клінічно нестабільними, контрольні візити слід призначати частіше.

Моніторуйте відповідь на лікування під час кожного візиту й дотримуйтеся визначеного алгоритму (рис. 3):

- ▶ Оцінюйте харчовий статус, включаючи вагу, зріст та ІМТ (с. 22).
- ▶ Забезпечуйте моніторинг і лікування побічних ефектів АРТ, таких як головний біль, біль у животі, панкреатит, діарея, нудота, анемія, висипи, гепатотоксичність, периферична нейропатія, ліподистрофія. Побічні ефекти залежатимуть від типу АРВП.
- ▶ Лабораторні дослідження:
  - Вірусне навантаження ВІЛ кожні 6–12 місяців (можна використовувати експрес-тести)
  - ЗАК, гемоглобін, ниркові та печінкові проби, кількість клітин CD4 (абсолютна і відносна) для моніторингу тривалої токсичності та супутніх захворювань.
- ▶ Моніторуйте стан психічного здоров'я, розвиток та успішність у школі. Забезпечте психосоціальну підтримку, якщо це можливо в програмах на рівні громади.
- ▶ Моніторуйте СНІД-визначальні стани (див. «Симптоми» на с. 696) та забезпечуйте відповідну допомогу.

**Рис. 3. Алгоритм моніторингу лікування вірусу імунодефіциту людини**

<sup>a</sup> Розглядайте доцільність направлення до спеціаліста для зміни режиму лікування за наявності відповідних клінічних показань та відсутності причин для занепокоєння щодо низької прихильності до лікування.

- ▶ Оцінюйте прихильність до лікування та проводьте консультації щодо прихильності:
  - Заохочуйте прихильність під час кожного візиту та хваліть дітей, підлітків і їхніх опікунів.
  - Визначте причини пропуску візитів або прийому ліків.
  - Пояснюйте, що належне дотримання призначеного режиму лікування є надзвичайно важливим для забезпечення успішної супресії ВІЛ і профілактики резистентності.

### Підлітки, що живуть із ВІЛ

Підлітки мають додаткові та особливі потреби:

- ▶ Звертайте увагу на дотримання призначеного режиму лікування і явку на призначені візити; адаптуйте їх до розкладу шкільних занять та іншої діяльності.
- ▶ Надавайте інформацію про розголошення ВІЛ-статусу іншим особам, сексуальне здоров'я, права і обов'язки щодо захисту і профілактики у стосунках, у школі та на роботі.
- ▶ Скеруйте підлітків до поінформованих і надійних груп взаємної допомоги, надавайте корисні інтернет-ресурси для отримання інформації та підтримки.

Додаткову інформацію щодо надання допомоги підліткам, що живуть із хронічними станами, див. на с. 792.

### Профілактика ВІЛ

Існують різні типи профілактики ВІЛ-інфекції, включаючи:

- Профілактику передавання ВІЛ від матері до дитини (с. 192)
- Доконтактну профілактику для підлітків із високим ризиком інфікування ВІЛ (с. 776)
- Постконтактну профілактику (ПКП), напр., після незахищеного статевого акту (с. 768).

## 7.18 ТБ

Туберкульозну інфекцію і захворювання на ТБ спричиняє патоген під назвою *Mycobacterium tuberculosis*.

**Туберкульозна інфекція:** вимірювана імунна відповідь на частини бактерії (напр., за результатами шкірного туберкулінового тесту).

**Латентна туберкульозна інфекція (ЛТБІ):** інфікування без ознак або симптомів ТБ (див. нижче).

- Фактори ризику розвитку захворювання на ТБ: вік дитини (що меншою є дитина, то вищою є ймовірність захворювання), ВІЛ-інфекція та тяжке недоїдання.
- У старших дітей і підлітків ТБ-інфекція може зберігатися довше: у них ТБ, подібний до захворювання на ТБ у дорослих (постпервинне захворювання на ТБ, що прогресує) може розвиватися на пізніших етапах життя.

**Захворювання на ТБ (активний ТБ):** клінічні ознаки та симптоми, ознаки на рентгенограмі ОГК, і виявлення бактерій за результатами культурального дослідження зразків пацієнтів.

- Може виникати практично в будь-якій частині тіла.
- ТБ легень є найпоширенішою формою ТБ у дітей старшого віку та дорослих.
- Позалегеновий ТБ (ураження інших тканин, ніж паренхіма легень) частіше зустрічається в дітей раннього віку, особливо дисемінований («міліарний») ТБ і туберкульозний менінгіт.

Дізнайтеся про рівень інцидентності ТБ у вашій місцевості для цілей оцінювання ризиків і керування процесом діагностики. Діагностика ТБ в дітей повинна включати ретельне вивчення анамнезу впливів, клінічне обстеження та проведення відповідних досліджень.

## Захворювання на ТБ

### Симптоми

Розглядайте можливість захворювання на ТБ у будь-якої дитини, яка має в анамнезі:

- Контакти з хворими на контагіозну форму ТБ: перебували в одному закритому житловому приміщенні з особою з нововиявленим випадком чи рецидивом ТБ протягом однієї чи декількох ночей або тривалих періодів у денний час протягом трьох місяців до початку лікування такої особи (якщо таке лікування відбувається)
- Підвищення температури тіла невідомої етіології, особливо таке, що зберігається протягом більше ніж 2 тижнів

- Кашель протягом більше ніж 2 тижнів, із хрипами або без них — постійний або такий, що не зменшується
- Втрату ваги/затримку росту
- Нічну пітливість — у випадку дітей старшого віку та підлітків
- Втому, зниження грайливості, зниження активності.

### Обстеження

ТБ може вразити будь-яку систему органів, однак особливу увагу слід звертати на:

- Наявність рідини з одного боку грудної клітки (зменшення надходження повітря, глухий звук при перкусії)
- Збільшені лімфатичні вузли без болючості або абсцеси лімфатичних вузлів, особливо в шийній ділянці
- Ознаки менінгіту, особливо якщо вони розвиваються протягом декількох днів
- Здуття живота з вузлами, що пальпуються або без них, збільшення печінки та селезінки
- набряк або деформацію кістки чи суглоба, у тому числі хребта, що прогресують
- Втрата ваги або сповільнення росту (на основі стандартних графіків росту, див. додаток 3).

### Дослідження

Імунологічні тести вказують на інфекцію, але не дозволяють диференціювати ЛТБІ й активний ТБ.

- Шкірний туберкуліновий тест (проба Манту). Інформацію про техніку виконання внутрішньошкірної ін'єкції див. на с. 881. Вимірюйте індурацію (не почервоніння) через 48–72 години. Результат тесту є позитивним, якщо діаметр  $\epsilon > 5$  мм у дітей із пригніченим імунітетом або  $> 10$  мм у всіх інших дітей. Результат шкірного туберкулінового тесту може бути:
  - Хібно позитивним у разі інфікування нетуберкульозними мікобактеріями або нещодавньої вакцинації БЦЖ.
  - Хібно негативним у разі порушень харчування, ВІЛ, імуносупресії, нещодавно перенесеного кору, міліарного ТБ.

- Тест на вивільнення гамма-інтерферону у зразках крові пацієнта. Тест є специфічним для інфекції *M. tuberculosis*.
- Направлення для проведення мікроскопії мазка, культурального або молекулярного дослідження, такого як Xpert® MTB/RIF на зразку для підтвердження діагнозу. І культуральне, і молекулярне дослідження дозволяють проводити тестування медикаментозної чутливості ТБ. Якщо бактеріологічне підтвердження не дає результатів, із урахуванням історії контактів і результатів клінічних обстежень може встановлюватися діагноз «імовірний ТБ».
- Додаткові обстеження: рентген ОГК, тестування на ВІЛ (с. 698).
- При підозрі на позалегеновий ТБ: розгляньте доцільність проведення КТ, люмбальної пункції та УЗД ОЧП.

### Надання допомоги

- ▶ З'ясуйте свою роль у діагностиці, лікуванні та наданні інформації фтизіатричним службам (часто — національним програмам боротьби з ТБ).
- ▶ Організуйте якнайшвидше направлення всіх пацієнтів із підтвердженим або підозрюваним ТБ до спеціалістів для початку лікування ТБ з використанням педіатричних диспергованих комбінованих таблеток із фіксованим дозуванням та таблеток, дозування яких визначається за вагою, згідно з національними настановами щодо надання допомоги при ТБ.
- ▶ Ознайомтеся з національними настановами щодо надання допомоги при ТБ:
  - Як правило, лікування складається з двох фаз: короткої інтенсивної фази (з використанням 3–4 препаратів: ізоніазиду, рифампіцину, піразинаміду й етамбутолу протягом 2 місяців) і фази продовження (з використанням 2 препаратів: ізоніазиду та рифампіцину протягом 4 місяців (інформацію про дозування див. у додатку 4). Лікування залежить від тяжкості та проявів захворювання, чутливості до препаратів та прихильності.
  - Як правило, лікування дітей, яким призначають препарати другого ряду у зв'язку з лікарсько-стійким ТБ, є тривалішим, складнішим та гірше переноситься.
- ▶ Визначте дітей, які контактували з хворою дитиною, та індексного пацієнта (див. «Скринінг контактних осіб» на с. 709).

- ▶ Забезпечте підтримку. Консультуйте та інформуйте опікунів і дітей із таких питань:
  - ТБ є виліковним у разі застосування повного курсу ефективної комбінованої терапії.
  - Прихильність до лікування є надзвичайно важливою для забезпечення успішного результату й запобігання стійкості до лікарських препаратів.
  - При застосуванні рекомендованих доз протитуберкульозних препаратів токсичність спостерігається досить рідко.
  - Для швидшого одужання необхідне повноцінне харчування (див. «Консультування щодо харчування» на с. 96).

### Подальше спостереження

Моніторуйте відповідь на лікування та підтримуйте прихильність.

- ▶ Лікування під безпосереднім наглядом сприяє прихильності.
- ▶ Через місяць після початку ефективного лікування може спостерігатися клінічне покращення та набір ваги; відповідно, дози препаратів вимагатимуть регулярного коригування з урахуванням збільшення ваги.
- ▶ Після завершення інтенсивної фази лікування в дитини слід узяти зразок для проведення бактеріологічного дослідження.
- ▶ Після завершення інтенсивної фази лікування контрольні візити можна призначати з інтервалом в один місяць.

### Профілактика ТБ

#### Вакцинація

БЦЖ — це жива атенуйована бактеріальна вакцина. Вона переважно захищає дітей молодшого віку від розвитку дисемінованого ТБ або тяжких проявів захворювання в ранньому віці. Вакцинація БЦЖ протипоказана дітям із відомим діагнозом «ВІЛ». Багато країн із низькою інцидентністю ТБ відмовилися від проведення масової вакцинації БЦЖ з огляду на те, що вона має помірну ефективність у розрізі забезпечення захисту і пов'язана з локальними ускладненнями.

#### Скринінг контактних осіб

Якщо в пацієнта діагностовано ТБ легень із позитивним результатом мікроскопії мазка мокротиння, оцініть усіх членів домогосподарства на предмет наявності активного ТБ або ЛТБІ і забезпечте відповідне лікування.

### Надання допомоги дітям, які є контактними особами хворих на ТБ

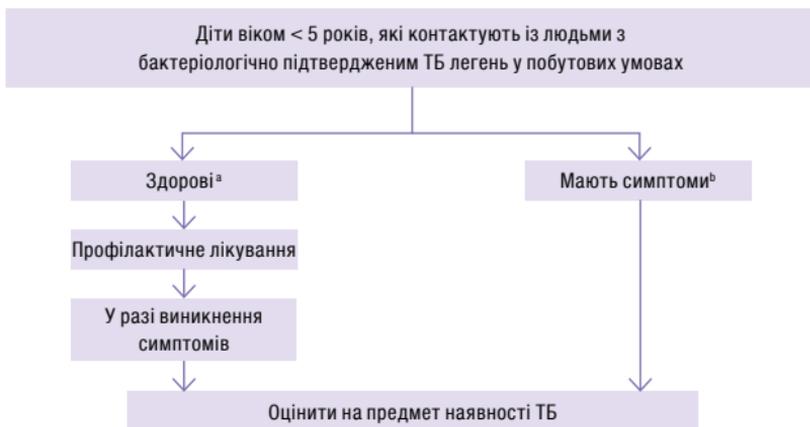
Для дітей віком до 5 років та дітей, які мають стани, що призводять до імуносупресії, існує вищий рівень ризику розвитку захворювання. Оцінювання цієї категорії дітей має бути особливо ретельним.

- ▶ Дотримуйтеся алгоритмів ведення осередкових контактів людей із ТБ: Відповідний алгоритм для немовлят і дітей віком < 5 років поданий на рис. 4, для дітей віком > 5 років і підлітків — на рис. 5.

### Профілактичне лікування ЛТБІ

- ▶ Перед початком профілактичного лікування переконайтеся, що захворювання на ТБ виключене (див. алгоритми нижче).
- ▶ Варіанти лікування ЛТБІ: ізоніазид щодня протягом 6 місяців; або рифампіцин та ізоніазид щодня протягом 3 місяців; або (у разі резистентності до ізоніазиду) рифампіцин щодня протягом 4 міс. Інформацію про дозування див. у додатку 4.

**Рис. 4. Алгоритм скринінгу немовлят та дітей віком < 5 років, які є контактними особами людей із туберкульозом (ТБ)**



<sup>а</sup> Відсутність будь-яких симптомів ТБ та інших не пов'язаних із ним захворювань.

<sup>б</sup> Поширені симптоми, пов'язані з ТБ: див. с. 706.

**Рис. 5. Алгоритм цілеспрямованих діагностики та лікування латентної туберкульозної інфекції (ЛТБІ) та виключення активного туберкульозу (ТБ) у контактних осіб віком > 5 років**



<sup>а</sup> Будь-який симптом ТБ (див. с. 706).

<sup>б</sup> Лікування ЛТБІ не показано. Надайте інформацію щодо ТБ, включаючи важливість звернення по допомогу в разі виникнення симптомів.

<sup>с</sup> Дотримуйтеся національних настанов щодо дослідження на ТБ. Для людей, у яких за результатами досліджень виключають ЛТБІ (включаючи тих, що мають фіброзні ураження на рентгені), можна розглядати доцільність призначення лікування ЛТБІ.

## 7.19 Неналежне поведження з дитиною

Надавачі первинної медичної допомоги мають унікальну можливість розпізнати випадки неналежного поведження з дитиною та забезпечити відповідні захист такій дитині і підтримку її сім'ї. Неналежне поведження з дитиною є поширеним явищем, яке часто залишається непоміченим. Це включає фізичне, емоційне та сексуальне насильство, нехтування, вигадкування або спричинення захворювань, а також вплив насильства з боку інтимного партнера. Усі ці форми неналежного поведження з дитиною можуть впливати на її емоційний добробут.

Стаття 19 Конвенції КПД підтверджує зобов'язання захищати дитину від усіх форм фізичного та психологічного насильства, образ чи зловживань, відсутності піклування чи недбалого і брутального поведження та експлуатації, у тому числі сексуальних зловживань. КПД була ратифікована всіма країнами Європейського регіону.

Універсальний скринінг на предмет неналежного поведження не рекомендовано проводити всім дітям. Запідозрити і виявити неналежне поведження з дитиною може бути непросто. Будьте уважними до симптомів, що вказують на неналежне поведження з дитиною, але не поспішайте робити висновки на основі однієї тривожної ознаки без ретельного оцінювання.

### Нехтування

Нехтування є найпоширенішою формою неналежного поведження з дитиною. Про нехтування можна говорити тоді, коли дитина чи підліток не отримує відповідної для віку емоційної підтримки або необхідних для життя речей, таких як їжа, одяг чи гігієна. Нехтування включає відсутність фізичного, емоційного, освітнього або медичного піклування або відсутність нагляду (у випадку маленьких дітей).

Тривожні ознаки можуть включати:

- Неодноразовий пропуск призначених дитині візитів до лікаря або невиконання наданих рекомендацій лікаря опікунами
- Затримка росту або недоїдання через неправильне харчування
- Постійно погану гігієну
- Відсутність нагляду (у випадку маленьких дітей), бездоглядність
- Погане відвідування школи
- Незабезпечення безпечного середовища проживання
- Емоційна відчуженість та відсутність реакцій з боку опікунів.

## Фізичне насильство

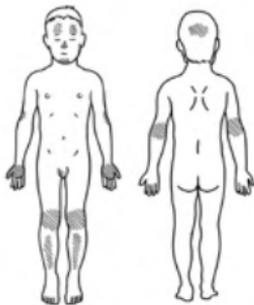
Фізичне насильство означає завдання тілесних ушкоджень шляхом биття, штовхання або ударів предметом. Фізичне насильство включає навмисне завдання опіків. Аналізуйте можливість фізичного насильства за наявності в дитини будь-яких серйозних або незвичних ушкоджень, які не мають пояснення або пояснення яких не відповідає їх характеру.

У багатьох країнах тілесні покарання заборонені законом.

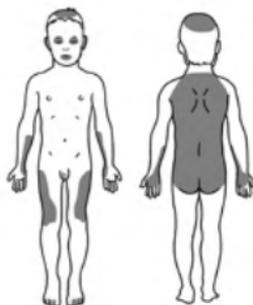
Тривожні ознаки можуть включати:

- **Будь-які** ушкодження в дитини, особливо в маленької, яка ще не ходить і не повзає
- Ушкодження аногенітальної ділянки (див. «Сексуальне насильство», с. 714)
- Множинні ушкодження на різних стадіях загоєння, візерункові ушкодження, ушкодження в незвичайних місцях, незрозумілі синці, переломи, опіки, травми ОЧП
- Застосування фізичних покарань або повідомлення про них під час візиту.

Розрізнити наслідки фізичного насильства від випадкових травм може бути складно. Синці, як наслідок простих нещасних випадків, часто зустрічаються в дітей, які починають рухатися самостійно. Однак місця розташування синців і ушкоджень, які були отримані випадково і внаслідок фізичного насильства, як правило, відрізняються (див. ілюстрацію).



**Типові місця розташування випадкових травм**



**Місця розташування тілесних ушкоджень, які можуть вказувати на жорстоке поводження з дитиною**

### **Травми голови в немовлят («синдром струшеної дитини»)**

Форма фізичного насильства, спричинена сильним струшуванням дитини (віком < 3 роки), як правило, батьками або опікунами.

Тривожні ознаки можуть включати:

- Змінений психічний стан: дратівливість, летаргію, кому
- Судоми
- блювання
- Апноє, аномально повільне та поверхнєве дихання.
- ▶ Надайте невідкладну допомогу (с. 800).
- ▶ негайно НАПРАВЛЯЙТЕ всіх немовлят із підозрою на синдром струшеної дитини до спеціаліста.

### **Емоційне насильство**

Емоційне насильство може бути настільки ж поширеним, як і фізичне, але часто не є настільки явним. Емоційне насильство включає:

- Ворожість, присоромлення, неприйняття або безпідставні звинувачення
- Погрози завдати дитині шкоди, вбити її або покинути
- Застосування невідповідних методів виховання, напр., покарання дитини за те, що вона обмочилася
- Відсутність заохочення або відмова від навчання дитини
- Емоційна відчуженість батьків або опікунів.

Тривожні ознаки включають:

- Проблеми зі сном, включаючи нетримання сечі або калу вночі
- Часті (реальні чи надумані) скарги на фізичне самопочуття
- Ознаки тривоги та депресії
- Емоційна байдужість до друзів і членів сім'ї.

### **Сексуальне насильство**

Сексуальне насильство трапляється, якщо дитина або підліток бере участь у діях сексуального характеру у віці, молодшому за передбачений вік сексуальної згоди, які дитина може не повністю розуміти або до яких вона може бути не готова за рівнем розвитку. Сексуальне насильство може вчинятися без застосування фізичної сили, а через психо-

логічні, емоційні чи матеріальні маніпуляції — часто з боку члена сім'ї або друга.

Тривожні ознаки включають:

- Свербіж, синці, порізи, почервоніння, припухлість або кровотечі в ано-генітальній ділянці
- ІСВШ, наявність крові у сечі або фекаліях, болісне сечовипускання
- Вагітність або ІПСШ (особливо у віці до 16 років)
- Страх перед певною людиною чи місцем
- Демонстрація дитиною препубертатного віку сексуальної поведінки, напр., розмови сексуального характеру, прохання доторкнутися до її статевих органів.

### Вигадування або спричинення захворювань

Вигадування або навмисне спричинення захворювань («делегований синдром Мюнхгаузена») позначає стан, при якому батьки або опікуни навмисно викликають симптоми хвороби в дитини, перебільшують їх або говорять неправду про них.

Тривожні ознаки включають:

- Виникнення (повторне виникнення) симптомів або повідомлення про них лише у присутності одного з батьків чи опікуна
- Появу нових симптомів одразу після усунення/зникнення попередніх
- Незвично часте звернення по медичні послуги
- Незвично погана відповідь на призначене лікування
- Звернення до багатьох лікарів одночасно для отримання альтернативних думок.

## Оцінювання факту неналежного поведження з дитиною

### Якщо ваші спостереження вказують на неналежне поведження або якщо дитина довіряє вам:

- ▶ Організуйте проведення судово-медичної експертизи спеціалістом для цілей забезпечення правового захисту: попросіть відповідного спеціаліста зайти до вас або супроводьте до нього дитину. НЕ СЛІД просто видавати дитині направлення, оскільки після розкриття вам відповідної інформації ви є довіреною особою дитини.
- ▶ Уникайте додаткових травм і дистресу: дитина не повинна повторно розповідати історію або проходити огляди декілька разів.
- ▶ Залучайте дитину до ухвалення рішень і отримуйте інформовану згоду відповідно до її віку та здібностей. Поясніть процес отримання згоди, включаючи питання конфіденційності й випадки, коли вам потрібно буде ділитися певною інформацією з іншими.

### У разі розкриття інформації:

- ▶ Похваліть дитину чи підлітка за розкриття інформації.
- ▶ Дайте зрозуміти, що їй/йому вірять і ні в чому не звинувачують.
- ▶ Запевніть дитину чи підлітка, що ви вживете належних заходів, і поясніть кроки, які ви зробите.

## Анамнез

Створіть для дитини комфортне середовище

- Розмовляйте з нею наодинці
- Пам'ятайте, що діти та підлітки можуть повідомити про насильство щодо них опосередковано — через поведінку та зовнішній вигляд.
- Не ставте навідних запитань і просіть дитину самостійно пояснити симптоми, які можуть бути спричинені неналежним поведженням із нею.
- Запитуйте опікунів про симптоми і спостереження та аналізуйте перебіг описуваних ними випадків/ситуацій, напр., як саме сталася падіння? Звідки саме впала дитина?
- Встановіть, чи надає озвучений перебіг подій належне пояснення виявленим фізичним ознакам.

## Обстеження

Неналежне поведіння з дитиною може не проявлятися фізичними ознаками. Жоден емоційний стан не підтверджує неналежного поведіння.

- Пропонуйте дитині чи підлітку обрати стать особи, яка проводитиме обстеження.
- Проводьте обстеження у присутності іншої дорослої особи.
- Уникайте використання оглядових інструментів і положень, які викликають фізичний дискомфорт або стрес.
- Перед кожним етапом обстеження пояснюйте, що ви робитимете, і просіть згоду на виконання відповідних дій.

При підозрі на сексуальне насильство:

- Перевірте наявність ознак ІПСШ та проведіть лабораторне тестування на ІПСШ (с. 771).
- Перед призначенням ПКП ВІЛ проведіть тестування на ВІЛ (с. 769).
- Дівчатам, які можуть завагітніти, пропонуйте тест на вагітність.

**НЕ СЛІД** проводити перевірку цноти або «тест двох пальців». Він не є ні необхідним, ні доречним.

**НЕ** використовуйте дзеркала чи аноскопи для огляду піхви чи прямої кишки.

## Документування

Документування є надзвичайно важливим для забезпечення захисту дітей, які постраждали від неналежного поведіння:

- Точно задокументуйте анамнез та результати медичного обстеження; зафіксуйте емоційний стан дитини.
- Запишіть усі заяви дитини та опікуна, який не є причетним до неналежного поведіння з дитиною.
- Розгляньте доцільність фото- та відеофіксації після отримання інформованої згоди. Поясніть, як будуть використані матеріали.
- Опрацюйте всю інформацію конфіденційно та безпечно.

## Надання допомоги у випадках неналежного поведіння з дитиною

### Турбота про безпеку дитини

Найпершим пріоритетом при вжитті будь-яких дій має бути безпека, здоров'я та добробут дитини чи підлітка.

- ▶ Врахуйте всю потенційну шкоду та вживайте лише тих заходів, які мінімізують негативний вплив на дитину чи підлітка.

### Повідомлення про неналежне поведіння з дитиною

- ▶ Ознайомтеся з будь-якими законодавчими вимогами щодо повідомлення про підозрюване чи підтвержене неналежне поведіння з дитиною у вашій країні.
- ▶ Психологічні бар'єри, напр., тісні відносини з опікуном, не мають ставати перешкодою для повідомлення.
- ▶ Якщо дієва правова система чи система захисту дітей відсутня або якщо повідомлення може завдати шкоди дитині, зважуйте необхідність виконання вимог щодо повідомлення та найкращі інтереси дитини.
- ▶ Інформуйте дитину про будь-які вимоги щодо обов'язкового повідомлення.

### Служби захисту дітей

- ▶ Залучайте служби захисту дітей, якщо:
  - Дитині загрожує ризик подальшого завдання шкоди.
  - Щодо дитини вчиняє насильство її опікун або близька контактна особа.
  - Дитина або підліток хоче, щоб її/його забрали від батьків/опікунів.
  - Опікун, непричетний до неналежного поведіння з дитиною, не здатен забезпечити їй допомогу.
- ▶ У випадках, коли йдеться про менш тяжкі форми неналежного поведіння з дитиною (наприклад, тимчасового нехтування) і якщо дитина або підліток бажає залишитися в сім'ї, організувати підтримку для сім'ї, щоб покращити стосунки між опікунами й дитиною, у тому числі психосоціальну підтримку, навчання навичкам та батьківству.

### **Надання допомоги дітям, що зазнали фізичного насильства**

- ▶ Пріоритизуйте задоволення невідкладних потреб дитини в медичній допомозі.
- ▶ Забезпечте лікування фізичних ушкоджень та інших наслідків неналежного поводження, таких як недоїдання або затримка розвитку (с. 570).
- ▶ Оцініть досягнення дитиною ключових показників розвитку, оскільки фізичне насильство щодо маленьких дітей може спричиняти труднощі в розвитку (с. 630) або інвалідність (с. 626).

### **Надання допомоги дітям, що зазнали сексуального насильства**

#### **ВІЛ та ІПСШ**

- ▶ Призначайте ПКП ВІЛ (с. 768) у разі орального або генітального контакту зі статевими органами особи, що вчинила насильство, якщо після інциденту минуло не більше ніж 72 години. Інформацію щодо діагностики ВІЛ див. на с. 696.
- ▶ Забезпечуйте ПКП інших ІПСШ (с. 771) або їх лікування за наявності симптомів (с. 771).
- ▶ Пропонуйте вакцинацію проти ВГВ та ВПЛ дівчатам віком 9–14 років відповідно до національних настанов, якщо вони не були вакциновані раніше або їхній статус вакцинації невідомий. Проводьте вакцинацію проти ВПЛ і ВГВ одночасно, але робіть ін'єкції в різні місця і з використанням окремих шприців.

#### **Вагітність**

- ▶ Призначайте екстрену контрацепцію дівчатам, які пережили сексуальне насильство з пеновагінальним проникненням і звертаються по допомогу протягом 120 годин після інциденту (с. 777).
- ▶ Якщо дівчина завагітніла в результаті зґвалтування, пропонуйте проведення безпечного аборту згідно із законом. Якщо строк вагітності є занадто великим для проведення аборт, забезпечте підтримку протягом усієї вагітності й під час пологів та обговоріть можливі варіанти, наприклад, усиновлення.

### **Забезпечення емоційної та психосоціальної підтримки**

Діти та підлітки, які зазнали неналежного поводження, можуть мати різні емоційні та поведінкові проблеми, такі як:

- Тривожність (с. 594), депресія (с. 586)

- Ризик самогубства і самоушкодження (с. 591)
  - Зловживання алкоголем та вживання психоактивних речовин (с. 725)
  - Соматичні симптоми
  - Поведінкові проблеми (с. 721)
  - ПТСР: «флешбеки» та нічні жахіття, пов'язані з травматичною подією, дратівливість або усамітнення протягом перших місяців після травматичної події.
- ▶ Уникайте психологічного дебрифінгу, щоб зменшити ризик розвитку ПТСР, тривожності чи депресії.
  - ▶ Пропонуйте направлення до психологічних служб для проведення когнітивно-поведінкової терапії й індивідуальної психотерапії (не групової) та консультування.
  - ▶ У разі ПТСР: уникайте нагадувань про травматичну подію та направте на когнітивно-поведінкову терапію з фокусом на травматичні спогади та індивідуальну психотерапію (не групову).

**НЕ СЛІД** призначати медикаментозне лікування тривожності та депресії.

### *Взаємодія з опікунами*

Хороша взаємодія з опікунами впливає на результати лікування та безпеку дитини. Така взаємодія може бути ускладнена тим, що опікун сам може бути особою, яка чинить насильство щодо дитини або знати про неналежне поведіння, але почуватися безсилим припинити його.

- ▶ Заохочуйте активну участь у догляді за дитиною, коли це безпечно.
- ▶ Уникайте звинувачення або стигматизації опікунів.
- ▶ Поясніть потенційні наслідки жорстокого поведіння з дитиною або нехтування нею.
- ▶ Поясніть обмеження конфіденційності та зобов'язання щодо повідомлення.
- ▶ Визнавайте нагальні потреби опікунів: за необхідності направляйте їх до служб психологічної допомоги для забезпечення нагальної емоційної та психосоціальної підтримки.
- ▶ Розгляньте доцільність втручань, які сприяють розвитку стосунків між опікуном і дитиною, у тому числі навчання навичкам опікунства і батьківства та програм домашніх візитів.

## Подальше спостереження

Слід забезпечувати подальше спостереження на предмет:

- Довгострокових емоційних і поведінкових наслідків та необхідності психологічних втручань
- Фізичних ушкоджень та їх належного загоєння
- Наслідків неналежного поведіння (напр., неправильного харчування або затримки росту)
- Розвитку (досягнення ключових показників розвитку, с. 74).

Проводьте оцінювання на предмет того, чи:

- Неналежне поведіння продовжується або повторюється
- Змінилася форма неналежного поведіння, напр., вчинення емоційно-го насильства замість фізичного.

## 7.20 Емоційні та поведінкові проблеми

Про емоційні й поведінкові проблеми можуть повідомляти батьки чи опікуни або сам(а) дитина чи підліток; також вони можуть бути виявлені у процесі оцінювання.

Фахівці первинної ланки медичної допомоги відіграють надзвичайно важливу роль у виявленні дітей із поведінковими або емоційними розладами.

Поширена картина в дітей з емоційними й поведінковими проблемами при зверненні до закладів первинної медичної допомоги:

- **Наявність у дітей або підлітків** фізичних скарг, таких як проблеми з розвитком, емоціями чи поведінкою, напр., неухважність, надмірна активність або повторювані епізоди неслухняної та агресивної поведінки.
- **Наявність у батьків чи опікунів** занепокоєнь щодо поведінки дитини чи підлітка, напр., їх надмірної активності, агресивності, частих або сильних істерик, відмови брати участь у певних заходах або ходити до школи.
- **Наявність у вчителів** занепокоєнь щодо дитини чи підлітка, який(а) легко відволікається, заважає роботі в класі або має труднощі з виконанням шкільних завдань.

- **Наявність у медичних працівників на базі громади або соціальних працівників** занепокоєння щодо дитини або підлітка, напр. поведінки, що порушує правила або закон, фізичної агресії вдома чи в громаді.

### Поведінкові проблеми

Поведінкові проблеми часто зустрічаються в дітей та підлітків. Вони можуть виникати внаслідок тимчасових стресорів у житті дитини або свідчити про наявність більш стійких розладів. Деякі діти демонструють надзвичайно складну і проблемну поведінку, що виходить за межі норми для їхнього віку. Загалом у хлопчиків розлади поведінки є частішим явищем, ніж у дівчат. Поширені поведінкові проблеми включають:

- ОВР (с. 601)
- Розлад поведінки (с. 601)
- СДУГ (с. 636)
- РАС (с. 634).

### Поширені симптоми поведінкових проблем

- Надмірна гіперактивність: постійна біганина, неспроможність всидіти на місці, балакучість, постійний рух.
- Надмірна неуважність, розсіяність, постійні припинення виконання завдань до їх завершення та перехід до інших видів діяльності.
- Надмірна імпульсивність: дитина часто робить вчинки, не замислюючись.
- Повторювана й постійна поведінка, яка заважає/шкодить іншим, напр., часті й сильні істерики, жорстока поведінка, наполеглива та серйозна непокора, крадіжки.
- Раптові зміни в поведінці або стосунках з однолітками, включаючи відстороненість і гнів.

### Емоційні проблеми

Емоційні проблеми та розлади виникають у дітей будь-якого віку й характеризуються підвищеними рівнями тривожності, депресією та страхом; часто вони проявляються також соматичними симптомами. Такі проблеми можуть залишатися нерозпізнаними до раннього підліткового віку. Вони включають:

- Депресію (с. 586), суїцид або самоушкодження (с. 591)

- Тривожність (с. 594)
- Розлади харчової поведінки (с. 615)
- Проблеми зі сном (с. 608)
- Розлади, пов'язані з вживанням психоактивних речовин (с. 725)
- Розлади, пов'язані зі стресом
- Дисоціативні розлади
- Соматоформні розлади (с. 621)
- Шизофренію (с. 607).

### Поширені симптоми емоційних проблем за віком

- **< 5 років:** надмірна плаксивість, складність розлучення з батьками; нетримання сечі або калу; зниження ініціації ігор і соціальної взаємодії з однолітками; труднощі зі сном і харчуванням.
- **6–12 років:** рецидивуючі незрозумілі фізичні симптоми (напр., біль у шлунку, головний біль, нудота); небажання або відмова йти до школи; надмірна сором'язливість; поява нетримання сечі або калу.
- **13–18 років:** проблеми з настроєм, тривожність або занепокоєння; труднощі з концентрацією уваги, низька успішність у школі, часте бажання побути на самоті або залишитися вдома.
- **Усі вікові групи:** надзвичайний страх, тривога або уникання певних ситуацій чи об'єктів (напр., розлучення з опікунами, соціальних ситуацій, певних тварин чи комах, висоти, закритих просторів, вигляду крові чи тілесних ушкоджень); зміна звичок сну і харчування; зменшення участі у певних видах діяльності чи інтересу до них; опозиційна поведінка або поведінка, що привертає увагу.

### Надання допомоги

#### *Забезпечте психоосвіту та підтримку дитини чи підлітка*

- ▶ Поясніть, що емоційні проблеми є поширеним явищем і можуть трапитися з кожним: вони можуть викликати безпідставні думки про безнадійність і нікчемність, які з високою ймовірністю зникнуть за умови забезпечення гарної підтримки.
- ▶ Радьте говорити з особою, якій вони довіряють, і негайно звертатися до вас по допомогу, у разі виникнення думок щодо самоушкодження чи суїциду.

- ▶ Розгляньте доцільність навчання дихальним вправам і техніці прогресивної релаксації м'язів.

У випадку перебільшених і нереалістичних страхів:

- ▶ Визнавайте почуття та хвилювання дитини чи підлітка.
- ▶ Давайте дитині якісь невеликі винагороди, коли вона пробує щось нове, і хвалить її.
- ▶ Заохочуйте дитину крок за кроком подивитися в очі своєму страху й перебороти його та допомагайте їй у цьому. Наприклад, якщо дитина боїться розлуки з опікуном, заохочуйте її поступово збільшувати кількість часу, коли вона грається сама.
- ▶ Створіть разом план, щоб допомогти дитині чи підлітку впоратися з ситуацією, яка її (його) лякає.
- ▶ Познайомте дитину з однолітками, які можуть підтримати її, або надайте їй посилання на надійні онлайн-ресурси.

### ***Забезпечуйте психоосвіту та консультації щодо виховання опікунам і батькам***

- ▶ Пояснюйте, що не слід звинувачувати у проблемі дитину.
- ▶ Поясніть, що піклування про дитину з емоційними та поведінковими проблемами чи розладами може бути складною, але також і дуже вдячною та результативною роботою.
- ▶ Хваліть опікунів за їхні зусилля і самопожертви.
- ▶ Допомагайте опікунам сформуванню реалістичних очікувань.
- ▶ Радьте, як підтримувати психічне здоров'я їхньої дитини (с. 130).
- ▶ Оцінюйте психосоціальний вплив проблеми чи розладу дитини чи підлітка на опікуна і пропонуйте відповідну психосоціальну підтримку.
- ▶ Підтримуйте родину дитини чи підлітка у вирішенні соціальних і сімейних проблем:
  - Реагуйте на будь-які стресові ситуації в сім'ї, наприклад, емоційну чи поведінкову проблему в сім'ї.
  - Допомагайте їм визначити свої сильні сторони та ресурси.
  - Сприяйте забезпеченню необхідних підтримки та ресурсів для сімейного життя, працевлаштування, соціальної діяльності та здоров'я.

- Домовтеся з іншою особою, якій можна довіряти, про взяття нею обов'язків із догляду за дитиною на короткий період для надання першому опікуну змоги відпочити.
- Заохочуйте опікунів дитини звертатися до інших опікунів, які стикаються з подібними проблемами, для забезпечення взаємної підтримки.

### **Налагодьте взаємодію з педагогами та дорослими, які доглядають за дитиною**

- ▶ Після отримання відповідної згоди дитини чи підлітка та опікуна, зверніться до відповідного педагога.
- ▶ Поясніть, що проблема із психічним здоров'ям дитини чи підлітка впливає на її(його) навчання, поведінку та соціальне життя і що існують речі, з якими педагог може допомогти.
- ▶ Надавайте поради та досліджуйте стратегії, які допоможуть залучити дитину до шкільної діяльності та сприятимуть її навчанню, залученню та участі.
- ▶ Якщо з дитини знущаються, радьте відповідні дії, щоб це припинити.
- ▶ Якщо дитина чи підліток протягом певного часу не відвідувала(в) школу, допоможіть їй (йому) якомога швидше повернутися до шкільного життя, поступово збільшуючи інтенсивність реінтеграції. У період реінтеграції уникайте тестів та іспитів.

## **7.21 Вживання алкоголю та психоактивних речовин і зловживання ними**

Підлітковий вік — час експериментів. Багато підлітків експериментують із тютюном, алкоголем та іншими речовинами (галюциногенами рослинного походження, синтетичними галюциногенами, «рекреаційними» препаратами, леткими сполуками, які можна вдихати). Вони можуть робити це з різних причин: експериментувати з новими відчуттями, намагатися відчути себе старшими, наслідувати друзів, намагатися налагодити чи підтримати соціальні зв'язки, щоб кинути виклик дорослим або для зняття стресу. Деякі підлітки вживають алкоголь, тютюн і психоактивні речовини, щоб подолати соціальні труднощі або психічні проблеми (напр., тривожність, проблеми зі сном). Попри те, що вживання алкоголю і тютюну вважається в суспільстві нормальним, ці речовини мають відомі ризики та негативні наслідки для здоров'я. Найкраще рішення — уникати вживання тютюну в будь-яких формах (для куріння, нюхання або жування), оскільки він є

шкідливим для здоров'я і викликає сильну залежність, а в деяких випадках — не дозволяє досягти відмови від вживання інших речовин. Навіть якщо вживання алкоголю є культурно прийнятним і законним, починаючи з певного віку, обсяг його споживання рекомендовано обмежувати за принципом «що менше, то краще».

## ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- Періодичні прохання щодо призначення психоактивних препаратів, у тому числі анальгетиків
- Тілесні ушкодження
- Рідко: інфекції (ВІЛ/СНІД, гепатит С).

Неспецифічні симптоми (також можуть вказувати на проблеми з психічним здоров'ям):

- Гуляння пізно вночі
- Насильство і агресія
- Ізоляція
- Неконтрольована поведінка вдома
- Проблеми зі сном, втома
- Погіршення оцінок і пропуски школи
- Проблеми з грошима.

## Анамнез

Підлітки, які вживають алкоголь, тютюн і психоактивні речовини або зловживають ними, як правило, самостійно не повідомляють про свою звичку та пов'язані з нею проблеми. Розглядайте будь-який візит як можливість дізнатися про вживання алкоголю, тютюну і психоактивних речовин. Поговоріть із підлітком віч-на-віч. Поважайте приватність і конфіденційність. Оцінюйте поінформованість та отримуйте згоду (с. 746).

Проаналізуйте спосіб життя підлітка (див. алгоритм оцінювання HEADSSSS на с. 751). Додатково оцініть:

- Причини звернення по консультацію та те, за чєю ініціативою воно відбувається (часто це не ініціатива підлітка): батьків, шкільної медсестри, поліції, соціального працівника

- Тип речовини (часто декілька): початок, кількість, частоту використання: частіше, рідше, стабільно. Тип поведінки, пов'язаної із вживанням речовин (таблиця 110).
- Відчуття щодо вживання речовин
- Мотивацію до зміни їх використання; і якщо так, то коли і як
- Наявність шкідливої поведінки: боргів, крадіжок, прогулів; спосіб придбання речовини
- Наявність основних проблем, таких як депресія та тривожність.

Підлітки часто переходять від одного типу використання речовин до іншого (як від більш шкідливого до менш шкідливого, так і навпаки).

**Таблиця 110. Типи поведінки, пов'язаної з використанням речовин**

Тип використання	Характеристики
<b>Абстиненція</b>	Невикористання жодних речовин.
<b>Експериментальне використання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Характерне для раннього підліткового віку; тимчасові експерименти з новою речовиною</li> <li>• Користувачеві бракує досвіду, щоб передбачити дію речовини (напр., сп'яніння)</li> <li>• Потенційна шкода: травми, насильство, незаплановані або незахищені статеві контакти, алкогольна кома внаслідок отруєння етиловим спиртом, погіршення психічного та/або фізичного стану під дією наркотиків або негативний досвід.</li> </ul>
<b>Рекреаційне використання</b> (епізодичне)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Епізодичне вживання речовин — не щотижня, а з певної нагоди, відсутність середньострокового шкідливого впливу</li> <li>• Потенційна шкода: така сама, як і для експериментального використання.</li> </ul>
<b>Проблематичне використання</b> (зловживання, небезпечне використання)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Часте використання, напр. кожні вихідні або щодня</li> <li>• Ризикова поведінка, напр., водіння в нетверезому стані, запій</li> <li>• Часто пов'язане з потенційним або фактичним впливом на життя підлітка, напр. шкідлива або руйнівна поведінка, травми, низька успішність у школі, надмірні витрати або крадіжка грошей, відсторонення від однолітків і родини, насильство, алкогольна кома внаслідок отруєння етиловим спиртом.</li> </ul>

Тип використання	Характеристики
<b>Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Невдалі спроби кинути або контролювати вживання</li> <li>• Витрачання великої кількості часу на отримання речовини</li> <li>• Розвиток толерантності (потреба у споживанні більшої кількості речовини для отримання бажаного ефекту) і симптоми відміни, які полегшує лише вживання речовини (фізична залежність)</li> <li>• Шкідливі наслідки для багатьох аспектів життя: погана успішність у школі, неспроможність до засвоєння професійних навичок, неуспішність у соціальному та сімейному житті, насильство, фінансові борги, фізичні та психологічні проблеми.</li> </ul>

### Дослідження

**НЕ СЛІД** проводити тестування сечі на вміст наркотиків на рутинних засадах. Такий підхід не є корисним і може мати негативний вплив на відносини лікар-пацієнт.

### Надання допомоги

Зловживання психоактивними речовинами вимагає ретельного оцінювання та лікування залежно від типу їх використання (таблиця 111).

**Таблиця 111. Надання допомоги в разі вживання психоактивних речовин або зловживання ними**

Тип використання	Надання допомоги
<b>Експериментальне використання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведіть мотиваційне інтерв'ю (с. 752).</li> </ul>
<b>Рекреаційне використання</b>	

Тип використання	Надання допомоги
<b>Проблематичне використання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Проведіть мотиваційне інтерв'ю (с. 752).</li> <li>• Заходи щодо оточення: заохочуйте підлітка змінити середовище та діяльність; не зосереджуйтеся на поведінці підлітка як єдиній проблемі.</li> <li>• Надавайте психологічну підтримку. Розглядайте доцільність довгострокового психосоціального лікування для підлітків, що мають поточні проблеми, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин і не відповідають на початкові короткі втручання.</li> </ul>
<b>Розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Заходи щодо оточення (як описано вище).</li> <li>• Направте для проведення когнітивно-поведінкової терапії й індивідуальної психотерапії.</li> <li>• Направте на сімейну терапію.</li> <li>• Лікуйте симптоми відміни (за наявності).</li> <li>• Розгляньте доцільність інституційної допомоги.</li> </ul>

**НЕ СЛІД** обмежуватися наданням підліткам порад та застережень щодо ризиків, пов'язаних із вживанням наркотиків.

- ▶ Реагуйте на проблему соціального тиску чи тиску з боку однолітків, яка може бути джерелом напруженості і тривожності, виключення або глузування.
- ▶ Заохочуйте до участі в навчанні чи роботі та діяльності, яка займатиме час підлітка, напр., заняття безпечними груповими видами спорту.

### Консультування

- ▶ Консультуйте та заохочуйте батьків чи опікунів щодо:
  - Встановлення більш суворого нагляду, який дозволить знати, де дитина і з ким, що вона робить і коли буде вдома
  - Початку спілкування з дітьми про вживання тютюну, алкоголю чи інших речовин та їхнього ставлення до цього, починаючи з раннього підліткового віку
  - Обговорення впливу однолітків і засобів масової інформації та важливості самостійно вирішувати, що найкраще для них самих
  - Пояснення своїх очікувань щодо вживання психоактивних речовин
  - Ознак вживання психоактивних речовин та обговорення проблеми і спільного звернення за медичною допомогою в разі їх виявлення.

► Консультуйте та заохочуйте підлітків щодо:

- Розуміння, як реагувати, якщо однолітки змушують їх вживати тютюн, алкоголь або інші речовини
- Необхідності говорити з друзями, батьками чи іншими дорослими, яким вони довіряють, якщо хтось пропонує їм наркотики
- Звернення по допомогу до друзів, батьків або інших дорослих, яким вони довіряють, якщо вони почали зловживати алкоголем або іншими речовинами
- Уникання керування автомобілем, мотоциклом або велосипедом під впливом алкоголю або інших речовин. Якщо після їх вживання вони планують повернутися додому, слід знайти когось тверезого, хто може їх підвезти, взяти таксі або залишитися на ніч.

### Направлення

У тяжких випадках та за наявності відповідних можливостей організуйте послуги з детоксикації або лікування у стаціонарі.

### Подальше спостереження

Регулярно оцінюйте підлітків на предмет вживання психоактивних речовин, оскільки способи вживання можуть змінюватися з часом.

## 7.22 Проблематичне використання інтернету і соціальних мереж

Використання інтернету та соцмереж — які спільно звать «інформаційно-комунікаційні технології» (ІКТ) — стали невід'ємною частиною повсякденного життя дітей і підлітків у всьому світі. Різниця між відпочинком і шкідливим їх використанням визначається не лише часом, які дитина чи підліток витрачає на перебування в інтернеті або соцмережах.

### Анамнез

- === Поговоріть із підлітком віч-на-віч. Поважайте приватність і конфіденційність.

Унікаючи засудження, попросіть дитину чи підлітка поміркувати над такими питаннями:

- Як вони використовують ІКТ і для яких цілей?

- Скільки часу вони витрачають на перебування в інтернеті та соцмережах?
- Як ІКТ впливають на їхнє сімейне життя, успішність у школі, здоров'я, сон, фізичну активність і стосунки з однолітками?
- Які позитивні й негативні характеристики має їхнє життя онлайн?

Оцініть, який характер має використання ІКТ — рекреаційний чи проблематичний:

**Рекреаційне використання** включає продовження спортивної і соціальної діяльності з використанням позитивних аспектів ІКТ як:

- Стимулюючого і приємного інструмента
- Ресурсу для отримання інформації та порад
- Інструменту для виконання шкільних завдань
- Засобу зв'язку й комунікації
- Для деяких — засобу для встановлення контакту з однолітками, що живуть із такими самими хронічними захворюваннями чи мають аналогічні проблеми
- «Вікна» у світ і суспільство, яке дозволяє відкривати нові сфери інтересу.

**Проблематичне використання ІКТ** може бути як ознакою погіршення стану психічного здоров'я, так і потенційною причиною проблем із психічним здоров'ям.

## ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

Проблемне використання ІКТ, пов'язане зі шкідливою діяльністю:

- Опублікування дописів, що мають сексистський і расистський характер
- Здійснення доступу до вебсайтів із матеріалами жорстокого й порнографічного характеру
- Вихвалання незаконною діяльністю або самоушкодженням
- Кібербулінг: булінг через інтернет або соціальні мережі
- Секстинг: надсилання або отримання сексуально відвертих повідомлень, зображень або відео
- Грумінг: встановлення емоційного зв'язку з дорослим, із метою залучення до дитячої порнографії чи сексуального насильства, або схилання неповнолітніх до незаконного ексгібіціонізму чи проституції.

Потенційно небезпечні для здоров'я наслідки використання інтернету:

- Втома, проблеми зі сном (використання екранів або мобільних пристроїв у пізній час уночі)

- Зниження успішності у школі
- Перебування більшої кількості часу в інтернеті та меншої — з однолітками чи родиною, на соціальних та спортивних заходах у реальному житті, що призводить до ізоляції
- Конфлікти з батьками щодо використання ІКТ
- Психологічні симптоми (наприклад, через булінг)
- Зміна моделі харчування (вживання шкідливої їжі під час використання ІКТ)
- Ожиріння або біль у спині, пов'язані з недостатньою фізичною активністю
- Залежність.

### Надання допомоги

- ▶ Розповідайте дитині або підлітку про переваги та недоліки використання ІКТ та про альтернативні способи спілкування з іншими.
- ▶ Заохочуйте дитину або підлітка поговорити з дорослим, якому вони довіряють, якщо вони думають, що їх обманюють, примушують до чогось за допомогою обману, з них знущаються, у них викрали персональні дані або вони отримують невідповідний контент (у випадку зловживання чи насильства).
- ▶ Консультуйте їх щодо рекомендованого максимального часу перед екраном для їхнього віку (с. 120).
- ▶ У разі зловживання ІКТ:
  - Використовуйте мотиваційні інтерв'ю (с. 752) для надання допомоги у зміні звичок.
  - Розгляньте доцільність організації дискусії з батьками для надання допомоги в пошуку компромісу.
- ▶ Консультуйте батьків і опікунів щодо:
  - Регулярного моніторингу використання інтернету і соцмереж. До 14 або 15 років, як правило, вони повинні знати, чому і як їхня дитина використовує інтернет і соціальні мережі.
  - В ідеалі, до цього віку в дітей не має бути власного комп'ютера в їхній кімнаті.
  - Займання відкритої позиції та домовленості про використання ІКТ з наданням дитині певної автономії.
  - Ознайомлення з ІКТ, які використовує дитина, і прохання показати, як вона грається на смартфоні або комп'ютері, для спрощення обговорення відповідних тем.

## Подальше спостереження та направлення

Моніторуйте ситуацію в динаміці. Сильна залежність від ІКТ часто пов'язана із супутніми проблемами з психічним здоров'ям (такими, як розлади, пов'язані зі вживанням психоактивних речовин) і зазвичай потребує психотерапевтичної підтримки та втручання всієї родини із залученням підготовленого спеціаліста.

## 7.23 Потреби в рамках паліативної допомоги

Паліативна допомога — це комплексна фізична, психологічна та духовна допомога, яка допомагає пацієнтам жити якомога активніше до смерті. Цей тип допомоги є застосовним не тільки для дітей в останні дні життя, а й до всіх дітей, які живуть із довгостроковими фізичними, психологічними, соціальними чи духовними наслідками серйозних, складних або таких, що обмежують життя, захворювань. Її надання починається на ранньому етапі діагностики та забезпечує підтримку для пацієнта і його родини протягом усього перебігу захворювання, у т.ч. підтримку членів сім'ї після смерті дитини.

Паліативної допомоги можуть потребувати діти з широким спектром станів здоров'я:

- Зі злоякісними новоутвореннями: після неефективного лікування, з лейкемією, що супроводжується кровотечею внаслідок коагулопатій, із пухлинами головного мозку.
- Із вродженими захворюваннями чи аномаліями, наприклад, діти з дисфункцією життєво важливого органу, недоношені діти з порушеннями дихання, діти, які пережили асфіксію або черепно-мозкову травму при народженні, діти з порушення розвитку нервової системи.
- Із травмами: тяжкими травмами голови, опіками.
- Із тяжкими інфекційними захворюваннями: ВІЛ/СНІДом, лікарсько стійким ТБ, менінгітом.
- Із генетичними станами (синдромом Патау та Едвардса).
- Із проблемами з харчуванням.

Завдання надавача первинної медичної допомоги — якомога раніше виявляти будь-які страждання внаслідок тяжкого чи такого, що загрожує життю, захворювання чи тілесного ушкодження.

## Надання допомоги

Надання паліативної допомоги дітям і підліткам потребує застосування широкого мультидисциплінарного підходу, який включає сім'ю пацієнта й передбачає використання доступних ресурсів на базі громади, навіть якщо такі ресурси обмежені. Така допомога може надаватися в лікарнях, громадських медичних центрах і в дитини вдома. Діти зі станами, що обмежують життя або загрожують життю, та їхні сім'ї мають низку специфічних потреб, які можуть відрізнятися залежно від стану.

— Мета паліативної допомоги — досягти найвищої можливої якості життя для пацієнтів та їхніх родин.

### Координація допомоги

- ▶ Координуйте допомогу з мультидисциплінарною командою та, за потреби, організуйте направлення до спеціалістів (спеціаліста з паліативної допомоги, фізіотерапевта, психолога) для забезпечення оптимального лікування симптомів, а також психологічної, емоційної та духовної підтримки.
- ▶ Організуйте адаптацію домашніх умов для покращення мобільності (напр., придбання інвалідного візка). Оцініть необхідність переїзду в більш відповідне житло для зменшення навантаження на сім'ю.

### Забезпечення якісної комунікації з дітьми та їхніми родинами

- ▶ Повідомте сім'ї про прогноз дитини під час приватної бесіди.
- ▶ Будьте чесними та відкритими: заспокоюйте та підтримуйте надію, однак не створюйте неправдивих очікувань.
- ▶ Комунікуйте відповідно до рівня розвитку дитини.
- ▶ Прислухайтесь до сім'ї та дитини. Вони можуть хвилюватися про майбутнє, лікування, братів і сестер, витрати та труднощі, пов'язані з перебуванням у лікарні.
- ▶ Працюйте з їхнім розумінням хвороби, їхніми страхами і тривогами. Члени сім'ї дитини можуть запитувати: «Це моя провина?» «Що було б, якби ми звернулися раніше?» Дитина може запитувати: «Як мої батьки з цим упоруються?» Брат чи сестра дитини може подумати: «Це все через те, що, коли ми сварилися, я бажав(ла) їй(йому) зла».
- ▶ Працюйте з хибними уявленнями про хворобу.

- ▶ Поясніть характер захворювання та його лікування, необхідність часто-го проведення аналізів крові чи інших досліджень, а також важливість подальшого спостереження.
- ▶ Пропонуйте вибір місця для здійснення подальшого догляду.

### *Емоційна, психологічна та духовна підтримка*

У той час як для декого обговорення їхніх переконань та цінностей може мати позитивний ефект, для інших це може бути складно, особливо в кінці життя.

- ▶ Надавайте емоційну, психологічну та духовну підтримку дитині, її батькам, братам і сестрам протягом усіх стадій захворювання та після смерті дитини.
- ▶ Визначайте дітей, які страждають екзистенційно та духовно. Забезпечуйте їм ранню та належну підтримку, напр., зв'язок із групами підтримки.
- ▶ Запевніть батьків, що приймати допомогу в піклуванні про дитину від родини або громади — це нормально. Підкресліть, що необхідно не забувати, що брати й сестри дитини також потребують підтримки, любові та уваги з боку батьків.

### *Допомога на кінцевому етапі життя*

Якісна допомога на кінцевому етапі життя полягає в тому, щоб знати, коли потрібно змінювати цілі й лікування, та встановленні реалістичних цілей, які відповідають потребам конкретного пацієнта. Цілі змінюються мірою прогресування хвороби. Спочатку може існувати надія на те, що пацієнта вдастьсявилікувати, однак, якщо хвороба прогресує, сім'я сподівається на забезпечення пацієнту комфортного і хорошого життя, яким би коротким воно не було. Основне завдання — допомогти дитині впоратися з ситуацією, що склалася, та отримувати задоволення від решти свого життя. Дитина, що помирає, повинна мати доступ до братів, сестер і друзів, щоб гратися з ними та спілкуватися: їх слід запрошувати до дитини.

### *Забезпечення підтримки батьків або опікунів у зв'язку зі смертю їхньої дитини*

- ▶ Обговоріть усі практичні дії, які потрібно буде виконати після смерті дитини, та надайте письмову інформацію з таких питань:

- Догляд за тілом
  - Відповідні юридичні аспекти (виклик швидкої та інших відповідних служб для реєстрації смерті)
  - Організація похорону
  - Патологоанатомічне дослідження (якщо воно буде проводитися).
- ▶ Сплануйте та надайте підтримку родині у зв'язку з втратою.
  - ▶ За потреби складіть план подальших дій.

### **Гідратація та харчування**

Використання ентерального годування та інфузійної терапії може мати істотний вплив на лікування. Вони можуть бути тягарем для дітей і підлітків, і означати для них прикутість до ліжка і близьку смерть.

- ▶ Обговоріть із дитиною та її батьками й опікунами, як контролювати потреби в рідині та харчуванні.
- ▶ Заохочуйте дитину або підлітка пити та їсти, коли вони захочуть.
- ▶ Забезпечте догляд за губами та ротовою порожниною.
- ▶ Якщо дитина чи підліток не може пити, обговоріть, чи відповідатиме їхнім найкращим інтересам початок чи продовження ентерального годування або в/в введення рідин.
- ▶ Годування через назогастральний зонд або в/в інфузії — неприємні процедури, які повинні використовуватися лише в тому випадку, якщо симптоматична користь перевищує дискомфорт.
- ▶ Регулярно переглядайте рішення щодо продовження ентерального годування або в/в введення рідин чи харчування загалом із дитиною та її сім'єю.

### **Надання допомоги при поширених симптомах**

Запобігайте найпоширенішим симптомам, пов'язаним із серйозними або такими, що загрожують життю, хворобами чи травмами, або полегшуйте їх:

- ▶ Регулярно проводьте перевірки на наявність поширених симптомів, пов'язаних із серйозними або такими, що загрожують життю, хворобами чи травмами.

- ▶ Управляйте лікуванням та коригуйте його таким чином, щоб діти могли залишатися вдома (див. наступні сторінки).
- ▶ Переглядайте необхідність застосування всіх призначених препаратів, оскільки вони часто викликають побічні ефекти. За можливості, призначайте препарати для перорального застосування.
- ▶ Лікуйте те, що підлягає лікуванню: хвороба може спричиняти симптоми, напр. защемлення нервів, непрохідність кишечника або сечового міхура, які будуть відповідати на хіміотерапію.
- ▶ Забезпечуйте пацієнт-орієнтовану допомогу: визначте, які симптоми є найважливішими, а також що викликає в дитини чи підлітка занепокоєння.
- ▶ Попросіть дитину та батьків або опікунів скласти список усіх симптомів і пов'язаних із медикаментозним лікуванням проблем, щоб визначити відповідний напрямок дій.

### Допомога при болю

Дитині не має бути боляче під час руху чи відпочинку.

- ▶ Забезпечте оцінювання та лікування легкого, помірного та сильного болю (с. 564).
- ▶ Надавайте поради щодо нефармакологічних методів контролю болю (с. 568).
- ▶ Розгляньте можливість існування зазначених нижче причин болю та дистресу, які могли залишитися непоміченими, особливо в дітей, що не можуть говорити:
  - Нейропатичний біль (при онкологічних захворюваннях)
  - Біль у шлунку чи кишечнику (через діарею або закріп)
  - Біль у сечовому міхурі (через затримку сечі)
  - Біль у кістках (пов'язаний із захворюваннями обміну речовин)
  - Пролежні
  - Головний біль (унаслідок підвищення внутрішньочерепного тиску)
  - Біль у кістках і м'язах (через неврологічні порушення)
  - Зубний біль.

**Нудота, блювання**

- ▶ У першу чергу усуньте основну причину.
- ▶ Застосуйте галоперидол (перорально, в/в або п/ш, с. 911). Інші варіанти — флуоксетин (або інші селективні інгібітори зворотного захоплення серотоніну, такі як сертралін або циталопрам), дифенгідрамін, метоклопрамід, антагоністи рецепторів ацетилхоліну, кортикостероїди та низькі дози бензодіазепіну.

**Закреп**

- ▶ Надавайте поради щодо дієти та забезпечте належну гідратацію.
- ▶ Дайте проносний засіб (інформацію щодо дозування див. у додатку 4):
  - Для немовлят у віці 1–12 місяців: ізоосмотичний проносний засіб (поліетиленгліколь) або лактулозу
  - Для дітей: ізоосмотичний проносний засіб (поліетиленгліколь) або змащувальний проносний засіб (парафінову олію). НЕ давайте парафінову олію дітям, для яких існує ризик аспірації, напр., які мають гастроєзофагеальну рефлюксну хворобу, проблеми з ковтанням
  - Низька моторика ШКТ, напр., у прикутих до ліжка пацієнтів, пацієнтів із нейродегенеративними розладами або внаслідок прийому ліків: стимулюючий проносний засіб (бісакодил або сенна)
  - На початку лікування морфіном: стимулюючий проносний засіб (бісакодил або сенна) і пом'якшувач фекалій (лактулоза, сорбіт або поліетиленгліколь).
- ▶ Призначайте місцеве лікування анальних тріщин вазеліном для знеболення.

**Порушення дихання, задишка або шумне дихання**

- ▶ Порадьте дихальні вправи.
- ▶ Оцініть основну причину та забезпечте відповідну допомогу:
  - У разі виділень та тривожності див. інформацію нижче.
  - Фізичний дискомфорт: визначте причину (наприклад, положення) і усуньте її, якщо можливо.
  - Навколишнє середовище: створіть спокійну та тиху атмосферу, відрегулюйте температуру, використовуйте вентилятор для охолодження обличчя.

- Густий слиз: давайте фізіологічний розчин через небулайзер (0,9% NaCl).
- Медичні стани, напр., пневмонія, серцева недостатність, сепсис або ацидоз: розгляньте відповідне лікування, напр., ІКС, бронхолітики та муколітики при бронхіальній обструкції.
- ▶ Якщо диспное викликає дискомфорт, особливо на кінцевому етапі життя, призначте морфін (не через небулайзер) і бензодіазепін. Розгляньте доцільність кисневої підтримки.
- ▶ Розгляньте доцільність направлення до фізіотерапевта.

### Кашель

- ▶ Порадьте виконувати дихальні вправи у різних положеннях (кашляти стоячи або сидячи може бути більш ефективним).
- ▶ Розгляньте доцільність:
  - Інгаляцій фізіологічним розчином (0,9% розчином NaCl)
  - Застосування декстрометорфану або носкапіну
  - Призначення морфіну, якщо кашель викликає дискомфорт
  - Направлення на фізіотерапію при продуктивному кашлі.

### Виділення або хрипи

- ▶ Розгляньте доцільність:
  - Зміни положення тіла (розташування пацієнта на боці)
  - Аспірації дихальних шляхів
  - Фізіотерапії
  - Призначення антисекреторних препаратів, таких як гіосцину бутилбромід.

### Кровотеча та анемія

Допомога залежить від тяжкості та основної причини та може включати застосування десмопресину, транексамової кислоти, вітаміну К, свіжозамороженої плазми або рекомбінантного фактора VII.

- ▶ Носові кровотечі: місцеве застосування ксилометазоліну (див. додаток 4, с. 937) або направлення до отоларинголога для проведення місцевої коагуляції.
- ▶ Анемія (гемоглобін < 5,0 г/дл): переливання крові.

**НЕ СЛІД** давати вітаміни, харчові добавки або еритропоетин.

## Свербіж

- ▶ Охолодіть шкіру.
- ▶ Розгляньте доцільність застосування дифенгідраміну (або інших антигістамінних препаратів, напр., дименгідринату, хлорфеніраміну, циклізину) або флуоксетину (чи інших селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, таких як сертралін або циталопрам) (інформацію про дозування див. у додатку 4).
- ▶ Подальше лікування залежить від основної причини.

## Судоми

- ▶ Лікуйте або усуньте будь-які потенційні причини чи тригери, напр., лихоманку, електролітний дисбаланс, побічні реакції на ліки, депривацію сну, біль, надмірне подразнення факторами навколишнього середовища.
- ▶ Переконайтеся, що опікуни знають, як і коли застосовувати протисудомні засоби (наприклад, мідазолам трансбукально), якщо в дитини виникають судоми вдома (див. вставку 12, с. 811).

## Втома, слабкість

- ▶ Забезпечте лікування основних причин та супутніх захворювань, напр., анемії, зневоднення, недоїдання, астми, інфекції, депресії.
- ▶ Припиніть прийом ліків, які викликають втому як побічний ефект.
- ▶ Заохочуйте прикутих до ліжка дітей регулярно вставати з ліжка.
- ▶ Проконсультуйтеся з фізіотерапевтом щодо програми вправ і психологом — щодо психотерапії або підтримки.

## Проблеми зі сном

- ▶ Заохочуйте регулярний режим сну та неспання та уникайте стимуляторів.
- ▶ Надавайте рекомендації щодо регулярного режиму сну та методів релаксації.
- ▶ Розгляньте доцільність призначення мелатоніну (див. інформацію про дозування на с. 918) або бензодіазепіну короткої дії (клоназепаму) для лікування розладів сну.

**Тривожність депресія, екзистенційні та духовні страждання**

- ▶ Можуть бути корисними спокійна розмова, заспокоєння, розслаблення та відволікання, техніки дихання та керовані уявні образи.
- ▶ Розгляньте доцільність застосування анксиолітичних засобів (напр., лоразепаму або мідазоламу), флуоксетину (або інших селективних інгібіторів зворотного захоплення серотоніну, таких як, сертралін або циталопрам), амітриптиліну.
- ▶ Забезпечуйте психологічну, емоційну та духовну підтримку. Залучіть психолога або духовного наставника, який відповідає віросповіданню сім'ї.

**Збудження або сплутаність свідомості, делірій**

- ▶ Виявляйте будь-які медичні чи психологічні стани та забезпечуйте їх лікування.
- ▶ Забезпечте заспокоєння, відволікання, фізичний контакт (тримання за руку, доторки).
- ▶ Створіть спокійне та комфортне середовище: спокійно розмовляйте, зменшіть шум і освітлення, забезпечте комфортну температуру в приміщенні, наявність знайомих предметів, людей, розслаблювальної музики.
- ▶ Запропонуйте релігійну та духовну підтримку за потреби.
- ▶ Розгляньте доцільність застосування галоперидолу або бензодіазепінів (мідазоламу, діазепаму або лоразепаму). Починайте з низьких доз і збільшуйте їх за потреби (див. інформацію про дозування в додатку 4).

# Примітки

# Охорона здоров'я підлітків

<b>8.1</b>	<b>Розвиток підлітка</b>	<b>744</b>
<b>8.2</b>	<b>Дієздатність, згода і конфіденційність</b>	<b>746</b>
<b>8.3</b>	<b>Підходи до діагностики в підлітків</b>	<b>748</b>
<b>8.4</b>	<b>Затримка статевого розвитку</b>	<b>754</b>
<b>8.5</b>	<b>Потенційні проблеми з сексуальним і репродуктивним здоров'ям</b>	<b>758</b>
8.5.1	Оцінювання стану сексуального і репродуктивного здоров'я	758
8.5.2	Сексуальні освіта і консультування	760
8.5.3	Контрацепція	761
<b>8.6</b>	<b>Повідомлення підлітком про незахищений статевий акт</b>	<b>766</b>
8.6.1	Екстрена контрацепція	766
8.6.2	ПКП ВІЛ	768
8.6.3	ІПСШ	771
8.6.4	Вагітність	777
8.6.5	Аборт	780
<b>8.7</b>	<b>Проблеми з менструальним циклом у дівчат-підлітків</b>	<b>785</b>
8.7.1	Гіперменорея	786
8.7.2	Дисменорея	786
8.7.3	Аменорея	787
<b>8.8</b>	<b>Проблеми зі шкірою в підлітків</b>	<b>788</b>
<b>8.9</b>	<b>Емоційні та поведінкові проблеми в підлітків</b>	<b>790</b>
<b>8.10</b>	<b>Підлітки, що живуть із хронічними станами</b>	<b>792</b>

Ця глава присвячена **станам здоров'я, які є характерними саме для підлітків**. Інформацію про всі інші стани, що трапляються в дитинстві й підлітковому віці, можна знайти в попередніх главах цього довідника.

## 8.1 Розвиток підлітка

Підлітковий вік — це фаза життя людини між дитинством і дорослістю, яка триває з 10 до 19 років. Це унікальний етап розвитку людини й важливий час для закладення основ хорошого здоров'я.

Підлітки переживають швидке фізичне, когнітивне і психосоціальне зростання. Це впливає на те, як вони почуваються, думають, ухвалюють рішення і взаємодіють із навколишнім світом. Для цієї фази розвитку характерні специфічні потреби, і вона створює особливі виклики у сфері охорони здоров'я для всіх фахівців.

Підлітковий вік можна поділити на три основні етапи (див. таблицю 112):

- Ранній підлітковий вік, коли в основному відбуваються активний ріст і пубертатні зміни
- Середній підлітковий вік, що відзначається пошуками приватності й автономії від батьків або опікунів
- Пізній підлітковий вік, коли особа набуває більш сталої самоідентичності та кращої якості когнітивних процесів вищого порядку, таких як здатність до планування і критичного мислення.

Мозок людини в підлітковому періоді проходить процес дозрівання, що робить підлітків спроможними мислити абстрактніше, комплексніше і швидше. Розвиток мозку і здатності розуміти наслідки своїх рішень або дій продовжують процес дозрівання до раннього дорослого віку.

### Слід пам'ятати:

- Не всі підлітки розвиваються однаково швидко. Підлітки одного віку можуть перебувати на дуже різних етапах свого біопсихологічного розвитку.
- Фізична зрілість і психосоціальна зрілість не є синонімами.
- Кожного підлітка слід розглядати як унікального індивіда і забезпечувати надання допомоги, виходячи з цього, а кожний аспект його або її біопсихологічного розвитку слід оцінювати відповідно до його чи її контексту.

Таблиця 112. Етапи розвитку підлітка

	<b>Ранній (10–13 років)</b>	<b>Середній (14–16 років)</b>	<b>Пізній (17–19 років)</b>
<b>Фізичний</b>	<b>Дівчата:</b> розвиток сосків грудей та ріст лобкового волосся (стадія 2 за шкалою Таннера); початок стрибків росту менархе (стадія 4).	<b>Дівчата:</b> середній-пізній пубертат (стадія 4–5); завершення росту, менархе (стадія 4); формування жіночої форми тіла з відкладенням жиру.	Подальша трансформація мозку; Прогресування в мінералізації кісток.
	<b>Хлопці:</b> збільшення яєчок; початок росту геніталій (стадія 2).	<b>Хлопці:</b> середній пубертат (стадія 3–4); спермархе й нічні викиди; мутація голосу; початок стрибка росту (стадія 3–4).	<b>Хлопці:</b> завершення статевого дозрівання (стадія 5 за Таннером); продовження розвитку андрогенних проявів у збільшенні м'язової маси та кількості волосся на тілі.
<b>Психологіч- ний/когні- тивний</b>	Мислення залишається конкретним із розвитком ранніх моральних установок розвиток сексуальної орієнтації.	Поява абстрактного мислення; розвиток навичок вербальної комунікації; адаптація до вимог у навчанні, що зростають.	Складне абстрактне мислення; покращення здатності до самоконтролю.

	<b>Ранній (10–13 років)</b>	<b>Середній (14–16 років)</b>	<b>Пізній (17–19 років)</b>
<b>Соціальний</b>	Усвідомлення себе як окремої від батьків особи і початок сильної ідентифікації з ровесниками рання дослідницька поведінка.	Емоційна сепарація від батьків і сильна ідентифікація з групою ровесників; піддавання сумнівам авторитетів; дослідницька/ризикована поведінка; розвиток сексуальних інтересів перші уявлення про майбутню діяльність, професію.	Розвиток соціальної автономії; інтимні стосунки; розвиток професійних навичок.

## 8.2 Дієздатність, згода і конфіденційність

При роботі з підлітками потрібно враховувати три принципи, що передбачені Конвенцією ООН про права дитини (с. 4):

### ► Оцінювання дієздатності

Дієздатність — це юридичне поняття, що передбачає наявність права самостійно ухвалювати рішення (без дозволу з боку третіх осіб, тобто батьків чи опікунів). Якщо дієздатність — це юридичне поняття, то спроможність — клінічне. Вона визначається як здатність індивіда формулювати власну думку і ухвалювати поінформоване самостійне рішення, особливо стосовно здоров'я або медичних послуг. Спроможність ухвалювати рішення розвивається в дітей і підлітків із віком: мірою когнітивного дозрівання вони набувають здатності ухвалювати самостійні рішення стосовно складніших питань. Деякі країни встановлюють вікові обмеження щодо дієздатності дітей (часто — це 14, 15 або 16 років), інші — довіряють оцінювання дієздатності надавачам медичної допомоги. У деяких випадках надавачі медичної допомоги мають право вважати підлітка дієздатним для ухвалення найкращого рішення в його або її інтересах іще до досягнення віку, визначеного національним законодавством.

- Знайте нормативно-правову базу у сфері охорони здоров'я вашої країни.
- Налагодьте з підлітком емпатичні відносини.
- Оцініть дієздатність і спроможність підлітка ухвалювати рішення. Оцініть здатність підлітка:
  - Розуміти різні аспекти конкретної ситуації
  - Обирати з-поміж різних варіантів і оцінювати їхні відмінності
  - Розуміти результати реалізації різних рішень.
- Регулярно проводьте повторні оцінювання когнітивних навичок підлітка, оскільки вони можуть розвиватися до нового рівня за час від однієї зустрічі до іншої.

### ► Отримання інформованої згоди

Інформована згода — це офіційно оформлені (зазвичай письмово) домовленість або дозвіл на будь-яке медичне втручання, таке як щеплення, планова хірургічна операція, вибір варіанта або припинення лікування. Навіть якщо підліток вважається недостатньо зрілим для того, щоб мати повну спроможність ухвалювати рішення, батьки/опікуни повинні запитувати в нього/неї його/її думку і дозвіл на будь-які рішення, які ухвалюють від його/її імені: цей процес називається «погодження».

- Активно залучайте підлітка до ухвалення будь-яких рішень стосовно його здоров'я або лікування.
- Надавайте матеріали, що пояснюють те чи інше рішення, і переконайтеся в тому, що підліток зрозуміє всі можливі наслідки («інформована згода»).
- Обговорюйте всі аспекти ситуації та аналізуйте будь-які рішення, які потрібно буде ухвалити.
- Максимальною можливою мірою враховуйте побажання підлітка щодо лікування, особливо коли йдеться про хронічні стани.

### ► Забезпечення конфіденційності

Багато пацієнтів-підлітків розкриватимуть інформацію, яка стосується сексуальності, вживання алкоголю чи психоактивних речовин або ри-

зикованої поведінки, лише якщо знатимуть, що надавач послуг забезпечуватиме її конфіденційність. Відповідно, забезпечення конфіденційності є дуже важливим. Якщо існує пряма загроза життю пацієнта або інших осіб, наприклад, неналежного поводження з дитиною, медична конфіденційність може бути обмежена.

- Поважайте приватність і забезпечуйте конфіденційність.
- Знайте юридичні й етичні обмеження щодо конфіденційності.
- Роз'яснюйте конфіденційний характер розмови під час кожного візиту.
- Поясніть, за яких обставин батьки або інші дорослі можуть бути повідомлені про ситуацію.
- Заохочуйте підлітків ділитися інформацією з батьками чи опікунами.
- Наприкінці консультації обговорюйте, яка інформація може бути розкрита батькам, а яка — ні, і причини, чому це так.

### 8.3 Підходи до діагностики в підлітків

Охорона здоров'я підлітків унікальна з точки зору важливості, яка надається підтримці людям у їхньому прагненні самостійності, водночас із забезпеченням приватності й конфіденційності.

При збиранні анамнезу і проведенні огляду підлітків враховуйте необхідність:

- ▶ Балансувати між потребою підлітка в автономності та важливістю підтримання залученості батьків чи опікунів, особливо в ранньому та середньому підлітковому віці.
- ▶ Підлаштовувати ступінь залученості батьків до відповідного етапу розвитку та бажань підлітка.
- ▶ Консультувати підлітків будь-якого віку та їхніх батьків чи опікунів відповідно до принципів приватності, конфіденційності та необхідності часом спілкуватися з підлітком наодинці під час консультації.
- ▶ Підліток може звернутися до вас без батьків чи опікунів (і може відмовитися приходити на прийом із батьками). Завжди слухайте й підтримуйте підлітків, навіть якщо вони приходять без батьків чи опікунів.

Оцінюйте дієздатність (с. 746) і залучайте опікунів, наскільки це можливо.

### Збирання анамнезу

Починаючи щонайменше з 12-річного віку, для всіх підлітків **частина консультації має відбуватися без присутності батьків чи опікунів** для забезпечення підліткам відповідної приватності й підтримки в пошуку автономії. Підлітки можуть не бажати обговорювати чутливі питання в присутності опікунів.

Починайте збирати анамнез з акцентом на причині візиту та початковій скарзі так, як вона озвучена і сприймається підлітком.

Потім, якщо присутні батьки або опікуни, запитайте: як би вони описали ситуацію, а також про будь-які конкретні занепокоєння чи симптоми, що не обов'язково мають бути пов'язані з причиною візиту. Окрім цього, залежно від етапу розвитку підлітка і якщо дозволяє час, проаналізуйте звички, які стосуються здоров'я і способу життя, аби пропрацювати аспекти впливу середовища або ризикованої поведінки, за допомогою **алгоритму HEADSSSS** (с. 751).

Дотримуйтеся зазначених нижче принципів, щоби підліток почувався комфортно, і щоби побудувати довірливі відносини.

### ЩО СЛІД РОБИТИ

- Представтеся, привітайтеся з підлітком, і з кожним із батьків чи опікунів, якщо вони присутні. Поцікавтеся, за чиєю ініціативою до вас звернулися і чи згоден на цей візит підліток.
- Ставте відкриті запитання й уважно слухайте, не перебиваючи.
- Розпізнавайте і визнавайте почуття. Важливо демонструвати уважність, зацікавленість, щирість та емпатію.
- Якщо підліток ділиться важливою й чутливою інформацією, відзначайте такий вияв довіри.
- Використовуйте зрозумілу, просту мову без технічних термінів. Переконуйтеся, що підліток розуміє те, що ви намагаєтеся донести.
- Підсумуйте надану інформацію, щоб підтвердити те, що її правильно зрозуміли.
- Адаптуйте ваші запитання до віку й етапу розвитку підлітка.
- Запитайте, чи є занепокоєння щодо того, як виглядає та функціонує тіло, чи «нормальний» вигляд мають лобкове волосся, груди та геніталії.
- Підтримуйте встановлений контакт: від самого початку будьте на комфортній відстані, встановіть зоровий контакт, намагайтеся розміщуватися на одному рівні з підлітком, наскільки це можливо.

### ЧОГО НЕ СЛІД РОБИТИ

- Не слід починати консультацію із занадто прямих запитань про інтимні речі (наприклад, вживання психоактивних речовин і алкоголю, сексуальність, ризиковану поведінку).
- За можливості, не ведіть розмову з-за столу, і ніколи — сидячи на столі. Так ви будете нависати над підлітком. Натомість сядьте поруч із підлітком, залишивши певну дистанцію.
- У процесі збору анамнезу не вводьте отриману інформацію одразу в комп'ютер.
- Не ставте запитань, які можуть бути сприйняті як звинувачення чи осуд.

Зміцнення здоров'я та профілактика в підлітковому віці повинні акцентуватися також на поведінці та способі життя: звички (щодо харчування, фізичної активності і вживання алкоголю та психоактивних речовин), набуті в підлітковому віці, мають довгостроковий вплив на здоров'я.

Для аналізу способу життя підлітка (поведінки, звичок і оточення) корисно запам'ятати англійську абрєвіатуру **HEEADSSSS**. Вона може допомогти охопити всі важливі аспекти (таблиця 113):

**Таблиця 113. Алгоритм оцінювання HEEADSSSS**

<b>H</b> [home] <b>умови прожи- вання</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Де, як і з ким живе підліток? Чи має окрему кімнату? Ділить кімнату з братом або сестрою?</li> </ul>
<b>E</b> [education/ employ- ment] <b>освіта/ зайнятість</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Оцінки та інтереси у школі</li> <li>Шкільне середовище</li> <li>Відносини з учителями/однокласниками</li> <li>Кар'єрні плани, працевлаштування.</li> </ul>
<b>E</b> [eating habits] <b>харчові звички</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Кількість прийомів їжі на день, меню</li> <li>Спеціальна дієта, занепокоєння (с. 615).</li> </ul>
<b>A</b> [activities] <b>активність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Відносини з однокласниками (однолітками)</li> <li>Спорт, активності, зустрічі з друзями</li> <li>Сон (патерни і відхилення від потрібного режиму).</li> </ul>
<b>D</b> [drugs] <b>ліки і наркотики</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Рутинне медикаментозне лікування</li> <li>Будь-яке вживання, неналежне вживання/зловживання речовинами (с. 725)</li> <li>Інтернет-, відео- або онлайн ігрова залежність.</li> </ul>
<b>S</b> [sexuality] <b>сексуаль- ність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сексуальна та гендерна ідентичність, орієнтація</li> <li>Сексуальність і секс; сексуальна різноманітність; безпечний секс, сексуальний досвід, фантазії, занепокоєння (с. 761).</li> </ul>
<b>S</b> [suicide and mental health] <b>схильність до само- губства і психічне здоров'я</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Безсоння, зміни апетиту</li> <li>Низька самооцінка</li> <li>Зміни зовнішнього вигляду тіла або дискомфорт</li> <li>Депресія (с. 586), тривожність (с. 594), думки про самогубство (с. 591).</li> </ul>

<b>S [security]</b> <b>безпека</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Використання захисних пристроїв (паска безпеки, шолому)</li> <li>• Ризикована поведінка (керування транспортними засобами напідпитку)</li> <li>• Можливі зловживання і насильство</li> <li>• Травми в минулому.</li> </ul>
<b>S [social media]</b> <b>соціальні мережі</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кібербезпека і кібербулінг</li> <li>• Соціальні мережі та користування інтернетом, відео- та онлайн-іграми (с. 730).</li> </ul>

### Консультування та мотиваційне інтерв'ю

Будь-яка консультація з підлітком — це **можливість для профілактичного консультування чи втручання**. Будьте готові проводити консультацію, застосовуючи техніку мотиваційного інтерв'ю (див. нижче), та допомагати підлітку подолати проблемні питання або ситуації, пов'язані зі здоров'ям.

Формуйте будь-які поради щодо способу життя, прийому медикаментів чи інших видів лікування відповідно до здатності молодого/ї пацієнта/-ки усвідомити їхній вплив на його чи її здоров'я. У ранньому підлітковому віці підлітку може бути складно усвідомити довгострокові загрози для здоров'я, наприклад, зв'язок раку легень із курінням сигарет.

Використовуйте техніку мотиваційного інтерв'ю для консультування, коли працюєте з підлітками, оскільки вона спрямована на підвищення рівня особистої автономії і зміну поведінки завдяки активному залученню молодого пацієнта до вирішення його або її ситуації. Вона дозволяє кожному підлітку визначити проблему, виразити занепокоєння та знайти відповідь щодо рішення.

Ключові принципи мотиваційного інтерв'ювання:

- ▶ Слухайте і демонструйте емпатію.
- ▶ Допоможіть підлітку визначити будь-які зміни, які потрібно здійснити, або проблемні питання, які потребують вирішення.
- ▶ Дізнайтеся, наскільки (за шкалою від 1 до 10) підліток почувається готовим змінювати свою поведінку, і що може допомогти підвищити таку готовність до змін.

- ▶ Допоможіть йому чи їй побачити прогалину між тим, де він чи вона є зараз, і тим, де вони хочуть бути.
- ▶ Не кажіть підлітку, що робити, дайте йому/їй самим сказати, що має змінитися.
- ▶ Дослідіть «за» і «проти» зміни патерну поведінки.
- ▶ Якщо рівень готовності до поведінкової зміни є високим: узгодьте конкретні, реалістичні перші кроки та часові рамки для подальшого контролю.
- ▶ Хваліть і відзначаєте за зусилля і прогрес.
- ▶ Наскільки це можливо, і лише в разі підтвердження цього підлітком, поділіться результатами обговорення з батьками чи опікунами.

### Підхід до підлітка при проведенні фізикального огляду

Оглядайте підлітка без присутності батьків або опікунів, якщо таким є бажання підлітка. Розгляньте доцільність присутності медичного працівника тієї ж статі в оглядовому кабінеті. Деякі батьки або опікуни можуть не захотіти залишити приміщення. Поясніть, що це рутинний процес, який є необхідним для найкращого медичного обслуговування їхньої дитини. Запевніть опікунів, що ви надасте їм усю важливу інформацію.

- ▶ Проводьте огляд в окремому оглядовому кабінеті з комфортною та відповідною температурою в приміщенні.
- ▶ Отримайте згоду підлітка (с. 746).
- ▶ Поясніть суть і мету огляду, і як саме ви будете його виконувати.
- ▶ Дозвольте підлітку брати активну участь в огляді, наприклад, послухати своє серцебиття.
- ▶ Починайте огляд із тих частин, які є мінімально інтрузивними (наприклад, вимірювання зросту, артеріального тиску) і поступово переходьте до більш інтимних або чутливих.
- ▶ Оцініть етап підліткового періоду відповідно до фізичного та статевого розвитку (с. 754), форму тіла і зовнішній вигляд. Усе це може впливати на самосприйняття, самооцінку і настрої.
- ▶ Виявляйте повагу під час огляду. Повідомляйте, коли знахідки є нормою, розповідайте про варіанти норми і роз'яснюйте проблемні питання.

ня, пов'язані з фізичним ростом і розвитком, у тому числі лобкового волосся, грудей і геніталій.

Наприкінці консультації:

- ▶ Підсумуйте ваші думки щодо скарги чи симптомів, озвучте встановлений вами діагноз і необхідні наступні кроки, напр., візуалізаційне дослідження або лабораторні аналізи, лікування, наступний контрольний візит.
- ▶ Переконайтеся, що підліток розуміє і погоджується.
- ▶ Переконайтеся, що батьки або опікуни залучені до аналізу ситуації, подальшого спостереження та лікування, водночас поважаючи принципи конфіденційності.

## 8.4 Затримка статевого розвитку

Коли дитина стає підлітком, її тіло починає готуватися до дорослості. Цей етап — статеве дозрівання — триває від чотирьох до п'яти років, і має такі характерні особливості:

- Стрибок росту, зі збільшенням довжини тіла на ~ 20–25 см за цей період
- Збільшення мускулатури (особливо у хлопців) і жирової тканини (особливо в дівчат)
- Поява волосся на тілі та акне у деяких випадках
- Розвиток статевих органів, із набуттям здатності до запліднення.

Менархе (перша менструація) є важливим фізіологічним і психологічним етапом для дівчат, хлопці переживають перший викид сперми. Не всі підлітки розвиваються однаково швидко: у деякого статеве дозрівання починається у 8 або 9 років, у інших відповідні зміни відбуваються у 13 або 14. У дівчат статеве дозрівання починається раніше, ніж у хлопців. На рис. 6 проілюстрований нормальний діапазон змін початку статевого дозрівання:

**Рис. 6. Вікові діапазони початку статевого дозрівання**



## Оцінювання етапу і затримка статевого дозрівання

На зростання і процес статевого дозрівання можуть впливати:

- Тривалі хронічні захворювання
- Вік, у якому відбулося статеве дозрівання в одного чи обох батьків
- Недостатнє харчування або надмірна вага та ожиріння.

### Анамнез

Поговоріть із підлітком віч-на-віч. Забезпечте захист приватності й конфіденційності. Оцініть дієздатність (с. 746). Отримайте згоду (с. 746).

- Вік підлітка та вік, у якому розпочалося статеве дозрівання в батьків
- Розвиток у дитячому віці
- Розвиток волосся на геніталіях або на ділянках поруч
- Менархе (початок менструацій)
- Хронічні захворювання, наприклад, муковісцидоз (кістозний фіброз), хвороба серця чи нирок, тривале підвищення температури, втрата ваги.

### Огляд

Забезпечте приватність місця огляду і присутність колеги, якщо це необхідно або про це було прохання. Залежно від контексту, нехай із вами буде медична працівниця жіночої статі (або хтось із батьків чи опікунів, якщо на те дає згоду підліток) під час огляду дівчинки.

**НЕ СЛІД** оглядати генітальну ділянку підлітка без згоди.

- ▶ Проведіть оцінювання статевого розвитку (див. нижче).
- ▶ Проведіть повний фізикальний огляд (с. 12).
- ▶ Виміряйте вагу і зріст, розрахуйте ІМТ і внесіть дані ІМТ у графік співвідношення ІМТ і віку (с. 899).

### Оцінювання статевого дозрівання

Зображення в таблиці 114, які демонструють стадії розвитку підлітка за шкалою Таннера, дозволять вам або підлітку визначити стадію статевого

дозрівання. У дівчат перша помітна фізична ознака статевого дозрівання — це поява ущільнення молочних залоз, невеличке збільшення сосків; у хлопців — це збільшення яєчок (стадія 1 за Таннером). Стадія 2 відповідає початку пубертату, а стадія 5 сигналізує про завершення процесу. Загалом процес зазвичай триває 2–3 роки. У той час як часто буває важко відрізнити стадії 3 від 4 або 4 від 5, є чітка різниця між стадією 2 і 4 або 3 і 5.

Ви також можете використовувати ці зображення і просити підлітків самостійно робити оцінювання, показуючи на відповідну стадію. Так можна уникнути потреби роздягатися і проходити безпосередній фізикальний огляд, що часто бентежить підлітків.

**Таблиця 114. Стадії за Таннером**

Стадія за шкалою Таннера	Дівчата	Хлопці
1		
2		
3		
4		
5		

**Таблиця 115. Оцінювання і діагностика затримки статевого дозрівання**

<b>Оцінювання статевого дозрівання дівчат</b>	<b>Оцінювання статевого дозрівання хлопців</b>
<p>Перевірте:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність тканин молочної залози</li> <li>• Колір і розміри зони навколо сосків</li> <li>• Наявність лобкового волосся</li> <li>• Наявність анатомічних особливостей, зрощення статевих губ, виразки на вульві, вагінальні виділення чи кровотечі (с. 425–428).</li> </ul>	<p>Перевірте:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Наявність лобкового волосся</li> <li>• Розмір статевого члена (у випадку ожиріння відтягніть лобковий жир, щоб отримати точну оцінку розміру)</li> <li>• Наявність анатомічних особливостей статевого члена (як гіпоспадія), рухомість крайньої плоти (с. 420), болючість або набряк мошонки (с. 408).</li> </ul>
<b>Діагностика затримки статевого дозрівання в дівчат</b>	<b>Діагностика затримки статевого дозрівання у хлопців</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутність розвитку молочних залоз та/або лобкового волосся у 14 років <i>або</i></li> <li>• Відсутність менструацій у 16 років <i>або</i></li> <li>• Перші ознаки статевого дозрівання з'явилися за &gt; 5 років до менархе.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відсутність збільшення статевого члена або яєчок у 15 років <i>або</i></li> <li>• Відсутність лобкового волосся до 15 років.</li> </ul>

### Дослідження

Цілком можливо оцінити прогрес у статевому дозріванні шляхом прямого спостереження з використанням шкали п'яти етапів розвитку (таблиця 115), не вдаючись до ендокринологічних обстежень.

### Надання допомоги

Затримка статевого дозрівання можлива через хронічне захворювання або недостатнє харчування:

- ▶ Пролікуйте поточні медичні стани.
- ▶ Вирішіть проблеми з харчуванням.

## Направлення

- ▶ Якщо вам не вдається знайти пояснення затримки розвитку, направ-  
ляйте підлітка до ендокринолога.

## Подальше спостереження

- ▶ За необхідності забезпечте подальше спостереження підлітків, які ма-  
ють хронічні захворювання та проблеми з харчуванням.
- ▶ Перевіряйте прогрес у статевому розвитку кожні шість місяців.

## 8.5 Потенційні проблеми з сексуальним і репродуктивним здоров'ям

Є багато питань, які необхідно обговорювати з підлітками. У багатьох ви-  
падках підлітки можуть соромитися ставити питання щодо сексуального  
здоров'я.

### 8.5.1 Оцінювання стану сексуального та репродуктивного здоров'я

Слід пам'ятати:

- ▶ Обговорюйте чутливі питання, такі як призначення пероральних кон-  
трацептивів, без участі батьків, якщо це відповідає найкращим інтер-  
есам підлітка.
- ▶ Підлітки можуть неохоче розкривати інформацію про чутливі питання,  
наприклад, про небажану вагітність або ІПСШ, почуватися при цьому  
ніяково й навіть відчувати сором. Знижуйте рівень стигматизації щодо  
чутливих питань, зауважуючи: «Я повністю розумію, що Вам ніяково.  
Я зовсім не засуджую Вас. Я тут, щоб допомогти Вам».
- ▶ Подбайте, щоб комунікація була недискримінаційною; забезпечуйте  
конфіденційність і сексуально позитивний підхід, коли спілкуєтеся з  
підлітком.
- ▶ Знайте норми національного й місцевого законодавства, яке регулює вік  
доступу до контрацепції, вік згоди на статеві стосунки, шлюбний вік і вік  
аборту. Може виявитися, що в деяких ситуаціях закон, що має переважну  
силу, може не дозволяти вам діяти в найкращих інтересах підлітка (напри-  
клад, у деяких країнах призначення контрацептивів підліткам, які не пере-  
бувають в офіційному шлюбі, є незаконним). У таких випадках вам може  
бути необхідно відшукати найкращий спосіб збалансувати свої юридичні  
зобов'язання та етичні зобов'язання по відношенню до підлітка.

- ▶ Не нав'язуйте підліткам своїх власних цінностей і переконань. Ваша роль — дбати про їхню безпеку, якщо вони хочуть бути сексуально активними.
- ▶ Поважайте стадії розвитку, а також когнітивний і психологічний статус пацієнтів-підлітків. Формулюйте запитання відповідно до їхнього віку і рівня розвитку.
- ▶ Сприяйте доступу до послуг, наприклад, клінік, що спеціалізуються на роботі з підлітками, центру планування сім'ї чи гінеколога.

## Анамнез

Поговоріть із підлітком віч-на-віч. Забезпечте захист приватності й конфіденційності. Оцініть дієздатність (с. 746). Отримайте згоду (с. 746).

- ▶ Проаналізуйте спосіб життя підлітка (див. алгоритм оцінювання HEADSSS на с. 751). Заохочуйте підлітка ділитися тим, що його/її турбує або непокоїть у питаннях, які стосуються сексуального здоров'я — щодо прогресу в статевому розвитку, болю під час мастурбації або статевого акту (с. 760–761).
- ▶ Спробуйте дізнатися: як багато підліток знає про анатомію і функції організму людини, вагітність, контрацепцію й ІПСШ, і чи має якісь занепокоєння.
- ▶ Оцініть:
  - Знання та розуміння сексуальності:
    - «Ви дізналися про сексуальність у школі, вдома чи деінде?»
    - «Чи є у Вас якісь занепокоєння, які стосуються сексуального здоров'я?» (див. наступну сторінку)
  - Знання та розуміння питань вагітності та контрацепції:
    - «Чи знаєте Ви про методи контрацепції, і чи застосовуєте їх?»
    - «Ви знаєте, як розпізнати ознаки вагітності?»
  - Знання та розуміння теми ІПСШ та ВІЛ:
    - «Чи знаєте Ви про інфекції, що передаються статевим шляхом, і ВІЛ, та як запобігти інфікуванню ними?»
  - Сексуальна активність (залежно від контексту). Майте на увазі, що слово «секс» може означати різні речі для різних підлітків.
  - Історія менструації (с. 785).

## 8.5.2 Сексуальні освіта і консультування

- ▶ Консультуйте сексуально активних підлітків з питань ІПСШ і радьте, як можна захиститися від таких інфекцій.
- ▶ Видавайте презервативи всім сексуально активним молодим людям.
- ▶ Дівчатам-підліткам пропонуйте додатковий метод контрацепції або дізнайтеся, чи задоволені вони методом контрацепції, який вони застосовують зараз.
- ▶ Заповнюйте прогалини у знаннях і корегуйте неправильне розуміння там, де необхідно.
- ▶ Реагуйте на будь-які хвилювання чи занепокоєння щодо сексуального здоров'я (таблиці 116 і 117).
- ▶ Якщо існує високий рівень ризику, розгляньте доцільність направлення підлітка для отримання поглиблених сексуальних освіти і консультування.

**Таблиця 116. Питання щодо сексуального здоров'я, які можуть непокоїти хлопців-підлітків**

Питання	Оцінювання і надання допомоги
<p><b>Прогрес у статевому дозріванні, включаючи розмір геніталій або ріст лобкового волосся</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Оцініть стадію статевого дозрівання (с. 754).</li> <li>▶ Роз'ясніть питання підлітку та заспокойте його.</li> </ul>
<p><b>Біль під час мастурбації або статевому акту</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Проведіть фізикальний огляд і перевірку на предмет короткої вуздечки чи тугої крайньої плоті. Ці особливості можна виправити шляхом нескладної урологічної операції. Направте до спеціаліста за необхідності.</li> </ul>
<p><b>Передчасна еякуляція або труднощі в досягненні ерекції</b> Часто пов'язані з недосвідченістю або тривожністю на початку статевого життя</p>	<p>Молодим хлопцям допомагає можливість ділитися своїми занепокоєннями з лікарем.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Порадьте їм обговорювати свої почуття й відчуття з партнером/партнеркою або самостійно досліджувати власну сексуальність.</li> <li>▶ Заспокойте інформацією про те, що зазвичай це з часом зникає.</li> </ul>

**Таблиця 117. Питання щодо сексуального здоров'я, які можуть непокоїти дівчат-підлітків**

Питання	Оцінювання і надання допомоги
<p><b>Прогрес у статевому розвитку, включаючи розмір грудей і розвиток геніталій</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Оцініть стадію статевого дозрівання (с. 754).</li> <li>▶ Роз'ясніть питання дівчині-підлітку та заспокойте її.</li> </ul>
<p><b>Біль під час статевого акту або спробі сексуального контакту</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Часто пов'язані з недосвідченістю або тривожністю на початку статевого життя</li> <li>• Може бути пов'язаний із вагінізмом (мимовільними спазмами м'язів при спробі статевого акту через страх вагінального проникнення).</li> </ul>	<p>Молодим дівчатам допомагає можливість ділитися своїми занепокоєннями з лікарем.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Порадьте їм обговорювати свої почуття й відчуття з партнером/партнеркою або самостійно досліджувати власну сексуальність.</li> <li>▶ Заспокойте інформацією про те, що зазвичай це з часом зникає.</li> <li>▶ Якщо проблема не вирішується, направте до гінеколога для лікування вагінізму.</li> </ul>

### 8.5.3 Контрацепція

Підлітки повинні бути поінформовані про різні методи контрацепції й мати доступ до них. Інформація про контрацепцію та її призначення має бути легко доступною, особливо для підлітків у вразливому середовищі (наприклад, із сімей з низьким соціально-економічним статусом).

- Підлітки мають право використовувати **будь-який** метод контрацепції, якщо до нього немає медичних протипоказань (с. 764).
- **Вік сам по собі** не є медичною підставою для відмови підліткам у застосуванні будь-якого з методів контрацепції.
- **Вартість** отримання контрацепції не повинна заважати підлітку використовувати найбільш відповідну для нього форму контрацепції.
- Індивідуальні потреби підлітків дуже відрізняються: підліток у стабільних стосунках має потреби в контрацепції, що відрізняються від потреб у контрацепції підлітка, який вступає в різні випадкові статеві зв'язки.

### Консультавання з питань контрацепції:

- ▶ Навчайте і консультуйте до і під час вибору методу контрацепції, щоб допомогти підліткам ухвалювати добре поінформовані, добровільні рішення, що якнайкраще підходять до їхніх потреб.
- ▶ Переваги запобігання вагітності та ІПСШ слід зважувати з можливими занепокоєннями щодо використання конкретних методів контрацепції підлітками.
- ▶ Прояснюйте будь-які непорозуміння і міфи щодо контрацепції. Чітко поясніть, що:
  - Контрацепція не впливає на здатність завагітніти пізніше.
  - Контрацепція не підвищує ризику розвитку раку.
- ▶ Побічні ефекти у підлітків спостерігаються не частіше, ніж у старших жінок.
- ▶ Підкреслюйте важливість подвійного підходу, що поєднує використання презерватива і медикаментозної контрацепції, або метод захисту від ІПСШ і запобігання вагітності, коли спілкується з хлопцями і дівчатами, які повідомляють, що є сексуально активними.

### Методи контрацепції, доступні для застосування підлітками

Доступними й безпечними є низка методів контрацепції. При цьому різні методи мають різну ефективність у запобіганні вагітності й захисті від ІПСШ та ВІЛ (таблиця 118).

**Таблиця 118. Ефективність методів контрацепції**

Метод контрацепції	Ефективність у запобіганні вагітності (% жінок, у яких настала неочікувана вагітність протягом 1 року застосування методу)		Захист від інфекцій, що передаються статевим шляхом/ вірусу імунодефіциту людини
	Звичайне використання (%)	Ідеальне використання (%)	
<b>Комбіновані пероральні контрацептиви</b>	7%	0,3%	Ні
<b>Прогестерон у таблетках</b>	7%	0,3%	Ні
<b>Гормональні ін'єкційні контрацептиви тривалої дії або імпланти</b>	3%	0,05–0,3%	Ні

Метод контрацепції	Ефективність у запобіганні вагітності (% жінок, у яких настала неочікувана вагітність протягом 1 року застосування методу)		Захист від інфекцій, що передаються статевим шляхом/вірусу імунодефіциту людини
	Звичайне використання (%)	Ідеальне використання (%)	
<b>Внутрішньоматковий протизаплідний засіб з прогестероном (левоноргестрелом)</b>	0,7%	0,5%	Ні
<b>Мідна внутрішньоматкова протизаплідна спіраль</b>	0,8%	0,6%	Ні
<b>Чоловічі презервативи</b>	13%	2%	Так
<b>Жіночі презервативи</b>	21%	5%	Так
<b>Діафрагма зі сперміцидом</b>	16%	6%	Ні
<b>Сперміцид</b>	29%	18%	Ні
<b>Комбінований пластир і вагінальне кільце</b>	8%	0,3%	Ні
<b>Календарні методи (періодичне утримання)</b>	Всього 25%	1–9% залежно від методу	Ні
<b>Перерваний статевий акт (coitus interruptus)</b>	20%	4%	Ні

### Консультуйте підлітків щодо того, як почати приймати комбіновані пероральні контрацептиви в пігулках

Дівчина-підліток, яка має менструальний цикл:

- ▶ «Початок у перший день». Починати прийом комбінованих пероральних протизаплідних таблеток слід у перший день менструальної кровотечі. Додаткового контрацептивного захисту не потрібно; за винятком презервативів для захисту від ІПСШ (подвійна концепція) *або*

- ▶ «Швидкий старт». Прийом комбінованих пероральних протизаплідних таблеток можна почати в будь-який інший час, якщо тест на вагітність є негативним. Протягом перших семи днів прийому таблеток слід використовувати додатковий контрацептивний захист (наприклад, презерватив). Також слід повторити тест на вагітність через п'ятнадцять днів.

Дівчина-підліток з аменореєю (у якій немає менструації):

- ▶ «Швидкий старт», як описано вище.

### Медична придатність контрацепції для підлітків

Надаючи засоби контрацепції підліткам, необхідно враховувати деякі медичні стани. У той час як деякі медичні стани є абсолютними протипоказаннями (таблиця 119), переважна більшість — ні.

**Таблиця 119. Медичні протипоказання до застосування контрацепції**

Стан	Комбіновані гормональні контрацептиви	Прогестеронові контрацептиви	Бар'єрний метод
Тромбоз глибоких вен або легенева емболія в анамнезі	Протипоказано	Можна застосовувати	Можна застосовувати
Гіпертонія	Протипоказано у випадках, коли систолічний артеріальний тиск > 140 мм. рт. ст., а діастолічний > 90–99 мм. рт. ст.	Так, окрім депо медроксипрогестерону ацетату (DMPA), якщо систолічний артеріальний тиск > 160, а діастолічний > 100 мм. рт. ст.	Можна застосовувати
Відомі порушення згортання крові	Протипоказано	Можна застосовувати	Можна застосовувати
Мігрень з аурую	Протипоказано	Можна застосовувати	Можна застосовувати
Хронічний вірусний гепатит в активній фазі	Протипоказано	Протипоказано	Можна застосовувати

Стан	Комбіновані гормональні контрацептиви	Прогестеронові контрацептиви	Бар'єрний метод
Вагітність	Контрацептиви не потрібні		Презервативи (профілактика інфекцій, що передаються статевим шляхом)
Грудне вигодовування	Післяпологовий період > 6 місяців	Післяпологовий період > 6 тижнів	Післяпологовий період < 6 тижнів

**Дівчина-підліток, яка пропустила прийом таблетки комбінованого орального контрацептиву:**

Якщо дівчина пропустила прийом будь-якої дози комбінованих оральних контрацептивів і є сексуально активною, існує вірогідність того, що вона завагітніє. Пропуском вважається також блювання та/або сильна діарея під час прийому комбінованих оральних контрацептивів або таблеток прогестерону.

- ▶ У разі існування будь-якого ризику вагітності слід зробити тест на вагітність через два тижні.
- ▶ Надавайте допомогу відповідно до кількості пропущених таблеток комбінованих оральних контрацептивів:

Ситуація	Надання допомоги
Дівчина пропустила 1 таблетку або почала прийом таблеток на 1 день пізніше.	▶ Потреби в жодному додатковому контрацептивному захисті немає.
Дівчина пропустила 2 чи більше пігулки поспіль або почала прийом таблеток на 2 чи більше днів пізніше.	▶ Порадьте використовувати презервативи чи утриматися від сексу, доки не мине сім днів від початку безперервного прийому гормональних таблеток.
Дівчина пропустила прийом багатьох таблеток, приймає контрацептивні препарати неправильно і непослідовно.	▶ Розгляньте доцільність застосування інших видів контрацепції, таких як ін'єкційні препарати тривалої дії або внутрішньоматковий протизаплідний засіб.

## 8.6 Повідомлення підлітком про незахищений статевий акт

Значна частина підлітків, які практикують секс із проникненням, роблять це без використання ефективної контрацепції. Звернення за порадою та вибір методу контрацепції та, відповідно, спілкування з лікарями або фармацевтами про потреби у сфері охорони сексуального здоров'я, потребують певного ступеня зрілості й досвіду.

- Поговоріть із підлітком віч-на-віч. Забезпечте захист приватності й конфіденційності. Оцініть дієздатність (с. 746). Отримайте згоду (с. 746).

### Якщо підліток повідомляє про незахищений статевий акт

- ▶ Не засуджуйте і запитайте про обставини й партнера (необхідність подальшого спостереження і медичних послуг відрізняються, наприклад, у випадках з'валтування, незапланованого статевого акту з невідомим партнером або першого статевого акту).
- ▶ Оцініть необхідність забезпечення екстреної контрацепції, якщо візит відбувається через 3–5 днів після того, як відбувся статевий акт (с. 766).
- ▶ Оцініть необхідність ПКП ВІЛ, якщо візит відбувається через 3–5 днів після того, як відбувся статевий акт (с. 769).
- ▶ У відповідних випадках оцініть ризик ІПСШ в результаті цього чи попередніх незахищених статевих актів. Проведіть оцінювання на предмет та забезпечте лікування ІПСШ, включаючи ВІЛ, сифіліс і гепатит (с. 771).
- ▶ Організуйте проведення тесту на вагітність і аналізів на ІПСШ (с. 771) через два тижні.
- ▶ Запропонуйте проведення тесту на вагітність через два тижні після незахищеного статевого акту. Якщо тест позитивний, проконсультуйте щодо:
  - Аборту і його законодавчого регулювання (с. 780) або
  - Збереження вагітності (с. 777).

#### 8.6.1 Екстрена контрацепція

Існують різні методи екстреної контрацепції залежно від часу, що минув від моменту незахищеного статевого акту. Протизаплідні пігулки і вну-

трішньоматкові засоби, перелічені в таблиці 120, можна пропонувати без обмежень здоровим дівчатам, які досягли менархе.

- Екстрена контрацепція не є ефективною на 100%: що більше часу минуло після незахищеного статевого акту, то менш вона ефективна.
- Пігулки для екстреної контрацепції слід приймати якнайшвидше, але не пізніше, ніж через 5 днів (120 годин) після незахищеного статевого акту.
- Пігулки для екстреної контрацепції безпечні й добре переносяться.
- Потенційна шкода від впливу небажаної вагітності для дівчини-підлітка переважає ризики, пов'язані із застосуванням екстреної контрацепції.
- Використовувати екстрену контрацепцію як системний метод контрацепції **не** рекомендовано. Проведіть консультацію щодо контрацепції (с. 761):

► Поясніть дівчині-підлітку, що:

- Ефективність препаратів для екстреної контрацепції знижується пропорційно до збільшення проміжку часу між статевим актом і їх прийомом.
- Якщо дівчину змудило протягом 3 годин після прийому препарату для екстреної контрацепції, їй слід якнайшвидше прийняти нову дозу препарату.

► Проведіть консультацію щодо відновлення або початку регулярного використання контрацептивів після випадку прийому препарату для екстреної контрацепції:

- Після прийому левоноргестрелу або комбінованого препарату для екстреної контрацепції слід негайно відновити або розпочати регулярне використання обраного методу контрацепції, що може включати встановлення мідного внутрішньоматкового засобу.
- Після прийому уліпристалу ацетату (УПА) слід відновити або розпочати використання будь-якого методу контрацепції з прогестогеном (комбінованих оральних або прогестогенових контрацептивів, що може включати встановлення внутрішньоматкових протиза-

плідних засобів (ВМЗ) з міддю або левоноргестрелом на 6-й день після прийому уліпристалу ацетату).

**Таблиця 120. Екстрена контрацепція**

Метод контрацепції	Ефективність	Частота застосування і дози
<b>Засоби, що містять лише левоноргестрел</b>	До 72 годин після незахищеного статевого акту	1,5 мг, разова доза, або дві таблетки по 0,75 мг
<b>Уліпристалу ацетат</b>	До 120 годин після незахищеного статевого акту	Таблетка 30 мг, разова доза
<b>Комбіновані пероральні естроген-прогестеронові контрацептиви</b> лише у випадку, якщо зазначені вище методи не доступні, і немає медичних протипоказань (с. 764)	До 120 годин після незахищеного статевого акту	Розділена доза: одна доза 100 мкг етинілестрадіолу + 0,50–0,60 мг левоноргестрелу і через 12 годин друга доза 100–120 мкг етинілестрадіолу + 0,50–0,60 мг левоноргестрелу
<b>Внутрішньоматковий протизаплідний засіб (ВМЗ) із міддю</b> лише дівчатам, які досягли менархе і мають низький ризик інфекцій, що передаються статевим шляхом	До 120 годин після незахищеного статевого акту	—

**Примітка:** дотримуйтеся норм законодавства відповідної країни, що регулюють повноваження медичних працівників призначати контрацептиви і встановлювати ВМЗ.

### Подальше спостереження

- Призначте контрольний візит через місяць, щоб оцінити, чи не вагітна дівчина-підліток.

#### 8.6.2 ПКП ВІЛ

ПКП допомагає запобігти інфікуванню ВІЛ особи, для якої існує ризик такого інфікування. Послуги з ПКП включають першу медичну допомогу, оці-

нювання ризику інфікування, тестування на ВІЛ і, залежно від результату зазначеного оцінювання, призначення 28-денного курсу АРВП із відповідною підтримкою й подальшим спостереженням. Що швидше після контакту починається АРТ, то ефективніше вона запобігає передаванню вірусу. Ризик передавання за один незахищений контакт із ВІЛ-інфікованою особою оцінюється як низький, але проведення ПКП все одно є важливим.

- ▶ Розглядайте доцільність ПКП ВІЛ у дітей та підлітків, якщо:
  - Відомо, що джерело контакту є ВІЛ-позитивним.
  - Відповідна місцевість характеризується високою превалентністю ВІЛ або джерело має високий ризик інфікування ВІЛ.
  - Під час вагінального, анального чи орального сексу (без презерватива або з презервативом, який порвався чи сповз) відбувся контакт із кров'ю або спермою або контакт крові чи еякуляту зі слизовою оболонкою чи незагоєними ранами на шкірі.
- ▶ Пропонуйте тестування на ВІЛ під час первинної консультації й повторне тестування через 3 або 6 місяців або і через 3, і через 6 місяців. У разі отримання позитивного результату тесту на ВІЛ, див. с. 696.
- ▶ ПКП ВІЛ-інфекції слід починати якнайшвидше після контакту та *не пізніше, ніж упродовж 72 годин*.
- ▶ Під час першого візиту виписуйте рецепт на повний 28-денний курс прийому АРВП. Така стратегія покращує дотримання режиму ПКП. Схема ПКП ВІЛ, що включає два препарати, є ефективною, однак пріоритетним варіантом є схема із застосуванням трьох препаратів. Інформацію про пріоритетні й альтернативні схеми ПКП ВІЛ див. у таблиці 121. Дотримуйтеся національних настанов, оскільки вибір препаратів для ПКП може відрізнятись через місцеві обмеження чи резистентність.
- ▶ Для дітей вибір АРВП залежатиме від наявності схваленого дозування та відповідних до віку форм випуску.
- ▶ Припиняйте ПКП, якщо результат тестування джерела контакту на ВІЛ виявляється негативним.

**Таблиця 121. Основні та альтернативні схеми постконтактної профілактики вірусу імунодефіциту людини (інформацію про дозування див. у додатку 4)**

	Пріоритетна схема	Альтернативна схема
Діти ≤ 10 років <sup>a</sup>	Зидовудин (AZT) + ламівудин (3TC) + долутегравір (DTG) <sup>a</sup>	Абакавір (ABC) + 3TC + DTG <sup>a</sup> або тенофовіру дезопроксилу фумарат (TDF) + 3TC + DTG <sup>a</sup> або TDF + емтрицитабін (FTC) + DTG <sup>a</sup>
Підлітки віком > 10 років	TDF + 3TC + DTG <sup>a</sup> або TDF + FTC + DTG	

<sup>a</sup> Долутегравір (DTG) є пріоритетним третім препаратом для ПКП ВІЛ у дітей, яким можна призначати схвалений курс DTG. Як альтернативний третій препарат можна застосовувати ATV/r (посилений атазанавір), DRV/r (посилений дарунавір), LPV/r (посилений лопінавір) або RAL.

### Консультавання щодо прихильності

Важливо проводити консультації щодо дотримання призначеної схеми прийому для забезпечення успішного завершення 28-денного курсу ПКП, оскільки потенційні побічні ефекти, пов'язані з нею, можуть впливати на дотримання схеми. Консультавання щодо прихильності є особливо важливим у випадку підлітків, які пережили сексуальне насильство, оскільки вони можуть боятися стигматизації або шукати шляхи уникнення тригерів травми, і в таких випадках часто не з'являються на повторні консультації або контрольні візити.

#### ► Проконсультуйте і поясніть такі пункти:

- Важливо пройти 28-денний курс профілактики повністю. При проходженні повного курсу ймовірність передавання інфекції є дуже низькою.
- Потенційні побічні ефекти лікування, такі як нудота, блювання і головний біль, зазвичай зменшуються за декілька днів. Потрібно прийти на повторну консультацію, якщо побічні ефекти не минають за декілька днів.
- Важливо пам'ятати, що таблетки потрібно приймати щодня в той самий час.
- Якщо пацієнт забуває прийняти дозу препарату вчасно, її все ще можна прийняти за умови, що після потрібного часу прийому минуло не більше ніж 12 годин.

- Якщо минуло більше, ніж 12 годин, слід почекати та прийняти наступну дозу у відповідний час. Приймати 2 дози за один раз не слід.

### Подальше спостереження

- ▶ Для забезпечення успішного проходження повного 28-денного курсу ПКП важливо регулярно проводити контрольні візити та оцінювати прихильність до лікування.
- ▶ Рекомендуйте повторне тестування на ВІЛ через 3 або 6 місяців або і через 3, і через 6 місяців після контакту.
- ▶ Консультуйте щодо безпечного сексу та використання презервативів.

### 8.6.3 ІПСШ

ІПСШ — це група бактеріальних і вірусних інфекцій, до якої входять гонорея, хламідіоз, сифіліс, трихомоніаз, шанкроїд, ВІЛ, ВГВ, ВПГ та ВПЛ. Хламідіоз — найпоширеніша ІПСШ, особливо серед дівчат-підлітків у віці 15–19 років. Гонорея — друга за поширеністю бактеріальна ІПСШ. Коінфікування з хламідіями трапляється в 10–40% випадків.

Деякі ІПСШ можуть протікати безсимптомно, і якщо їх не лікувати, мати довгострокові наслідки, такі як безпліддя та позаматкова вагітність. Тому важливо:

- ▶ Проводити (таблиця 122) обстеження і тестування на предмет ІПСШ за наявності підозр на них.
- ▶ Надавати сексуально активним підліткам інформацію щодо ІПСШ і радити, як можна захиститися від таких інфекцій.
- ▶ У відповідних випадках — забезпечувати можливість щеплення від ВПЛ та гепатиту.

### Анамнез і обстеження

- Поговоріть із підлітком віч-на-віч. Забезпечте захист приватності й конфіденційності. Оцініть дієздатність (с. 746). Отримайте згоду (с. 746).

У підлітків, які ведуть активне статеве життя, запитайте про:

- Кількість і стать партнера(ів)
- Використання презервативів (партнером(ами)): завжди, іноді, ніколи

- Застосування будь-яких методів контрацепції.

Проведіть загальний фізикальний огляд.

Запитайте про ознаки й перевірте наявність симптомів ІПСШ у хлопців:

- Набряклості в паховій ділянці
- Набряку або болючості мошонки
- Дизурії (болісного сечовипускання)
- Болю в яєчках
- Виділень із кінчика пеніса або під крайньою плоттю. Якщо ви не спостерігаєте жодних виділень, однак анамнез дає підстави підозрювати наявність ІПСШ, попросіть пацієнта м'яко здавити пеніс, натискаючи у напрямку його кінця. Ви можете здавити його самі, якщо дозволить пацієнт.
- Уражень шкіри на геніталіях: везикул (пухирців, наповнених рідиною), виразок, що з'являються періодично, папул, пустул, бляшок, вузликів, пухирців.

Запитайте про ознаки й перевірте наявність симптомів ІПСШ у дівчат:

- Дизурії (болісного сечовипускання)
- Диспареунії (болю під час статевого акту в жінок)
- Кровотечі після сексу та міжменструальних кровотеч, вагінального болю
- Аномальних вагінальних виділень: колір, консистенція, рибний запах
- Вульвовагінального свербіж: подразнення, відчуття печіння
- Уражень шкіри: папул, пустул, бляшок, вузликів, пухирців, виразок.

**Примітка:** у більшості дівчат (50–70%) ІПСШ протікають безсимптомно.



Проводьте мануальний вагінальний огляд **лише у разі необхідності**. Перевірте на предмет болісних відчуттів при русі шийки матки та на предмет виділень.

Перевірте наявність ознак, що вказують на сексуальне насильство (с. 714).

**Таблиця 122. Диференціальна діагностика інфекцій, що передаються статевим шляхом**

Діагноз	Фактори на користь
<b>Є везикула(и) або виразка(и)</b>	
<b>Трихомоніаз</b> <i>Trichomonas vaginalis</i>	Вульвовагінальний свербіж, відчуття печіння, рибний запах Зазвичай безсимптомний у хлопців
<b>Гонорея</b> <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	У хлопців: виділення з кінчика пеніса або під крайньою плоттю Неспецифічна в дівчат
<b>Є везикула(и) або виразка(и)</b>	
<b>Генітальний герпес</b> <i>Вірус простого герпесу 2</i>	Маленькі болючі везикули (іноді скупченнями) або маленькі виразки з періодичною появою везикул в анамнезі
<b>Шанкрійд</b> <i>Haemophilus ducreyi</i>	Болючі генітальні виразки та гнійний лімфаденіт у паховій ділянці
<b>Сифіліс</b> <i>Treponema pallidum</i>	Безболісна одинична тверда виразка або шанкр, що не свербить, у місці інфекції → Первинний сифіліс

### Дослідження

Деякі ІПСШ можуть на певному етапі бути безсимптомними (хламідіоз, сифіліс, ВІЛ), частіше серед дівчат. За наявності підозр на ІПСШ, проведіть тестування на ВІЛ і скринінг інших ІПСШ, оскільки коінфікування є поширеним явищем:

- Серологічне дослідження на сифіліс, ВІЛ і гепатит
- Аналіз мазків гною, виділень або сечі за допомогою швидких діагностичних тестів, тесту за методом ампліфікації нуклеїнових кислот, мікроскопії (фарбування за Грамом, дослідження вологого препарату) і посіву.
- ▶ Проводьте ці тестування на місці, якщо це можливо, або візьміть необхідні зразки і відправте до лабораторії.
- ▶ Якщо лабораторне тестування не є легкодоступним, а симптоми і прояви свідчать про ІПСШ, розглядайте доцільність початку лікування без лабораторного підтвердження наявності інфекції.

## Лікування

- ▶ Призначайте специфічне лікування залежно від основної причини захворювання (таблиця 123). Надавайте зрозумілі і вичерпні вказівки щодо лікування.
- ▶ Пояснюйте наслідки відмови від лікування або недотримання рекомендованого режиму лікування.
- ▶ Заохочуйте підлітка відкрито обговорювати питання ІПСШ та захисту від них зі статевим(и) партнером(ми). Усі статеві партнери підлітка за останні два місяці повинні пройти обстеження на ІПСШ незалежно від наявності в них симптомів, а також пройти лікування в разі необхідності.
- ▶ Проводьте консультації щодо контрацепції та безпечних сексуальних практик.
- ▶ Пов'язуйте інформацію про життєві цілі і причини обирати безпечний секс, у тому числі важливість збереження свого здоров'я та фертильності до часу готовності до зачаття.
- ▶ Перевіряйте дотримання підлітком схеми лікування під час повторних консультацій.

Таблиця 123. Лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом

	Пріоритетний препарат	Ефективні замітники
<b>Хламідіоз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Азитроміцин 1 г перорально, разова доза <i>або</i></li> <li>• Доксциклін 100 мг перорально, 2 рази на день протягом 7 днів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тетрациклін 500 мг перорально, 4 рази на день протягом 7 днів <i>або</i></li> <li>• Еритроміцин 500 мг перорально, 4 рази на день протягом 7 днів <i>або</i></li> <li>• Офлоксацин 200–400 мг перорально, 2 рази на день протягом 7 днів.</li> </ul>
<b>Рання стадія сифілісу</b> тривалість інфекції < 2 років	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Бензатин пеніцилін G 2,4 млн одиниць одноразово внутрішньом'язово (в/м) ін'єкцією.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Доксциклін 100 мг перорально, 2 рази на день протягом 14 днів <i>або</i></li> <li>• Цеттріаксон 1 г в/м 1 раз на день протягом 10–14 днів.</li> </ul>

	Пріоритетний препарат	Ефективні замітники
<b>Трихомоніаз</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метронідазол 2 г перорально, разова доза або</li> <li>• Тинідазол 2 г перорально, разова доза.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Метронідазол 400 або 500 мг перорально, 2 рази на день протягом 7 днів <i>або</i></li> <li>• Тинідазол 500 мг перорально, 2 рази на день протягом 5 днів.</li> </ul>
<b>Шанкرويد</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ципрофлоксацин 500 мг перорально, 2 рази на день протягом 3 днів <i>або</i></li> <li>• Еритроміцин 500 мг перорально, 4 рази на день протягом 7 днів <i>або</i></li> <li>• Азитроміцин 1 г перорально, разова доза.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цефтріаксон 250 мг разова в/м ін'єкція.</li> </ul>
<b>Генітальний герпес</b> Первинна інфекція	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацикловір 400 мг перорально 3 рази на день протягом 10 днів <i>або</i></li> <li>• Ацикловір 200 мг перорально 5 разів на день протягом 10 днів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Валацикловір 500 мг перорально 2 рази на день протягом 10 днів <i>або</i></li> <li>• Фамцикловір 250 мг перорально 3 рази на день протягом 10 днів.</li> </ul>
<b>Генітальний герпес</b> Рецидив інфекції	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ацикловір 400 мг перорально 3 рази на день протягом 5 днів <i>або</i></li> <li>• Ацикловір 800 мг перорально 2 рази на день протягом 5 днів <i>або</i></li> <li>• Ацикловір 800 мг перорально 3 рази на день протягом 2 днів.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Валацикловір 500 мг перорально 2 рази на день протягом 3 днів <i>або</i></li> <li>• Фамцикловір 250 мг перорально 2 рази на день протягом 5 днів.</li> </ul>

### Лікування гонореї

Вибір антибіотиків відбувається з урахуванням місцевої резистентності. Розпочинайте терапію, спираючись на останні місцеві дані щодо чутливості до антимікробного препарату. Якщо місцеві дані щодо резистентності недоступні, віддавайте перевагу застосуванню двох препаратів замість одного (таблиця 124).

**Таблиця 124. Одиночна й подвійна терапія при гонореї**

Однокомпонентна терапія	Двокомпонентна терапія
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цефтріаксон 250 мг внутрішньом'язово (в/м), разова доза <i>або</i></li> <li>• Цефіксим 400 мг перорально, разова доза <i>або</i></li> <li>• Спектиноміцин 2 г в/м, разова доза.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Цефтріаксон 250 мг в/м, разова доза + азитроміцин 1 г перорально, разова доза <i>або</i></li> <li>• Цефіксим 400 мг перорально, разова доза + азитроміцин 1 г перорально, разова доза.</li> </ul>

### Профілактика ІПСШ

- ▶ Проводьте консультації щодо профілактики ІПСШ та використання презервативів.
- ▶ Розглядайте доцільність призначення пероральної ПКП ВІЛ на основі тенофовіру дизопроксилу fumarату (TDF), як додаткової профілактики для пацієнтів зі значним ризиком інфікування ВІЛ: деяких груп чоловіків, що практикують секс із чоловіками, трансгендерних жінок та гетеросексуальних чоловіків та жінок, статеві партнери яких мають недиагностовану або неліковану ВІЛ-інфекцію.
- ▶ Пропонуйте щеплення від ВГА, ВГВ та ВПЛ (с. 82).

### Подальше спостереження

- ▶ Просіть пацієнта прийти на повторний прийом через тиждень у разі збереження симптомів.
- ▶ Через тиждень або раніше оцініть, чи не погіршився стан.
  - У разі відсутності покращення на фоні незавершення повного курсу лікування призначте повторний курс лікування.
  - Якщо стан пацієнта не покращується і можливе повторне інфікування або його партнер(и) не лікує(ю)ться: пролікуйте пацієнта і партнера(ів) знову.

### Направлення

За відсутності покращення направляйте пацієнтів до спеціаліста.

## 8.6.4 Вагітність

### Анамнез



- Поговоріть із підлітком віч-на-віч. Забезпечте захист приватності й конфіденційності. Отримайте згоду (с. 746).
- Завжди запитуйте в підлітків, які вже досягли менархе, про сексуальну активність і контрацепцію.

Запитайте про таке:

- Сексуальна активність, час останнього статевого акту.
- Намагається завагітніти чи уникнути вагітності.
- Чи застосовує якийсь метод контрацепції, і якщо так, то який саме (наприклад, презерватив, статевий акт без проникнення).
- Чи забувала прийняти будь-які протизаплідні таблетки від часу останньої нормальної менструації: секс без презерватива в будь-який час або якщо презерватив сповз чи порвався під час статевого акту.
- Прийом будь-яких медичних препаратів останнім часом (напр., антибіотиків).
- Будь-які симптоми вагітності або ускладнення:
  - Затримка менструації або її відсутність
  - Нудота чи блювання вранці
  - Нагрубання чи болісні відчуття в молочних залозах
  - Вагінальна кровотеча
  - Біль внизу живота
  - Біль (незначний/ помірний /сильний).

### Огляд



- Забезпечте приватність і комфортні умови огляду.
- Забезпечте присутність колеги жіночої статі, якщо це необхідно або дівчина-підліток попросила про це.
- Якщо є скарга на біль унизу живота, і результат тесту на вагітність виявляється позитивним, **негайно** направте дівчину до лікарні, **щоб виключити підозру на позаматкову вагітність.**

- ▶ Проведіть загальний фізикальний огляд.
- ▶ Перевіряйте наявність ознак і симптомів ІПСШ (с. 771).
- ▶ Пильнуйте ознаки, що вказують на сексуальне насильство (с. 714).

## Дослідження

Результати тестів сечі на вагітність можуть бути негативними впродовж двох тижнів після початку затримки, навіть якщо насправді дівчина вагітна. Якщо існує висока вірогідність вагітності, повторіть тест пізніше, ніж через два тижні після початку затримки.

## Оцінювання можливої вагітності

На рис. 7 продемонстровано, як оцінювати, чи вагітна дівчина-підліток, яка живе активним статевим життям.

- ▶ Розкажіть дівчині, наскільки важливо робити тест на вагітність кожного разу, коли є навіть найменша підозра на вагітність.
- Якщо результат тесту негативний:
  - Розгляньте доцільність його повторного проведення через два тижні.
  - Обговоріть питання контрацепції (с. 761), ІПСШ і ВІЛ, надайте відповідні консультації та проведіть тестування на місці, якщо це необхідно (с. 696).
- У разі отримання позитивних результатів поінформуйте про наступні кроки (див. нижче і, якщо релевантно, главу про аборти, с. 780).

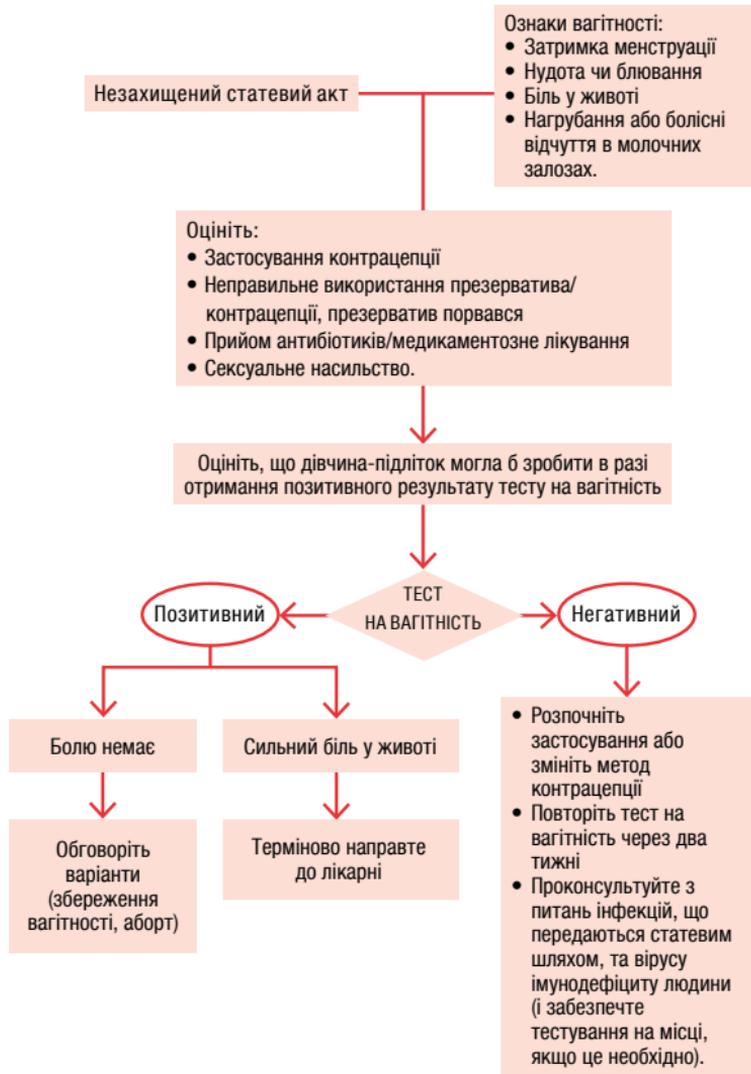
## Надання допомоги

Прогноз і результат підліткової вагітності, у разі забезпечення належного її ведення, є настільки ж сприятливими, як і в дорослих жінок, щонайменше для підлітків, які досягли п'ятої стадії статевого дозрівання за Таннером. Більшість ускладнень вагітності в підлітків пов'язані з обмеженим доступом до належної пренатальної допомоги та професійної допомоги при народженні.

## У разі підтвердження вагітності

Рішення про збереження або переривання вагітності часто є максимально делікатним, і має ухвалюватися в атмосфері довіри та емпатії. Розуміння того, як дівчина-підліток сприймає свою вагітність, є надзвичайно

Рис. 7. Оцінювання можливої вагітності



важливим для того, щоб запропонувати їй найкращу можливу підтримку й лікування. Сприйняття наявної вагітності може залежати від багатьох чинників.

- ▶ Оцініть соціально-економічний статус дівчини, визначте, чи має вона постійні стабільні стосунки, і чи є вагітність очікуваною або бажаною.
- ▶ Оцініть особисті, сімейні та культурні/релігійні чинники.
- ▶ Обговоріть значення вагітності та очікування щодо неї.
- ▶ Забезпечте допологову допомогу або направте до спеціалізованого центру чи на аборт (дивіться наступний розділ).

### У разі можливої вагітності

- ▶ Повідомте дівчині-підлітку, що навіть за відсутності ознак вагітності, зарано однозначно стверджувати: вагітна вона чи ні.
- ▶ Проконсультуйте щодо можливих варіантів.
- ▶ Якщо дівчина не хоче вагітніти, обговоріть методи контрацепції, які вона може застосовувати до того, як стане зрозумілий її статус.
- ▶ Через два тижні повторіть тест на вагітність.

### 8.6.5 Аборт

Послуга абортів повинна бути легальною, безпечною і безоплатною.

У більшості країн Європи аборт може бути проведений легально, незважаючи на широкий спектр різних обмежень, які до нього застосовуються. Підлітки з меншою вірогідністю можуть отримати доступ до легальних і безпечних абортів. Деякі з перешкод, із якими стикаються підлітки, включають вимоги надання дозволу третьою стороною (у тому числі згоди батьків) та неможливість оплатити відповідну послугу. У деяких країнах неповнолітні підлітки можуть отримувати доступ до абортів без повідомлення про це батьків, залежно від віку підлітка і його здатності ухвалювати рішення.

#### Як вирішувати питання абортів з підлітком:

- ▶ Поводьтеся з усіма підлітками справедливо — незалежно від віку, етнічної приналежності та соціально-економічного статусу.
- ▶ Будьте обізнані в законодавчій базі, яка регулює абортів у вашій країні.
- ▶ Поважайте дівчину-підлітка як особу, яка ухвалює рішення.

- ▶ Надавайте повну, точну й легку для розуміння інформацію.
- ▶ Поважайте гідність дівчини-підлітка, гарантуйте приватність і конфіденційність; будьте чутливі до її потреб і планів.
- ▶ Захищайте медичну інформацію від несанкціонованого розкриття.
- ▶ Пам'ятайте про випадки, у яких дівчат-підлітків можуть примушувати робити аборт усупереч їхньому бажанню.
- ▶ Заохочуйте залучати батьків через підтримку, інформацію і навчання (окрім випадків, коли існують підозри щодо сексуального насильства з боку батьків чи родичів, див. с. 714).
- ▶ Дійте у найкращих інтересах дівчини-підлітка. Наприклад, оцінійте небезпеки, пов'язані з інформуванням про її стан сім'ї та сексуального партнера (ризик самопошкодження, суїциду або вчинення сексуального насильства).
- ▶ Дівчина-підліток може вирішувати провести аборт (залежно від віку і дієздатності) без отримання дозволу батьків, окрім випадків, коли цього вимагає законодавство. Не наполягайте на отриманні дозволів з боку батьків.

### Проведення безпечного аборт

Коли аборт проводиться професійними лікарями з використанням правильних медичних технік і лікарських засобів, у належних гігієнічних умовах, штучне переривання вагітності є безпечною медичною процедурою. Тип аборт (див. інформацію про медикаментозний і хірургічний аборт у таблицях 125 і 126) залежить від нормативно-правової бази вашої країни і строку вагітності.

### Оцінювання перед аборт

- ▶ Запитайте, чи це перша вагітність, і чи ця вагітність очікувана.
- ▶ Перевірте наявність ознак, що вказують на сексуальне насильство (с. 714).
- ▶ Оцініть розмір матки (бімануальне обстеження органів тазу і черевної порожнини).
- ▶ Підтвердьте вагітність за допомогою аналізу сечі (с. 779).
- ▶ Оцініть останній менструальний цикл і етап вагітності.
- ▶ Рутинне УЗД не є необхідним.

На рішення про проведення абортів сильно впливають моральні та релігійні цінності. Незапланована або неочікувана вагітність ставить серйозні психологічні та етичні питання, які потрібно обговорити:

- ▶ Детально обговоріть рішення, можливо на декількох зустрічах із батьками або опікунами та без них у дружній атмосфері.
- ▶ Залучіть партнера та батьків або опікунів до обговорення, якщо це можливо і на це є згода пацієнтки.

**Таблиця 125. Медикаментозний аборт**

	До 9 тижнів (63 дні)	9–12 тижнів (63–83 дні)	> 12 тижнів (84 дні)
<b>Міфепристон і мізопростол</b>	Міфепристон 200 мг, разова доза перорально		
	через 24–48 год після міфепристону: мізопростол 800 мкг, вагінально, трансбукально або сублінгвально, разова доза або якщо не більше ніж 7 тижнів (49 днів): мізопростол 400 мкг, перорально, разова доза.	через 36–48 год після міфепристону: мізопростол 800 мкг вагінально, після чого 400 мкг сублінгвально кожні 3 години, до 5 доз.	через 36–48 год після міфепристону: мізопростол 400 мкг, перорально або 800 мкг вагінально, після чого 400 мкг вагінально або сублінгвально, кожні 3 години, до 5 доз у приміщенні медичного закладу під контролем лікарів.
<b>Тільки мізопростол*</b>	Мізопростол 800 мкг, вагінально або сублінгвально, до 3 доз із інтервалами мінімум 3 години і максимум 12 годин.		Мізопростол 400 мкг, вагінально або сублінгвально кожні 3 години, до 5 доз.

\* Оскільки ефективність застосування самого лише мізопростолу є нижчою, і процес переривання вагітності є більш болісним і затьямним, комбінацію мізопростолу з міфепристоном слід призначати в усіх випадках, коли це можливо.

**Підтримувальна допомога**

- ▶ За наявності показань призначте знеболювальні та препарати заліза проти анемії.
- ▶ Забезпечте емоційну підтримку. Направте для отримання психологічних або соціальних послуг, якщо потрібно.
- ▶ Консультуйте з питань контрацепції для запобігання абортам у майбутньому (с. 761). Порадьте розпочати прийом комбінованих оральних контрацептивів відразу після переривання вагітності.
- ▶ Проконсультуйте і проведіть тестування на ІПСШ (с. 766), у тому числі ВІЛ (с. 696).

**Подальше спостереження**

- ▶ Призначте контрольний візит через 7–21 день для підтвердження успішності медикаментозного переривання вагітності. Оцініть ознаки і симптоми успішного медикаментозного переривання вагітності (сильна кровотеча зі згустками, вихід продуктів зачаття і сильний біль у животі). Проведіть або направте на УЗД, якщо потрібно.
- ▶ Якщо дівчина повідомляє про ознаки вагітності, що тривають, викликана препаратами кровотеча була мінімальною або зовсім відсутньою, підозрюйте, що вагітність не була перервана. Проведіть огляд органів тазу, щоб пропальпувати збільшення матки, або проведіть чи направте на УЗД.
- ▶ За наявності показань видайте направлення для проведення хірургічного аборту (таблиця 126).

**Таблиця 126. Хірургічний аборт**

< 12–14 тижні вагітності	> 12–14 тижні вагітності
Вакуумна аспірація (ручна вакуумна аспірація <i>або</i> електрична вакуумна аспірація)	Дилатація та евакуація

**Небезпечний аборт**

В усьому світі небезпечний аборт є причиною значних проблем зі здоров'ям і летальних випадків. Підлітки можуть обирати нелегальний аборт або переривання вагітності за межами основної системи охорони здоров'я з різних причин, таких як брак і недостовірність інформації, відсутність доступу до системи охорони здоров'я, страх перед розголошенням ситуації батькам, опікунам і лікарям, а також нестача фінансових ресурсів.



Лікарі зобов'язані надавати життєво важливу медичну допомогу будь-якому підлітку, яка страждає від ускладнень, пов'язаних із абортom, у тому числі лікування ускладнень унаслідок небезпечного аборту, незалежно від легальності проведеного переривання вагітності.

Ви повинні вміти розпізнавати ускладнення після аборту й надавати своєчасну допомогу або направляти підлітків для отримання такої допомоги 24 години на добу, незалежно від легальності проведеного переривання вагітності.

Існує багато небезпечних наслідків абортів, що несуть загрозу для здоров'я і життя через:

- Інфекції внутрішніх і зовнішніх статевих органів
- Незавершене переривання вагітності (непроведене видалення або вилучення всіх продуктів зачаття з матки)
- Перфорацію матки (спричинену проколом матки гострим предметом)
- Пошкодження статевих шляхів і внутрішніх органів у процесі введення небезпечних предметів, наприклад, паличок, в'язальних спиць або білого скла у піхву або анус.

### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

Будьте пильними, коли стикаєтеся з будь-якими із зазначених нижче ознак і симптомів у підлітків після відомого або підозрюваного переривання вагітності:

- Сильна вагінальна кровотеча, яка не припиняється спонтанно
- Біль у животі
- Ознаки гострої інфекції або сепсису; лихоманка, виділення з неприємним запахом
- Ознаки шоку.

### Лікування і направлення

- ▶ Оцініть небезпечні ознаки і дійте відповідно (див. главу про невідкладні стани).
- ▶ негайно направте для надання екстреної медичної допомоги:

- Інфекцію слід лікувати антибіотиками разом з евакуацією будь-яких залишкових тканин вагітності з матки.
- При кровотечі може бути необхідним переливання крові або екстрене медикаментозне лікування для контролю шоку.
- У випадку неповного переривання вагітності, перфорації матки чи пошкодження статевих шляхів і внутрішніх органів може знадобитися також хірургічне втручання.

## 8.7 Проблеми з менструальним циклом у дівчат-підлітків

Зазвичай менархе настає під час другої половини стрибка статевого дозрівання (напр., стадії 4 за Таннером). Нерегулярність менструації є нормальним явищем для дівчини, особливо в перші 1–2 роки після менархе.

Нормальний менструальний цикл характеризується:

- ▶ Тривалістю менструального циклу в 21–35 днів.
- ▶ Тривалістю менструації від 2 до 7 днів.

### Анамнез

Оцініть:

- Сексуальну активність
- Метод контрацепції, якщо застосовується (ВМЗ можуть спричиняти дисменорею)
- Менструальну історію:
  - Факт і вік досягнення менархе?
  - У разі аменореї запитайте про її тривалість.
  - Наявність болю під час менструації, який впливає на якість повсякденного життя? Біль під час менструації чи всередині циклу?
  - Надмірна кровотеча під час менструації, її тривалість, скільки гігієнічних прокладок (або еквівалентних засобів) дівчина використовує на день?
  - Регулярність менструацій: у той самий час щомісяця, скільки днів триває період між менструаціями?
- Фактори ризику порушення менструального циклу:
  - Надмірні спортивні навантаження
  - Стрес: нещодавні стресові події

- Хронічні захворювання
- Генетичні захворювання в анамнезі
- Можлива вагітність (див. ознаки вагітності на с. 777)
- Проблеми з харчуванням: оцінійте харчові звички, втрату або набір ваги (с. 570).

## Огляд

- Перевіряйте наявність ознак СПКЯ: гірсутизм, ожиріння, акне.
- Оцінійте стадію статевого дозрівання (с. 754).
- Вимірюйте зріст, вагу і розрахуйте ІМТ (с. 22).

### 8.7.1 Гіперменорея

Сумарна втрата крові під час менструації, яка перевищує гранично допустиму норму (> 80 мл/цикл або заміна менструальних засобів гігієни частіше, ніж кожні 1–2 години).

#### Дослідження

- ЗАК для визначення наявності анемії (с. 452).

#### Направлення

Направляйте дівчину до гінеколога, якщо гіперменорея триває протягом більше ніж 3 цикли.

### 8.7.2 Дисменорея

Дисменорея є поширеним явищем. Його загострення може мати дуже негативні наслідки (пропуски занять у школі, відмова від участі в заходах з однолітками, депресію).

#### Дослідження

- Тест на вагітність для виключення можливої вагітності.
- Якщо біль супроводжується підвищенням температури тіла, виключіть запальні захворювання органів тазу.

#### Лікування

- ▶ Фізіологічну дисменорею можна полегшити шляхом прикладання теплих грілок до живота *або*

- ▶ Нестероїдні протизапальні засоби: ібупрофен
  - Для дівчат вагою > 40 кг: 400 мг перорально 3–4 рази на добу
  - Для дівчат вагою < 40 кг: 200 мг перорально 3–4 рази на добу.
- ▶ Порадьте:
  - Приймати ліки, щойно починається біль
  - Продовжувати прийом препарату, доки біль не припиниться
  - Препарат слід приймати з їжею
  - Не приймати препарат довше, ніж сім днів поспіль
  - Продовжувати звичайну повсякденну діяльність, наскільки це можливо.
- ▶ Якщо за три місяці покращення не настає, розглядайте доцільність призначення комбінованого орального контрацептиву (с. 762), особливо для старших підлітків.
- ▶ Направляйте дівчину до спеціаліста для виключення наявності ендометріозу при дисменореї, яка починається перед менструацією і триває протягом усього менструального періоду.

### 8.7.3 Аменорея

Аменорея (відсутність менструацій) може бути транзиторною (перехідною), переривчастою або постійною. Первинна аменорея — це відсутність менархе (першої менструації) до 16 років. Вторинна аменорея — це припинення регулярних менструацій на три місяці або припинення нерегулярних менструацій упродовж шести місяців.

Поширені причини аменореї включають:

- Вагітність (с. 777) — найпоширеніша причина вторинної аменореї
- СПКЯ
- Надмірні спортивні навантаження
- Втома
- Стрес
- Проблеми з харчуванням (с. 615)
- Хронічні стани
- Генетичні захворювання (при первинній аменореї).

## Дослідження

- Тест на вагітність, якщо затримка менструації триває понад 10–15 днів, і дівчина живе активним статевим життям.

## Надання допомоги

- ▶ Направляйте підлітків із первинною аменореєю у віці старше ніж 16 років до ендокринолога чи гінеколога для проведення додаткових досліджень.
- ▶ Розглядайте доцільність направлення до спеціалістів підлітків із вторинною аменореєю, першопричини якої не зрозумілі, для проведення подальших досліджень (у тому числі визначення рівня гормонів: пролактину, гонадотропіну, естрадіолу, андрогенів).

## 8.8 Проблеми зі шкірою в підлітків

Акне (*Acne vulgaris*) — найпоширеніше захворювання шкіри в підлітків. Додаткову інформацію про інші захворювання шкіри див. на с. 430.

### Анамнез

Оцініть:

- Тривалість проблеми
- Тип і тривалість попереднього лікування, якщо таке застосовувалося
- У дівчат: тип оральних чи ін'єкційних контрацептивів, якщо дівчина їх застосовує.

### Огляд

Оглядайте обличчя, ший, грудну клітку, спину та плечі на предмет наявності:

- Комедонів: білих або чорних цяток без почервоніння (заблоковані корені волосин або пори з білими або чорними кінчиками)
- Пустул: наповнених гноем пухирців без почервоніння
- Папул: прищів із почервонінням через запалення
- Вузликів: прищів, які уражають глибші області шкіри і можуть особливо спотворювати зовнішній вигляд через запалення (почервоніння)
- Кіст: уражень, що утворюються в результаті скупчення декількох вузликів
- Рубцювання: перевіряйте давність рубців та ознаки запалення.

## Диференціальна діагностика

Додаткову інформацію про інші захворювання шкіри див. на с. 430.

### Лікування

- ▶ Проводьте консультації щодо загального догляду за шкірою: вмивання обличчя м'яким милом двічі на день (перед застосуванням інших доглядових засобів).

Легка форма акне:

- ▶ Призначте місцево бензоїлу пероксид 2,5% або ретиноїд, такий як адапален 0,1%, місцево.
- ▶ Якщо обидва засоби переносяться погано, розгляньте можливість застосування азелаїнової кислоти. Порадьте наносити засоби 1–2 рази на день.

Середня форма акне:

- ▶ Призначте місцево бензоїлу пероксид і ретиноїд (адапален) **або** місцево ретиноїд і місцево антибіотик, наприклад, кліндаміцин: гель або лосьйон 1% + третиноїн 0,025% **або** місцево антибіотик (наприклад, кліндаміцин: гель або лосьйон 1%) і місцево бензоїлу пероксид (почніть із 2,5% і поступово збільшуйте дозування і частоту застосування за необхідності).
- ▶ Порадьте наносити засоби на уражені ділянки шкіри двічі на день. Лікування слід продовжувати упродовж двох тижнів після зникнення уражень.

Тяжка форма акне:

- ▶ Призначте антибіотики перорально протягом 3–6 місяців: тетрациклін 500 мг двічі на день або еритроміцин 500 мг двічі на день, або доксициклін 50 мг один раз на день і бензоїлу пероксид 2,5%–5% чи ретиноїд місцево. Останні слід продовжувати наносити на відповідні ділянки упродовж двох тижнів після зникнення уражень.
- ▶ Для дівчат: у разі застосування прогестеронових протизаплідних таблеток або ін'єкційних препаратів розгляньте доцільність переходу на комбіновані оральні контрацептиви в таблетках (у деяких випадках так можна вирішити проблему акне).

### Подальше спостереження

- ▶ Призначайте підліткам із середньою або тяжкою формою акне контрольний візит через два місяці.

- ▶ Середня форма тяжкості акне: якщо покращення немає, або акне посилюється, почніть (або продовжте) лікування антибіотиками перорально до шести місяців із контрольними оглядами кожні два місяці. При тяжкій формі акне доза доксицикліну може бути збільшена до 100–200 мг на день, залежно від відповіді на лікування.
- ▶ Для дівчат: за відсутності покращення через три місяці продовжуйте лікування антибіотиками перорально й додавайте комбіновані оральні контрацептиви в таблетках за згодою дівчини (с. 761).

### Направлення

- ▶ Направляйте підлітків до дерматолога, якщо:
  - Форма акне є дуже тяжкою
  - Рубцювання є поширеним і посилюється
  - Акне спричиняє великий психологічний стрес
  - Акне не відповідає на лікування упродовж шести місяців.

## 8.9 Емоційні та поведінкові проблеми в підлітків

У половини людей, які мають емоційні проблеми, перші симптоми таких проблем проявляються в підлітковому віці, у 75% — до середини третього десятиліття життя. Якщо не приділяти уваги цим раннім симптомам, вони можуть вплинути на розвиток дитини або підлітка, досягнення в навчанні та можливість прожити повноцінне, продуктивне і здорове життя.

**Раннє виявлення і раннє лікування здатні змінити хід усього життя людини.** Оцінюйте настрій і поведінку в декількох випадках та проявляйте пильність, якщо тривожні симптоми тривають.

### Оцінювання психічного стану

- Підліткам слід завжди пропонувати можливість проведення консультації без присутності батьків або опікунів.
- Роз'яснюйте конфіденційний характер розмови: зазначайте, за яких обставин батькам або іншим дорослим може бути надана інформація.

- ▶ Оцінюйте наявність симптомів емоційних чи поведінкових проблем:
  - Хронічні фізичні або функціональні симптоми (наприклад, головний біль, болі у спині, втома)

- Відставання від однолітків або труднощі з виконанням щоденних активностей, що вважаються нормальними для відповідної вікової категорії
- Жорстока поведінка щодо інших або самоушкодження
- Часте відволікання, порушення дисципліни в класі, часта участь у бійках чи конфліктах, труднощі з виконанням домашніх завдань
- Фактори ризику проблем із психічним здоров'ям: наявність порушень психологічного здоров'я у батьків, травми, насильство, неналежне поводження або нехтування (с. 712), хронічні захворювання, зловживання психоактивними речовинами (с. 725).



### ТРИВОЖНІ СИГНАЛИ

- Проблеми тривають довше ніж декілька тижнів.
- Постійність і тяжкість тривалих симптомів.
- Симптоми негативно впливають на розвиток молодої людини.
- Симптоми заважають щоденному функціонуванню.

\* Пам'ятайте, що нормальний розвиток підлітка відзначається коливаннями настрою і поведінки.

- Детально обговорюйте скаргу з підлітком (та опікуном у відповідних випадках). Пам'ятайте, що варто розглядати:
  - Поведінку підлітка
  - Його/її самооцінку
  - Його/її мрії, настрої та життєву перспективу.
- Оцінюйте та спостерігайте за серйозністю стану через деякий час, а також за тим, як він впливає на когнітивний, афективний (емоційний) соціальний та освітній розвиток.

### Надання допомоги

Більше інформації про діагностику і вирішення поширених поведінкових та емоційних проблем у підлітковому віці можна знайти в інших розділах:

- Депресія (с. 586)
- Тривожність (с. 594)
- Суїцидальні думки та самоушкодження (с. 591)

- Вживання алкоголю та психоактивних речовин і зловживання ними (с. 725)
- Проблеми з харчуванням (переїдання, булімія, анорексія) (с. 615)
- Проблематичне використання інтернету і соціальних мереж (с. 730)
- Проблеми зі сном (с. 608).

## 8.10 Підлітки, що живуть із хронічними станами

У цьому розділі містяться особливі міркування щодо підлітків, які живуть із хронічними станами. Будь-який стан, особливо хронічний, може мати суттєвий вплив на дорослішання підлітка.

Хронічні стани можуть впливати на такі аспекти життя підлітка:

- Ріст і статеве дозрівання: затримка розвитку може бути пов'язана з деякими хронічними захворюваннями і сповільнюється внаслідок прийому деяких медичних препаратів (напр., стероїдів). Ріст і розвиток можуть взаємно впливати на хронічний стан, оскільки зміни обміну речовин і рівнів гормонів у підлітка можуть змінювати перебіг захворювання або відповідь організму на медикаментозне лікування (наприклад, інсулінорезистентність при діабеті 1 типу внаслідок виділення гормонів у пубертаті).
- Настрій та психологічний добробут
- Соціальне життя і спілкування з однолітками
- Спроможність відвідувати школу
- Життя сім'ї через часте перебування у лікарнях, фінансовий тягар і тривоги за майбутнє дитини
- Набуття автономії.

### Надання допомоги

Роль лікаря первинної ланки медичної допомоги є надзвичайно важливою — нарівні з втручанням спеціаліста або команди спеціалістів (часто мультидисциплінарної). Під час консультування підлітка з хронічним станом хоча б один раз на 6 місяців:

- ▶ Адаптуйте спосіб донесення інформації та втручання до рівня розвитку підлітка.
- ▶ Виділяйте деякий час на конфіденційне обговорення без батьків або опікунів.
- ▶ Оцініть:

- Як із часом розвинувся стан
  - Чи є потреба в додатковій інформації про стан і лікування
  - Чи є будь-які проблеми із медикаментозним лікуванням (побічні ефекти тощо)
  - Вплив стану на ріст (с. 22) та статевий розвиток (с. 754)
  - Прихильність до лікування — без осуду, у тому числі те, наскільки активну відповідальність готовий брати на себе підліток за ситуацію і стан. У пошуках більшої автономії підліток може намагатися впливати на деякі аспекти лікування і, як наслідок, наражатися на ризик несприятливого результату.
  - Потенційний вплив стану на повсякденне життя, самооцінку та самоусвідомлення, школу та освіту (наприклад, пропуски занять, спеціальних заходів у шкільний час), сімейне і соціальне життя, настроїв, депресію, тривожність та ризиковану поведінку (див. алгоритм оцінювання HEEDSSSS, с. 751).
- ▶ Перевіряйте, чи є в підлітка інші потреби, пов'язані зі здоров'ям, на додачу до хронічного стану (наприклад, щодо акне, болю, вживання психоактивних речовин або сексуального і репродуктивного здоров'я, переживання щодо зростання) та надайте відповідну допомогу.
  - ▶ Запитайте про інші аспекти терапії: дієту, фізичні вправи, фізіотерапію.
  - ▶ Обговоріть із родиною зростаючі потреби підлітка у приватності й конфіденційності.

У таблиці 127 запропонований підхід, спрямований на розвиток, для підтримки підлітка, що живе з хронічним станом, та його сім'ї.

**Таблиця 127. Підхід, спрямований на розвиток, для підлітків із хронічними станами**

Етап підліткового періоду	Роль сім'ї	Освіта, школа й соціальне життя
<b>Ранній підлітковий вік</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Обговоріть, як спонукати підлітка брати активну участь у лікуванні стану.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Якщо доцільно, зв'яжіться з персоналом школи й обговоріть можливості адаптації шкільного середовища до потреб стану (доступ до класної кімнати, присутність шкільної медсестри).</li> </ul>

Етап підліткового періоду	Роль сім'ї	Освіта, школа й соціальне життя
<b>Середній підлітковий вік</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дізнайтеся, як надати підлітку деяку автономію в прогресивному керуванні своїм станом.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Визначте, як можна посилити взаємодію з однолітками (командою/класом тощо).</li> <li>Передбачте очікування щодо школи і професійного життя.</li> </ul>
<b>Пізній підлітковий вік</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Підтримайте батьків або опікунів у тому, щоб надавати підлітку більше автономії</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Підтримайте школу або професійне середовище в адаптації приміщень до потреб у зв'язку з хронічним станом підлітка.</li> <li>Обговоріть плани на майбутнє щодо шкільного і професійного життя.</li> <li>Обговоріть особисті очікування на майбутнє щодо життя з партнером/партнеркою, репродуктивного життя, генетичних питань.</li> </ul>

### Організуйте переведення до системи медичного обслуговування дорослих.

Завчасно організуйте перехід від педіатричних служб до закладів охорони здоров'я, що обслуговують доросле населення. Час переходу слід визначати за віком, але також за психічним і фізичним розвитком. Можливі декілька підходів: групові обговорення, раннє визначення фахівців, що надають медичні послуги дорослим, організації спільної зустрічі з лікарями або медсестрами, які працюють в обох напрямках.

- ▶ Попросіть у підлітка і його батьків заздалегідь подумати про те, як організувати плавний перехід.
- ▶ Організуйте зрозуміле і задокументоване передавання інформації з повною участю підлітка.

# Невідкладні стани та травми

<b>9.1</b>	<b>Принципи надання невідкладної допомоги</b>	<b>796</b>
<b>9.2</b>	<b>Оцінювання ознак необхідності невідкладної допомоги</b>	<b>798</b>
<b>9.3</b>	<b>Зупинка дихання та серця</b>	<b>799</b>
	Алгоритм ABCDE	800
	Алгоритм проведення реанімаційних заходів у дітей	802
	Надання допомоги дитині при удавленні	803
	Відновлення прохідності дихальних шляхів	804
	Встановлення орофарингеального повітропроводу (повітропроводу Гведела)	805
	Штучне дихання: вентиляція легень за допомогою мішка Амбу	806
	Як використовувати кисень	807
	Проведення компресій грудної клітки	808
	Як проводити інфузійну терапію в дітей із шоком	809
	У якому положенні розміщувати непритомну дитину з нормальним диханням	810
	Як лікувати судоми	811
	Як вводити глюкозу внутрішньовенно	812
<b>9.4</b>	<b>Тяжкий дихальний розлад</b>	<b>813</b>
<b>9.5</b>	<b>Шок</b>	<b>818</b>
<b>9.6</b>	<b>Летаргія — кома — судоми</b>	<b>822</b>
<b>9.7</b>	<b>Травми</b>	<b>827</b>
	Контроль зовнішніх кровотеч	830
<b>9.8</b>	<b>Опіки та ошпарювання</b>	<b>831</b>
	Оцінювання опіків	832
<b>9.9</b>	<b>Отруєння</b>	<b>834</b>
<b>9.10</b>	<b>Укуси отрутних видів</b>	<b>840</b>
<b>9.11</b>	<b>Утоплення</b>	<b>843</b>
<b>9.12</b>	<b>Ураження електричним струмом</b>	<b>844</b>
<b>9.13</b>	<b>Гострий живіт</b>	<b>845</b>
<b>9.14</b>	<b>Препарати для невідкладної допомоги</b>	<b>848</b>

## 9.1 Принципи надання невідкладної допомоги



- Використовуйте алгоритм ABCDE.
- Вчасно ідентифікуйте дітей, для яких існує ризик погіршення стану.
- Будьте готові ефективно комунікувати з вашою командою.

### Безпека

- ▶ Слід потурбуватися про безпеку надавачів допомоги та інших осіб: загрози, пов'язані з місцем інциденту, насильство, інфекційні захворювання.

### Комунікація

- ▶ Якомога швидше викличте необхідну допомогу (інших членів вашої бригади, швидку).
- ▶ Забезпечте ефективну комунікацію з бригадою, пацієнтом, опікунами, наступним надавачем допомоги.

### Навчання

- ▶ Моделюйте надзвичайні ситуації та регулярно проводьте підготовку своєї команди.

### Обладнання і медикаменти

Список обладнання і препаратів для невідкладної допомоги, які мають бути в наявності у всіх закладах первинної медичної допомоги, див. у додатку 1. Список включає голки для внутрішньокісткових (в/к) ін'єкцій.

### Покроковий підхід при роботі з дітьми у тяжкому стані (вставка 2)

#### *Початкове обсерваційне оцінювання*

Для початку проведіть **швидке візуальне оцінювання** (< 30 секунд) стану дитини, щоби вирішити, чи потребує вона невідкладних реанімаційних заходів. Чи виглядає дитина нездоровою/ роздратованою/ сонливою/ млявою? Чи відповідає дитина на стимули? Чи спостерігається в дитини слабкість голосу?

### Алгоритм ABCDE

Покрокове оцінювання, яке дозволяє знайти ознаки серйозного захворювання або ушкодження і легко запам'ятовується за абревіатурою ABCDE: **A** [airway] — дихальні шляхи, **B** [breathing] — дихання, **C** [circulation] — кровообіг, **D** [disability] — неврологічний статус, **E** [exposure] — зовнішній вигляд усього тіла — для виявлення прихованих ушкоджень, висипань, укусів чи інших поранень. Проблему, виявлену на будь-якому із зазначених кроків, необхідно вирішувати перед переходом до наступного. Дії за алгоритмом ABCDE (с. 800) необхідно виконувати за 5 хв.

### Збирання анамнезу за алгоритмом SAMPLE

Одразу після виконання дій за алгоритмом ABCDE зберіть дані анамнезу, важливі для надання допомоги хворій дитині, за алгоритмом SAMPLE **S** [signs and symptoms] — ознаки та симптоми, **A** [allergies] — алергії, **M** [medications] — медикаменти, **P** [past medical history] — медичний анамнез, **L** [last oral intake] — останній прийом їжі та напоїв, **E** [events surrounding illness] — події, пов'язані зі станом (отруєння, укуси отрутних видів) (с. 801).

### Нормальні значення показників життєдіяльності

**Таблиця 128. Нормальні значення показників життєдіяльності (5-й — 95-й процентилі)**

Вік	Прибл. вага (кг) <sup>a</sup>	Частота дихання (вдихів/хв)	Частота серцевих скорочень (ударів за хвилину)	Систолічний артеріальний тиск (мм. рт. ст.) <sup>b</sup>
1 місяць	3–5	25–60	110–180	50–100
1 рік	10	20–50	100–170	70–105
2 роки	12	18–40	90–160	70–105
5 років	18	17–30	70–140	75–110
10 років	30	14–25	60–120	80–120
> 15 років	50	12–18	60–100	100–130

<sup>a</sup> Розрахункова вага для дітей віком  $\geq 1$  рік:  $(\text{вік} + 4) \times 2$

<sup>b</sup> Мінімальний систолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.):  $70 + (\text{вік} \times 2)$

- Динамічні показники є більш інформативними, ніж окремі значення.
- Нормальні значення частоти серцевих скорочень для дітей у стані сну є на 10% нижчими.

## 9.2 Оцінювання ознак необхідності невідкладної допомоги

### Оцініть прохідність дихальних шляхів і дихання

- **Обструкція дихальних шляхів.** Зверніть увагу на рух грудної стінки і прислухайтесь до звуків дихання для виявлення недостатнього руху повітря під час дихання. Стридор вказує на обструкцію верхніх дихальних шляхів, а хрипи — на обструкцію нижніх дихальних шляхів.
- **Центральний ціаноз.** Синюшний або фіолетовий колір язика і ротової порожнини.
- **Тяжкий дихальний розлад.** Дихання дуже утруднене, прискорене або агональне із втягуванням грудної клітки, роздуванням ніздрів, хрипами або використанням допоміжних дихальних м'язів (кивання головою). Через розлад дихання дитина не здатна їсти і швидко втомлюється.

### Оцініть кровообіг (на предмет шоку)

- **Холодні руки**
- **Час наповнення капілярів > 2 с.** Натисніть на нігтьову пластину протягом 5 с. Перевірте, скільки часу потрібно для повернення їй рожевого кольору після припинення тиску.
- **Слабкий і швидкий пульс.** Намацайте радіальний або каротидний пульс (у дітей старшого віку) або брахіальний чи феморальний пульс (у немовлят). Пульс у дітей промацується складно. Враховуйте контекст та інші ознаки і симптоми.
- **Систолічний артеріальний тиск є заниженим для віку дитини** (таблиця 128). Шок може бути наявним і при нормальному артеріальному тиску, однак дуже низький тиск вказує на шок у дитини.
- **Оцініть дитину на предмет тяжкого зневоднення (за наявності діареї).** Запалість очей? Дуже повільне розгладження шкірної складки (> 2 с)? Затисніть шкіру на животі у складку на 1 с і відпустіть та поспостерігайте, як швидко вона розправиться



### Оцініть неврологічний статус (на предмет коми і судом)

- Визначте **рівень притомності** за шкалою AVPU: **A** [alert] — притомна; **V** [responds to voice] — реагує на голос; **P** [responds to pain] — реагує на біль; **U** [unconscious] — непритомна. Якщо незрозуміло, спить дитина чи непритомна, спробуйте розбудити її, заговоривши до неї чи потиснувши

їй руку. Якщо дитина непритомна, проте реагує на голос, вона в летаргії. За відсутності відповіді запитайте в батьків, чи спостерігалися в дитини аномальна сонливість або труднощі з пробудженням. Визначте, реагує дитина на больовий стимул чи ні. Якщо ні, це означає, що дитина перебуває в комі й потребує невідкладної допомоги.

- **Судоми.** Судоми в дітей, особливо в немовлят, можуть бути дуже слабо вираженими.

### 9.3 Зупинка дихання та серця

Див. «Алгоритм проведення реанімаційних заходів у дітей» на с. 802.

#### Прохідність дихальних шляхів і дихання

- Повільне й неглибоке дихання або відсутність дихальних шумів
- Центральний ціаноз.

#### Кровообіг

- Повільний або відсутній пульс.

#### Шукайте і лікуйте зворотні причини зупинки серця (4Г і 4Т)

- Гіпоксія → Забезпечте подачу кисню (с. 807).
- Гіповолемія → Забезпечте інфузійну терапію (с. 809).
- Гіпотермія → Зігрійте дитину і тримайте в теплі.
- Гіпоглікемія → Введіть глюкозу (с. 812).
- Тензійний (напружений) пневмоторакс → (с. 886).
- Токсини → Див. інформацію про отруєння на с. 834 та укуси отрутних видів на с. 840.

Зазначені нижче зворотні причини може бути складно виявити і пролікувати в умовах закладу первинної медичної допомоги. Тому слід пам'ятати про їх можливість і негайно звертатися по допомогу до спеціалістів.

- Тампонада (рідина в перикардії, що тисне на серце).
- Тромбоз.
- Гіпер-/гіпокаліємія.

## Вставка 2. Алгоритм ABCDE

### Швидке оцінювання

Реакція присутня?

**Реакція відсутня**

Виконуйте дії за алгоритмом проведення реанімаційних заходів у дітей (с. 802)

- ▶ Зберігайте спокій. Покличте на **допомогу**. Тримайте дитину у **спокої/комфорті/теплі**.
- ▶ **Перед продовженням оцінювання проведіть лікування станів, що загрожують життю**

### ОЦІНІТЬ

### ПРОЛІКУЙТЕ

**A [airway] — прохідність дихальних шляхів і  
B [breathing] — дихання**

- ↘ **За наявності підозр на перелом шийного відділу хребта **не** рухайте шию, іммобілізуйте її та висуньте щелепу дитини вперед для забезпечення прохідності дихальних шляхів.**

- Обструкція дихальних шляхів
- Центральний ціаноз або сатурація крові киснем ( $SpO_2$ ) < 94%
- Дихальний розлад:
  - швидке дихання
  - западання грудної клітки на вдиху
  - утруднене/шумне (стридор, свист) або агональне дихання.

**ТАК**

У разі наявності стороннього предмета в дихальних шляхах:  
▶ Забезпечте прохідність дихальних шляхів, діючи за алгоритмом при удувленні (с. 803).

За відсутності стороннього предмета в дихальних шляхах:  
▶ Забезпечте прохідність дихальних шляхів (с. 804).  
▶ Забезпечте подачу кисню (с. 807).  
▶ Продовжуйте надання допомоги у зв'язку з **тяжким дихальним розладом** (с. 813).

**C [circulation] — кровообіг**

- Шок:
  - холодні кінцівки +
  - слабкий і швидкий пульс +
  - час наповнення капілярів > 2 с.
- Сильне зневоднення:
  - летаргія
  - запалість очей
  - повільне розгладження шкірної складки після її стиснення пальцями.

**ТАК**

▶ Зупиніть будь-які кровотечі (с. 830).  
▶ Забезпечте подачу кисню (с. 807).  
▶ За відсутності протипоказань розпочніть інфузійну терапію (с. 809).  
▶ Продовжуйте надання допомоги при **шоку** (с. 815).

## D [disability] — неврологічний статус

➤ Визначте рівень притомності за шкалою AVPU: дитина **A** [alert] — притомна; **V** [responds to voice] — реагує на голос; **P** [responds to pain] — реагує на біль; **U** [unconscious] — непритомна?

- Летаргія (дитина непритомна, але реагує на голос)
- Кома (дитина не реагує на біль)
- Судоми
- Низький рівень глюкози в крові (< 3 ммоль/л або < 54 мг/дл).

ТАК

- ▶ Якщо дитина непритомна, однак стабільна за критеріями А та В і не має травм шиї, розмістіть її у стабільному боковому положенні (с. 810).
- ▶ За наявності судом введіть діазепам ректально (с. 811).
- ▶ Якщо рівень глюкози в крові є низьким, введіть глюкозу (с. 812).
- ▶ Продовжуйте надавати допомогу при **летаргії чи комі** (с. 822).

## E [exposure] — зовнішній вигляд усього тіла

➤ Роздягніть та повністю огляньте дитину:

- Тілесні ушкодження, укуси чи опіки
- Висипи (що не бліднуть)
- Здуття живота
- Температура тіла.

ТАК

- ▶ Зніміть тісний одяг.
- ▶ Забезпечте контроль температури тіла.
- ▶ Забезпечте знеболення (с. 566).
- ▶ Надайте відповідну допомогу у зв'язку з:

### Алгоритм SAMPLE

➤ Швидко зберіть анамнез:

- **S** [signs and symptoms] — ознаки та симптоми (гарячка, біль у животі)
- **A** [allergies] — алергії
- **M** [medications] — медикаменти
- **P** [past medical history] — медичний анамнез
- **L** [last oral intake] — останній прийом їжі та напоїв
- **E** [events surrounding illness] — події, пов'язані зі станом (отруєння, укуси отрутних видів).

- Травмами (с. 827)
- Опіками (с. 831)
- Отруєнням (с. 834)
- Укусами отрутних видів (с. 840)
- Утопленням (с. 843)
- Ураженням електричним струмом (с. 844)
- Гострим животом (с. 845).

## Подальші дії

- ▶ Регулярно проводьте повторне оцінювання стану дитини на предмет погіршення чи покращення.
- ▶ Моніторуйте **показники життєдіяльності**: частоту дихання, частоту серцевих скорочень, артеріальний тиск, SpO<sub>2</sub>, температуру тіла.
- ▶ Лише за умови стабільності за критеріями ABCD переходьте до повного фізикального огляду.
- ▶ Організуйте транспортування дитини до лікарні. Продовжуйте необхідні реанімацію та лікування до прибуття бригади екстреної медичної допомоги. Якщо ви є найбільш досвідченим надавачем медичних послуг на місці, вам може бути необхідно супроводжувати дитину до лікарні.

## Вставка 3. Алгоритм проведення реанімаційних заходів у дітей

**Безпека**  
рятувальника і дитини

→ **Стимулюйте**  
дитину

→ **Покличте**  
на допомогу

**Дихальні шляхи**

**Забезпечте прохідність дихальних шляхів**

(с. 804)

За наявності підозр на травму шийного відділу хребта знерухомте шию та висуньте нижню щелепу дитини вперед.

Видаліть будь-які видимі предмети, що призводять до обструкції дихальних шляхів.

Розгляньте доцільність застосування орофарингеального повітропроводу (с. 805).

**Дихання**

**Дихає нормально?**

Оцініть, чи дихає дитина — візуально, на слух та з відчуттів.

**ТАК** → **Переходьте до застосування алгоритму ABCDE**  
(с. 800)

**НІ** — або дихання нерегулярне



**5 початкових рятувальних вдихів** (с. 806)

Використовуйте мішок Амбу (100% O<sub>2</sub> 10 л/хв).  
Робіть вдихи по 1 с, так щоб грудна клітка піднімалася.

**Кровообіг**

**Ознаки життя?**

Кашель? Будь-які рухи? Пульс?

**ТАК** → **Проведіть штучне дихання**  
(штучну вентиляцію легень) (с. 806)

**НІ**



Проводьте повторне оцінювання кожні 2 хвилини

**15 компресій грудної клітки** (с. 808)

У нижній половині грудини 100–120/хв  
1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки.

**2 рятувальні вдихи**

Продовжуйте за алгоритмом:  
15 компресій — 2 вдихи.

**Внутрішньовенний або внутрішньокістковий доступ:**

епінефрин (адреналін) 0,01 мг/кг кожні 3–5 хв.

↓  
**Організуйте екстремне транспортування до лікарні\***



Проведіть лікування **зворотних** причин зупинки дихання та серця (с. 799).

**Регулярно проводьте повторне оцінювання.**

Тримайте дитину **в теплі**.

\* Продовжуйте необхідну реанімацію до прибуття бригади екстреної медичної допомоги. Якщо ви є найбільш досвідченим надавачем медичних послуг на місці, ви маєте супроводжувати дитину до лікарні.

**Примітка:** цей алгоритм є застосовним до дітей усіх вікових категорій, окрім новонароджених дітей при пологах.

## Вставка 4. Надання допомоги дитині при удавленні

### Дитина віком < 1 року

#### Постукування/поплескування по спині

- ▶ Покладіть дитину на живіт собі на руку або ногу так, щоб її голова перебувала нижче за тулуб.
- ▶ Зробіть 5 обережних ударів між лопатками основою долоні.



#### Натискання на грудину

- ▶ Якщо обструкція дихальних шляхів зберігається, переверніть дитину на спину і зробіть 5 натискань на нижню половину грудини двома пальцями.
- ▶ Якщо це не допомагає, перевірте ротову порожнину дитини на наявність стороннього предмета, який може викликати обструкцію.
- ▶ За необхідності повторіть послідовність дій, починаючи з постукувань по спині.



### Діти віком > 1 рік

- ▶ Розмістіть дитину в положенні сидячи, стоячи на колінах або лежачи і зробіть 5 обережних ударів між лопатками основою долоні.
- ▶ Якщо обструкція дихальних шляхів зберігається, виконайте прийом Геймліха: станьте позаду дитини й обхопіть руками її тіло; складіть одну руку в кулак і розташуйте її безпосередньо під грудиною дитини; покладіть іншу руку на кулак і натисніть тим на живіт (див. ілюстрацію); повторіть 5 разів.
- ▶ Якщо це не допомагає, перевірте ротову порожнину дитини на наявність стороннього предмета, який може викликати обструкцію.
- ▶ За необхідності повторіть послідовність дій, починаючи з постукувань по спині.



Постукування по спині



## Вставка 5. Відновлення прохідності дихальних шляхів

### ► Відновлення прохідності дихальних шляхів

**а. Підозри на травму ший відсутні:** у немовлята забезпечте нейтральне положення голови, при якому ніс дивиться вгору. Для відновлення прохідності дихальних шляхів у дітей старшого віку забезпечте положення із закиданням голови й підняттям підборіддя.

**б. Наявні підозри на травму ший:** стабілізуйте шию та висуньте щелепу дитини вперед для забезпечення прохідності дихальних шляхів. Акуратно помістіть четвертий і п'ятий пальці під кутом щелепи й підніміть нижню частину щелепи під кутом 90° до тіла, щоб відкрити дихальні шляхи.

- Огляньте ротову порожнину. Якщо в ній видно сторонній предмет, видаліть його.
- Очистіть виділення з горла.
- Перевірте дихальні шляхи: оцініть рухи грудної клітки візуально, наявність дихальних шумів — на слух та дихання — з відчуттів.
- Якщо дихання все ще відсутнє, проводьте штучну вентиляцію за допомогою мішка Амбу (с. 806).



**НЕМОВЛЯТА — Ніс догори**  
Нейтральне положення для відновлення прохідності дихальних шляхів



**ДИТИНА СТАРШОГО ВІКУ — Підборіддя догори**  
Положення із закиданням голови для відновлення прохідності дихальних шляхів у дітей старшого віку



**Висування щелепи без закидання голови**



**Оцінюйте, чи дихає дитина — візуально, на слух та з відчуттів**

## Вставка 6. Встановлення орофарингеального повітропроводу (повітропроводу Гведела)

Орофарингеальний повітропровід або повітропровід Гведела можна використовувати в непритомних пацієнтів для покращення прохідності дихальних шляхів. Притомні пацієнти можуть погано переносити його встановлення, оскільки воно може викликати удавлення або блювотний рефлекс.

- ▶ Оберіть повітропровід відповідно-го розміру — при прикладанні до обличчя випуклою стороною вгору він повинен проходити від центру зубів (різців) до кута щелепи.
- ▶ Забезпечте прохідність дихальних шляхів (с. 804); не рухайте шию при підозрі на травму.
- ▶ **Немовлята:** вставляйте повітропровід випуклою стороною вгору.

**Діти:** вставляйте повітропровід «навпаки» — увігнутою стороною вгору — поки його кінчик не торкнеться м'якого піднебіння. Потім поверніть повітропровід на 180° і вводьте його по язичку.

- ▶ Повторно перевірте прохідність дихальних шляхів. За необхідності використовуйте повітропровід іншого розміру або встановіть його заново.
- ▶ Забезпечте подачу кисню.



**Вибір правильного розміру орофарингеального повітропроводу**



**Встановлення орофарингеального повітропроводу в немовлят: випуклою стороною догори**



**Увігнутою стороною догори**

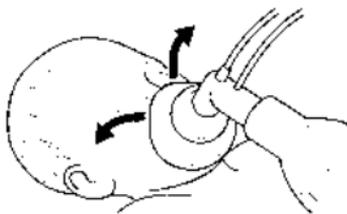


**Поворот**

**Встановлення орофарингеального повітропроводу в дітей старшого віку**

## Вставка 7. Штучне дихання: вентиляція легень за допомогою мішка Амбу

- ▶ Оберіть відповідний розмір маски (вона повинна закривати ніс і рот) і забезпечте належне її прилягання до обличчя.
- ▶ Приставивши маску до обличчя, підведіть щелепу вперед у напрямку до маски за допомогою середнього пальця. Уникайте надмірного витягування шиї.
- ▶ Проводьте вентиляцію в темпі 40–60 вдихів/хв (кожен вдих по 1 с) при 100%  $O_2$  (10 л/хв).



### **Неналежне прилягання**

Якщо ви чуєте, як із маски виходить повітря, забезпечте її краще прилягання. Найчастіше витік повітря відбувається між носом і щоками.

**! Переконайтеся, що грудна клітка дитини піднімається при кожному натисканні на мішок**



**Техніка вентиляції для одного надавача допомоги**



**Техніка вентиляції для двох надавачів допомоги**

## Вставка 8. Як використовувати кисень

Подавайте кисень через назальні канюлі або через нереверсивну маску — залежно від того, що є в наявності та що дитина краще переносить.

Використання назальних канюль є пріоритетним варіантом, особливо для дітей молодшого віку, оскільки зазвичай воно краще переноситься.

### Назальні канюлі

- ▶ Вставте канюлі безпосередньо в ніздрі й зафіксуйте їх стрічкою на щоках із боків носа (див. рисунок). При використанні канюль ніздрі слід очищувати від слизу, оскільки він може блокувати потік кисню.
- ▶ Починайте з потоку в 1–2 л/хв для забезпечення сатурації крові киснем ( $SpO_2$ ) на рівні 94–98%.
- ▶ Моніторуйте рівень  $SpO_2$  за допомогою пульсоксиметра.



### Кисневі маски

Кисневі маски (нереверсивні, можливо з резервуаром) є пріоритетним інструментом для кисневої терапії в екстрених ситуаціях, коли необхідно забезпечити подачу вищих концентрацій кисню (напр., при реанімації, травмах, шоку, судомах, зниженні рівня свідомості).

- ▶ Розмістіть маску на обличчі так, щоб вона закривала ніс і рот.
- ▶ Встановіть мінімальний потік кисню в 4 л/хв, щоб уникнути повторного вдихання видихуваного  $CO_2$ . Якщо використовується маска з резервуаром, потік кисню має бути достатньо високим для запобігання стисканню резервуара на вдиху (до 12–15 л/хв). Цільовий рівень  $SpO_2$  становить 94–98%.
- ▶ Моніторуйте рівень  $SpO_2$  за допомогою пульсоксиметра.



## Вставка 9. Проведення компресій грудної клітки

### Дитина віком < 1 рік

- ▶ Розмістіть великі пальці на нижній половині груднини (під лінією сосків).
- ▶ Здійснюйте 100–120 компресій/хвилину глибиною в 1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки.

**! Забезпечуйте сталість глибини компресій.**



**Компресії грудної клітки: немовлята**

### Діти віком > 1 рік

- ▶ Станьте вертикально над грудною кліткою, витягніть руки прямо.
- ▶ Розташуйте основу долоні однієї руки в нижній половині груднини. Підніміть пальці, щоб уникнути тиску на ребра.
- ▶ Здійснюйте 100–120 компресій/хвилину глибиною в 1/3 передньо-заднього розміру грудної клітки (5 см).

**! Забезпечуйте сталість глибини компресій.**

**! У дітей старшого віку може бути простіше використовувати обидві руки з пальцями в замку, уникаючи тиску на ребра.**



**Компресії грудної клітки: діти**

## Вставка 10. Як проводити інфузійну терапію в дітей із шоком

- ▶ Забезпечте внутрішньовенний (в/в) доступ.
- ▶ Розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або збалансованого сольового розчину) 10–20 мл/кг протягом 30 хв. Переконайтеся, що інфузія проходить добре.

**! Застереження:** уникайте агресивного рідинного заміщення при кардіогенному шоку, тяжкій анемії, важкому недоїданні, діабетичному кетоацидозі, підозрі на підвищений внутрішньочерепний тиск/ набряк мозку. Якщо інфузійна терапія є необхідною при будь-якому з цих станів, проводьте її обережно з меншою швидкістю та протягом більш тривалого часу (напр., 10–15 мл/кг протягом 60 хв).

Вік (вага)	Об'єм болюсів рідини	
	10 мл/кг	20 мл/кг
< 1 міс (< 4 кг)	25	50
1–< 4 міс (4–< 6 кг)	50	100
4–< 12 міс (6–<10 кг)	75	150
1–< 3 років (10–< 15 кг)	130	250
3–< 5 років (15–< 20 кг)	170	350
5–< 10 років (20–< 30 кг)	250	500
10–< 13 років (30–< 40 кг)	350	700
13–< 15 років (40–< 50 кг)	450	900

**Організуйте екстрене направлення до лікарні. Чекаючи на транспорт, безперервно моніторуйте стан дитини:**

- ▶ Припиніть рідинне заміщення в разі появи ознаки перевантаження рідиною, напр. збільшення частоти пульсу на 15 ударів за хвилину (уд/хв), збільшення частоти дихання на 5 вд/хв, збільшення печінки і вен шиї, появи дрібнобульбашкових вологих хрипів у легенях.

**Повторно оцініть стан дитини після першої інфузії (якщо транспортування до лікарні затримується):**

- ▶ Якщо стан не покращується, за відсутності ознак перевантаження рідиною, оцініть доцільність повторного введення болюсів рідини залежно від причини шоку до досягнення максимального об'єму.

## Вставка 11. У якому положенні розміщувати неприютну дитину з нормальним диханням

### За відсутності підозр на травму ший: «стабільне бокове положення»

- ▶ Поверніть дитину на бік, щоби зменшити ризик аспірації.
- ▶ Злегка витягніть ший і стабілізуйте її, поклавши дитину щогою на руку.
- ▶ Зігніть одну ногу дитини, щоби стабілізувати положення тіла.



**Стабільне бокове положення**

### За наявності підозр на травму ший чи шийного відділу хребта

- ▶ Стабілізуйте ший дитини та лишть її в положенні лежачи на спині.
- ▶ Імобілізуйте шийний відділ хребта вище і нижче від підозрюваного місця травми за допомогою (напівжорсткого) шийного коміра відповідного розміру, щоби запобігти будь-якій рухливості ший.



**Шийний комір**

Якщо шийний комір відсутній або погано прилягає:

- ▶ Розмістіть дитину в нейтральному положенні лежачи на спині на жорсткій поверхні (спінальний дощці — за наявності).
- ▶ Імобілізуйте ший з підтримкою голови дитини, напр., обгорнувши навколо ший скручений рушник або поклавши з обох боків мішечки з піском або літрові пакети з розчинами для інфузій.
- ▶ Зафіксуйте лоб та підборіддя дитини до сторін твердої поверхні за допомогою стрічок для фіксації встановленого положення.



## Вставка 12. Як лікувати судоми

Розрахуйте дозування препаратів за вагою дитини або див. с. 848.

- ▶ **Якщо судоми тривають понад > 5 хв**, введіть:
  - Діазепам ректально<sup>a</sup> у дозуванні 0,5 мг/кг; макс. 20 мг, або повільною внутрішньовенною (в/в) ін'єкцією в дозуванні 0,20–0,25 мг/кг; макс. 10 мг **або**
  - Мідазолам інтраназально, трансбукально або внутрішньом'язово в дозуванні 0,2 мг/кг; макс. 10 мг або повільною в/в ін'єкцією в дозуванні 0,15 мг/кг; макс. 7,5 мг **або**
  - Лоразепам повільною в/в ін'єкцією в дозуванні 0,1 мг/кг; макс. 4 мг.
- ▶ **Якщо судоми не зникають через 10 хв**, введіть другу дозу діазепаму (або альтернативного препарату). Не вводьте більш ніж дві дози зазначених препаратів.
- ▶ **Якщо судоми не зникають через 20 хв, слід підозрювати епілептичний статус**. Вводьте:
  - Леветирацетам в/в у дозуванні 40–60 мг/кг протягом 15 хв; макс. 4,5 г **або**
  - Фенітоїн в/в в дозуванні 20 мг/кг протягом 20 хв; макс. 1,5 г; переконайтеся в належному встановленні системи для інфузій, оскільки екстравазація призводить до локальних ушкоджень **або**
  - Вальпроєву кислоту в/в в дозуванні 40 мг/кг протягом 15 хвилин; макс 3 г; уникайте використання вальпроєвої кислоти у випадку можливої печінкової недостатності або метаболічних захворювань **або**
  - Фенобарбітал в/в в дозуванні 15–20 мг/кг протягом 20 хв, макс. 1 г.
- ▶ **Для новонароджених:** вводьте фенобарбітал в/в в дозуванні 20 мг/кг. Якщо судоми не зникають, вводьте додаткові дози по 10 мг/кг; до максимальної дози 40 мг/кг.

**! Застереження:** моніторуйте стан дитини на предмет апное. Забезпечуйте наявність мішка і маски відповідних розмірів на випадок, якщо дитина перестане дихати.

### Загальна стратегія і запобіжні заходи при судомках

- ▶ Зберігайте спокій; моніторуйте стан дитини і тривалість судом.
- ▶ Захистіть дитину від тілесних ушкоджень, забравши від неї всі небезпечні предмети.
- ▶ Якщо дитина лежить на землі/підлозі, підкладіть щось м'яке їй під голову і розстібніть одяг/зніміть предмети, які можуть здавлювати шию.

**НЕ СЛІД** класти нічого дитині в рот.

**НЕ СЛІД** давати дитині будь-яких лікарських засобів перорально до зникнення судом.

- ▶ Перевірте наявність будь-яких медичних ідентифікаційних знаків, напр., медичного браслета.

### Якщо дитина має високу температуру:

- ▶ Роздягніть дитину, щоби знизити температуру.
  - ▶ Після того як судоми припиняться, і дитина буде здатна приймати ліки перорально, дайте їй парацетамол чи ібупрофен.
- <sup>a</sup> Використовуйте доступні на ринку ректальні катетери або наберіть необхідну дозу діазепаму з ампули у шприц об'ємом 1 мл. Вставте катетер або шприц на 4–5 см у пряму кишку і введіть розчин діазепаму. Потримайте сідниці дитини притиснутими одна до одної протягом декількох хвилин.

### **Вставка 13. Як вводити глюкозу внутрішньовенно (в/в)**

Перевірте рівень глюкози в крові за допомогою глюкометра (с. 879). Якщо рівень глюкози в крові < 2,5 ммоль/л (45 мг/дл):

- ▶ Забезпечте в/в доступ і швидко введіть 10% розчин глюкози з розрахунку 3 мл/кг.

<b>Вік (вага)</b>	<b>Об'єм болюсу 10% розчину глюкози (3 мл/кг)</b>
< 1 міс (< 4 кг)	12 мл
1–< 4 міс (4–< 6 кг)	15 мл
4–< 12 кг (6–< 10 кг)	25 мл
1–< 3 років (10–< 15 кг)	35 мл
3–< 5 років (15–< 20 кг)	50 мл
5–< 10 років (20–< 30 кг)	75 мл
10–< 13 років (30–< 40 кг)	100 мл
13–< 15 років (40–< 50 кг)	150 мл

- ▶ Повторно перевірте рівень глюкози в крові через 30 хв. Якщо він усе ще низький, повторіть болюс 10% розчину глюкози в дозуванні 3 мл/кг.
- ▶ Щойно дитина опритомніє, погодуйте її. Якщо дитина не у змозі їсти без небезпеки аспірації, введіть їй:
  - молочний чи цукровий розчин (розчиніть чотири чайні ложки цукру без гірки в 200 мл води) через назогастральний зонд або
  - в/в 5–10% розчин глюкози (декстрози).

**Примітка:** 50% розчин глюкози є еквівалентом 50% розчину декстрози. Якщо доступний лише 50% розчин глюкози: змішайте одну частину 50% розчину глюкози і чотири частини стерильної води або одну частину 50% розчину глюкози і дев'ять частин 5% розчину глюкози.

**Примітка:** якщо отримання венозного доступу неможливе або затримується, як невідкладну «першу допомогу» для контролю гіпоглікемії можна використовувати цукор сублінгвально. Кладіть одну чайну ложку без гірки цукру, змоченого водою, дитині під язик кожні 10–20 хв.

## 9.4 Тяжкий дихальний розлад



- Дихальний розлад може призвести до дихальної недостатності або зупинки дихання.
- Намагайтеся забезпечити дитині спокій, тепло і комфорт.
- Забезпечте подачу кисню, заспокоюючи дитину.

### Анамнез

- Раптове виникнення
- Лихоманка
- Хрипкий голос
- Кашель: виникнення, тривалість, продуктивність, мокротиння з домішками крові, періодичність, переривчастість
- Нещодавно перенесені травми
- Супутні захворювання, такі як астма, серповидноклітинна анемія, захворювання серця
- Історія вакцинацій: дифтерія, *гемофільна інфекція* типу b.

### Оцінювання

#### Обструкція дихальних шляхів

- Зменшення надходження повітря, шумний стридор (верхні дихальні шляхи), хрипи (нижні дихальні шляхи)
- Парадоксальне дихання, рухи живота (за принципом гойдалки)
- Відсутність дихальних шумів при повній обструкції дихальних шляхів.

#### Аномальне дихання

- Утруднене, прискорене дихання, агональне чи хрипле дихання
- Роздування ніздрів, сильне втягування грудної клітки, використання допоміжних дихальних м'язів
- Нерівномірне розширення грудної клітки при аспірації стороннього тіла або пневмотораксі
- Центральний ціаноз (пізня ознака).

## Інше

- Пітливість, кашель, лихоманка, хрипкий голос, слинотеча, збудження, летаргія
- Вертикальне положення, нездатність їсти або говорити, нездатність смоктати молоко (у немовлят).

## Дослідження

- Пульсоксиметрія
- Рівень глюкози в крові.

Таблиця 129. Диференціальна діагностика тяжких дихальних розладів

Причина	Фактори на користь
<b>Анафілаксія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Вплив алергенів в анамнезі, раптове виникнення</li> <li>• Хрипіння, стридор, кропив'янка, набряк губ/обличчя</li> <li>• Може бути пов'язано з шоком.</li> </ul>
<b>Астма (с. 654)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Періодичні хрипи в анамнезі</li> <li>• Хрипіння, зменшення надходження повітря, подовження видиху</li> <li>• Відповідь на бронходилататори.</li> </ul>
<b>Бронхіоліт (с. 219)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Дитина віком до 2 років: пов'язано з кашлем, нежиттю</li> <li>• Хрипіння, подовжений видих, зменшення надходження повітря, апное в немовлят молодшого віку.</li> </ul>
<b>Круп, вірус (с. 224)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Переривчастий кашель, хрипкий голос, стридор</li> <li>• Пов'язано з інфекцією верхніх дихальних шляхів.</li> </ul>
<b>Дифтерія (с. 227)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Бичача шия»</li> <li>• Червоне горло, сіра глоткова перетинка</li> <li>• Хрипкий голос, стридор, кашель</li> <li>• Відсутність вакцинації проти дифтерії (вакциною проти кашлюка, дифтерії та правця або еквівалентною).</li> </ul>
<b>Епіглотит (с. 227)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• «Токсична» і тривожна зовнішність</li> <li>• Приглушений/хриплий голос, відсутність кашлю, легкий стридор</li> <li>• Слинотеча, неспроможність пити</li> <li>• Відсутність вакцинації проти гемофільної інфекції типу b.</li> </ul>

Причина	Фактори на користь
<b>Аспірація стороннього тіла (с. 560)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптові симптоми удушення, стридор</li> <li>• Раптове зменшення надходження повітря або хрипи.</li> </ul>
<b>Серцева недостатність (с. 365)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Хвороби серця або шуми в серці в анамнезі</li> <li>• Аномальний серцевий ритм (дуже швидкий або дуже повільний)</li> <li>• Збільшені вени шиї та печінка</li> <li>• Дрібнобульбашкові вологі хрипи в основі легень.</li> </ul>
<b>Пневмонія (с. 208)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Кашель, лихоманка, западання нижньої частини грудної клітки, хрипле дихання.</li> </ul>
<b>Пневмоторакс</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Раптове виникнення, як правило, після серйозної травми грудної клітки</li> <li>• Гіперрезонанс при перкусії з одного боку</li> <li>• Несиметричні дихальні шуми.</li> </ul>
<b>Отруєння (с. 834)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передозування ліками, наркотичними речовинами або проковтування отрути в анамнезі.</li> </ul>
<b>Ретрофарингальний абсцес (с. 226)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Повільний розвиток симптомів протягом декількох днів із погіршенням стану</li> <li>• Неспроможність ковтати, висока температура.</li> </ul>

## Лікування

### **ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ — МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**

- ▶ Очистіть дихальні шляхи за потреби (с. 804).
- ▶ Забезпечте подачу кисню, заспокоюючи дитину (с. 807).
- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ**

**Анафілаксія**

- ▶ Визначте алерген і нейтралізуйте його, якщо він усе ще присутній.
- ▶ Введіть епінефрин (адреналін) в/м: 0,01 мл/кг розчину 1:1000 (1 мг = 1 мл). Якщо стан дитини не покращується через 5–10 хв, повторіть ін'єкцію.
- ▶ Якомога швидше розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактату Рінгера) в розрахунку 20 мл/кг. Регулярно проводьте повторне оцінювання стану дитини та перевірку на наявність ознак перевантаження рідиною перед введенням додаткових об'ємів рідин.
- ▶ При тяжкому бронхоспазмі: дайте сальбутамол (дозування див у розділі про астму нижче).
- ▶ У дітей, які потребують тривалого спостереження, розгляньте доцільність застосування преднізолону перорально в дозування 1–2 мг/кг (макс. 60 мг/добу).

**Астма**

- ▶ Дайте сальбутамол через інгалятор зі спейсером (2–10 натискань; 100 мкг на одне натискання) або небулайзер (2,5 мг для дітей вагою < 20 кг, 5 мг для дітей вагою ≥ 20 кг (0,15 мг/кг)); повторюйте мірою необхідності.
- ▶ Дайте іпратропію бромід через інгалятор зі спейсером (160 мкг) або небулайзер — разом із сальбутамолом 250 мкг для дітей вагою < 30 кг, 500 мкг для дітей вагою ≥ 30 кг.
- ▶ Дайте преднізолон перорально в дозуванні 1–2 мг/кг (макс. 60 мг/добу) або метилпреднізолон в/м у дозуванні 2 мг/кг (макс. 60 мг/добу).

**Круп (вірусний)**

- ▶ Дайте преднізолон перорально в дозуванні 1 мг/кг або дексаметазон перорально в дозуванні 0,6 мг/кг.
- ▶ Дайте епінефрин (адреналін) через небулайзер у дозуванні 0,5 мл/кг розчину 1:1000 (макс. доза: 5 мл).

**Аспірація стороннього предмета**

- ▶ Якщо кашель є неефективним, зробіть 5 ударів по спині, після чого — 5 натискань на груди/живіт, для немовлят: натискання на грудну клітку (с. 803).

**Інфекції**

- ▶ Якщо лікарня розташована далеко, розгляньте доцільність призначення антибіотиків перед направленням. Проконсультуйтеся з лікарнею, до якої ви направляєте дитину. **НЕ СЛІД** призначати антибіотики перед направленням на рутинних засадах. Див. глави, присвячені конкретним захворюванням.
  - Пневмонія: ампіцилін в/в або в/м 50 мг/кг
  - Ретрофарингеальний абсцес: ко-амоксиклав в/в або в/м 50 мг/кг амоксициліну.

**Напружений пневмоторакс**

- ▶ Використовуйте канюлю великого діаметру (напр., 14 G) для зменшення тиску в грудній клітці (с. 886).

## 9.5 Шок



Найпоширенішою причиною шоку є гіповолемія.

- ▶ **Після оцінювання прохідності дихальних шляхів і дихання та надання відповідної допомоги (с. 800):**

### Анамнез

- Лихоманка (інфекція)
- Діарея та/або блювання
- Нещодавно перенесені травми та/або кровотеча
- Супутні захворювання (напр., спадкова або ревматична хвороба серця)
- Відомі алергії та нещодавній контакт із алергенами.

### Оцінювання

- ▶ **Проведіть оцінювання на предмет ознак шоку:**

- Холодні кінцівки
- Тривалий час наповнення капілярів (> 2 с).
- Слабкий і швидкий пульс
- Низький систолічний артеріальний тиск (Примітка: пізня ознака, не завжди присутня).

- ▶ **Проведіть оцінювання на предмет інших ознак:**

- Будь-які кровотечі
- Лихоманка та/або висипання, що не бліднуть (петехії чи пурпура)
- Тяжке зневоднення (запалість очей, дуже повільне розгладження шкірної складки, летаргія)
- набряк або кропив'янка
- Збільшені вени шиї та печінка.

### Дослідження

- Пульсоксиметрія
- Рівень глюкози в крові.

Таблиця 130. Диференціальна діагностика шоку

Причина	Фактори на користь
<b>Анафілаксія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Вплив алергенів в анамнезі, раптове виникнення</li> <li>Хрипіння, кропив'янка, набряк губ/обличчя.</li> </ul>
<b>Кровотеча (геморагічний шок)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Травма чи кровотеча в анамнезі</li> <li>Наявність кровотечі.</li> </ul>
<b>Зневоднення</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Діарея і блювання або обширні опіки в анамнезі</li> <li>Поліурія або діагностований цукровий діабет.</li> </ul>
<b>Серцева недостатність (кардіогенний шок)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Хвороби серця або шуми в серці в анамнезі</li> <li>Аномальний серцевий ритм (тахікардія, брадикардія або аритмія)</li> <li>Збільшені вени шиї та печінка</li> <li>Дрібнобульбашкові вологі хрипи в основі легень.</li> </ul>
<b>Септицемія (септичний шок)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Гарячкові захворювання в анамнезі</li> <li>Дуже погане самопочуття дитини; шкіра може бути теплою або холодною</li> <li>Можлива наявність петехій/пурпури.</li> </ul>
<b>Інше</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Симптоми/ознаки з боку інших органів чи систем (напр., пневмоторакс).</li> </ul>

## Лікування

**ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ —  
МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**

- ▶ Очистіть дихальні шляхи за потреби. Забезпечте подачу кисню (с. 807).
- ▶ В/в доступ х 2 — настільки великий діаметр, наскільки можливо. Якщо в/в доступ не вдається забезпечити з другої спроби (макс. 5 хв), вводьте в/к голку (с. 884).
- ▶ Забезпечте допомогу при шоку як при гіповолемії окрім випадків, коли виявлені інші його причини. Розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактату Рінгера): 10–20 мл/кг протягом 30 хв; повторіть за відсутності покращення стану і ознак перевантаження рідиною (с. 809).

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ**

Уникайте агресивного рідинного заміщення при кардіогенному шоку, тяжкій анемії, важкому недоїданні, діабетичному кетоацидозі, підозрі на підвищений внутрішньочерепний тиск/набряк мозку. Якщо інфузійна терапія є необхідною при будь-якому із зазначених станів, проводьте її обережно з меншою швидкістю та протягом більш тривалого часу (напр., 10–15 мл/кг протягом 60 хв), після чого повторно оцініть стан дитини.

- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

### **Анафілаксія**

- ▶ Визначте й нейтралізуйте алерген за необхідності.
- ▶ Введіть епінефрин (адреналін) в/м: 0,01 мл/кг розчину 1:1000 (1 мг = 1 мл). Якщо стан дитини не покращується через 5–10 хв, повторіть ін'єкцію.
- ▶ Якомога швидше розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактату Рінгера) в розрахунку 20 мл/кг.
- ▶ У випадку тяжкого бронхоспазму дайте сальбутамол через інгалятор зі спейсером (2–10 натискань; 100 мкг на одне натискання) або небулайзер (2,5 мг для дітей вагою < 20 кг, 5 мг для дітей вагою ≥ 20 кг).
- ▶ У дітей, які потребують тривалого спостереження, розгляньте доцільність застосування преднізолону перорально в дозуванні 1–2 мг/кг (макс. 60 мг/добу).

### **Кардіогенний шок/серцева недостатність**

- ▶ За можливості не застосовуйте інфузійну терапію. Однак, для дітей із недостатністю переднавантаження (через знижене споживання поживних речовин або пов'язаний сепсис) обережна рідинна реанімація може бути корисною.
- ▶ Шукайте першопричину, забезпечте допомогу при пневмотораксі за наявності.

**Геморагічний шок (кровотеча)**

- ▶ Зупиніть кровотечу (с. 830).
- ▶ Розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактату Рінгера) в розрахунку 10–20 мл/кг протягом 30 хв.

**Гіповолемічний шок унаслідок тяжкого зневоднення**

- ▶ Розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактату Рінгера) в розрахунку 10–20 мл/кг протягом 30 хв; повторюйте введення до досягнення 40–60 мл/кг протягом першої години. Після стабілізації стану дитини переходьте до плану лікування діареї С (с. 317).

**Септичний шок (сепсис)**

- ▶ Розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактату Рінгера) в розрахунку 10–20 мл/кг протягом 30 хв; повторюйте введення до досягнення 40–60 мл/кг протягом першої години.
- ▶ Забезпечте введення антибіотиків протягом першої години (можуть бути введені в лікарні, якщо дозволяє час транспортування): цефтріаксон в/в 100 мг/кг, для новонароджених — цефотаксим в/в 50 мг/кг (с. 851).

## 9.6 Летаргія — кома — судоми



- Використовуйте шкалу AVPU для оцінювання рівня свідомості.
- За наявності підозр на травму шиї стабілізуйте шию дитини (с. 810).
- Якщо дитина перебуває у стабільному стані й не має травм шиї: розмістіть її у стабільному боковому положенні (с. 810).

### ▶ Після оцінювання та надання допомоги за компонентами ABC (с. 800):

#### Анамнез

- Лихоманка (інфекція)
- Передозування ліками (напр., інсуліном) або проковтування отрути
- Супутні захворювання, такі як епілепсія, цукровий діабет, травми (голови), асфіксія при народженні
- Судоми: тривалість, генералізовані чи локальні.

#### Подальше оцінювання

### ▶ Оцініть неврологічний статус (Disability) і рівень свідомості:

- За шкалою AVPU: притомна, реагує на голос, реагує на біль, не реагує)
- Летаргія (дитина непритомна, однак реагує на біль) або кома (дитина не реагує на біль)
- Зіниці (неоднакового розміру або не реагують на світло).

### ▶ Проведіть оцінювання на предмет інших ознак:

- Лихоманка, висипання, що не бліднуть (петехії чи пурпура)
- Судоми
- Дивний/неприємний запах із рота.

#### Дослідження

- Пульсоксиметрія
- Рівень глюкози в крові.

**Таблиця 131. Диференціальна діагностика летаргії, коми та судом**

Причина	Фактори на користь
<b>Судоми (с. 522)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Аномальні повторні рухи чи тремтіння</li> <li>• Фебрильні судоми, пов'язані з гарячкою в дітей віком від 6 місяців до 5 років.</li> </ul>
<b>Зневоднення (тяжке) (с. 309)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Діарея і блювання або обширні опіки в анамнезі.</li> </ul>
<b>Діабетичний кетоацидоз (с. 673)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Високий рівень глюкози в крові</li> <li>• Полідипсія та поліурія в анамнезі</li> <li>• Запах ацетону з рота; глибоке, швидке, шумне дихання (дихання Куссмауля)</li> <li>• Часте блювання і гострий біль у животі.</li> </ul>
<b>Енцефаліт</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Змінений психічний стан</li> <li>• Локальні неврологічні ознаки, локальні судоми, головний біль</li> <li>• Може бути пов'язаний із гарячкою.</li> </ul>
<b>Травма голови (с. 550)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ознаки або наявність травм голови в анамнезі.</li> </ul>
<b>Тепловий удар (гіпертермія)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Перебування на сонці в анамнезі</li> <li>• Делірій, галюцинації, атаксія, дизартрія</li> <li>• Тахікардія, тахіпное</li> <li>• Блювання, діарея.</li> </ul>
<b>Гіпоглікемія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Низький рівень глюкози в крові (&lt; 2,5 ммоль/л або &lt; 45 мг/дл)</li> <li>• Тремор/тремтіння</li> <li>• Пришвидшене серцебиття, пальпітації</li> <li>• Пітливість.</li> </ul>
<b>Менінгіт (с. 198)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гарячка, ригідність потиличних м'язів, випукле тім'ячко, опістотонус.</li> </ul>
<b>Отруєння (с. 834)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Передозування ліками, наркотичними речовинами або проковтування отрути в анамнезі</li> <li>• Дивний/неприємний запах із рота.</li> </ul>
<b>Постіктальний стан</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Судоми в анамнезі.</li> </ul>

Причина	Фактори на користь
<b>Шок</b> (с. 818)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Холодні кінцівки/час наповнення капілярів &gt; 2 с</li> <li>• Швидкий слабкий пульс.</li> </ul>
<b>Септицемія</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Гарячкові захворювання в анамнезі</li> <li>• Дуже погане самопочуття дитини; шкіра може бути теплою або холодною</li> <li>• Можлива наявність петехій/пурпури.</li> </ul>

## Лікування

### ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ — МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ



- ▶ Спершу надайте необхідну допомогу за компонентами АВС: очистіть дихальні шляхи за потреби. Розгляньте доцільність застосування орофарингеального повітропроводу (с. 805).
- ▶ Забезпечте подачу кисню.
- ▶ Забезпечте судинний доступ (х 2).
- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ**

### Судоми

- ▶ Введіть бензодіазепіни короткої дії (с. 811).
- ▶ > 10 хв: повторіть введення бензодіазепінів.
- ▶ > 20 хв: підозрюйте епілептичний статус (с. 811).

### Зневоднення (тяжке)

- ▶ Після стабілізації стану дитини переходьте до плану лікування діареї С (с. 317). Розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактату Рінгера) в розрахунок 30 мл/кг протягом 30 хв (у дітей віком ≥ 12 місяців) або 1 год (у дітей віком < 12 місяців).

**Діабетичний кетоацидоз**

- ▶ Розпочніть в/в введення рідин (без глюкози) в розрахунку 10–20 мл/кг протягом 30 хв.

**Гіпоглікемія**

- ▶ Повільно введіть 10% розчин глюкози в/в з розрахунку 3 мл/кг (с. 812).

**Травма голови**

- ▶ Стабілізуйте шию дитини в положенні лежачи на спині (с. 810).

**Тепловий удар (гіпертермія)**

- ▶ Роздягніть дитину й покладіть пакети з льодом їй на шию, під пахви та на пах.
- ▶ Розпочніть в/в введення рідин кімнатної температури (фізіологічного розчину або лактату Рінгера) з розрахунку 20 мл/кг.
- ▶ Припиніть охолодження, щойно температура тіла дитини знизиться до  $< 38^{\circ}\text{C}$ .

**НЕ СЛІД** давати дитині парацетамол чи ібупрофен.

**Менінгіт, енцефаліт, септицемія**

- ▶ Введіть першу дозу антибіотиків, якщо транспортування до лікарні затримується: цефтріаксон в/в або в/м у дозуванні 50 мг/кг; для новонароджених — цефотаксим в/в 50 мг/кг (таблиця 138).

### **Отруєння**

- ▶ Зверніться до місцевого токсикологічного центру за рекомендаціями [www.who.int/poisoncentres](http://www.who.int/poisoncentres).
- ▶ Призначайте специфічне лікування залежно від виду отруйної речовини та шляху отруєння (с. 835).

### **Шок**

- ▶ Забезпечте лікування шоку відповідно до компоненту Кровообіг (Circulation) (с. 818).

## 9.7 Травми



- За наявності підозр на травму шії стабілізуйте шию дитини (с. 810).
- Ідентифікуйте ушкодження, що загрожують життю, і розгляньте необхідність лікування шоку.
- Забезпечте знеболювання.

### ► Після оцінювання та надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800):

#### Анамнез

- Час, механізм та обставини
- Втрата свідомості, амнезія або головний біль
- Схильність до кровотеч в анамнезі
- Жорстоке поводження з дитиною, напр., у випадках, коли наявні ушкодження не співпадають із наданими поясненнями або коли звернення по допомогу відкладається.

#### Подальше оцінювання

- **Первинний огляд:** проведіть оцінювання та надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800).
- Лише за умови стабільності за критеріями ABCD переходьте до повного фізикального огляду, звертаючи увагу, зокрема, на:
  - Голова: аномалії на черепі та в очах, ушкодження зовнішнього вуха та периорбітальних м'яких тканин
  - Шия: проникаючі поранення, підшкірну емфізему, зміщення трахеї та видимість шийних вен
  - Неврологічні ознаки: рівень свідомості (шкала AVPU), відчуття та рефлекси
  - Грудна клітка: ключиці й усі ребра, дихальні шуми і звуки серцебиття
  - Живіт: проникаючі рани живота, які потребують хірургічного втручання, синці на ділянці живота у випадку тупих травм і ректальне дослідження за необхідності
  - Таз і кінцівки: переломи, периферичні пульси, порізи, синці й інші дрібні ушкодження.
- Оцінювання болю (с. 564).

**Таблиця 132. Ознаки специфічних травм**

Травма	Ознаки
<b>Переломи</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• набряк, деформація, неприродні рухи, крепітація, втрата функцій, перфузія та/або чутливість</li> <li>• Відкритий чи закритий перелом.</li> </ul>
<b>Травма голови</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Знижений рівень свідомості</li> <li>• Синці в периорбітальній ділянці, кров за барабанною перетинкою, витік спинномозкової рідини або крові з носа чи вуха</li> <li>• Зіниці різного розміру.</li> </ul>
<b>Травма грудної клітки</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Задишка</li> <li>• Пневмоторакс: знижене або відсутнє входження повітря з одного боку з гіперрезонансом при перкусії з того ж боку</li> <li>• Гемоторакс: знижене або відсутнє входження повітря з одного боку з гіперрезонансом при перкусії з того ж боку, ознаки шоку.</li> </ul>
<b>Травми живота</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болючість у ділянці живота, здуття живота</li> <li>• Синці</li> <li>• Розрив селезінки: біль, болючість у верхній лівій частині живота, ознаки шоку.</li> </ul>

**!** Пам'ятайте про механізми травм, пов'язані з ушкодженнями, що характеризуються високим ступенем ризику (таблиця 133). Ці ушкодження можуть лишитися непоміченими, і для дитини, яка на перший погляд є стабільною, може існувати високий ризик швидкого погіршення стану чи навіть смерті (напр., за наявності ушкодження селезінки при травмах живота). Направте дитину до лікарні (навіть якщо вона виглядає добре) для подальшого оцінювання.

**Таблиця 133. Механізми травм, пов'язані з ушкодженнями, що характеризуються високим ступенем ризику**

Тупі травми
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Зіткнення транспортних засобів: викидання з автомобіля, загибель іншого пасажирів в тому самому транспортному засобі, перекидання транспортного засобу, час витягання &gt; 20 хв</li> <li>• Автомобільна аварія на високій швидкості: початкова швидкість &gt; 64 км/год, деформація автомобіля &gt; 50 см, проникнення в салон &gt; 30 см</li> <li>• Аварія на мотоциклі на швидкості &gt; 32 км/год або з випаданням водія із сідла мотоцикла</li> <li>• Дорожно-транспортна пригода за участі автомобіля й пішохода на швидкості &gt; 8 км/год, відкидання пішохода або наїзд на нього</li> <li>• Падіння з висоти &gt; 3 м або у 2–3 рази більшою за зріст дитини.</li> </ul>

**Проникаючі травми**

- Будь-яке проникаюче ушкодження голови, шиї, грудної клітки, живота або кінцівок у ділянці, близькій до ліктя чи коліна.

**Лікування****ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ —  
МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**

- ▶ Завжди підозрюйте ушкодження голови та хребта і стабілізуйте шию в пацієнтів із травмою та зміниним станом свідомості (с. 810).
- ▶ Забезпечте подачу кисню при підозрі на гіпоксію.
- ▶ Накладіть на рани стерильні пов'язки.
- ▶ Залиште будь-які проникаючі предмети на місці.
- ▶ Якщо втрата крові продовжується, а також при поганій перфузії вводьте рідини в/в (фізіологічний розчин або лактат Рінгера) через дві системи для інфузій великого діаметру.
- ▶ Забезпечте знеболення (с. 566). При сильному болю давайте морфін (0,4 мг/кг перорально) або кетамін (1 мг/кг в/в або 4 мг/кг інтраназально) з мідазоламом (0,1 мг/кг в/в або 0,2 мг/кг інтраназально) під медичним наглядом. Ретельно моніторуйте показники життєдіяльності і тримайте поруч робочу маску з мішком.
- ▶ Перевірте статус вакцинації проти правця (повний курс вакцинації + бустерна доза протягом останніх 5 років?) та зробіть профілактичне щеплення проти правця за необхідності.

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ****НЕ СЛІД** давати дитині їсти чи пити.

- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

**Травма з шоком**

- ▶ Зупиніть будь-яку зовнішню кровотечу, застосувавши прямий тиск (с. 830).
- ▶ Розпочніть в/в введення рідин (фізіологічного розчину або лактат Рінгера) в розрахунок 10–20 мл/кг протягом 30 хв.

**Переломи**

- ▶ Стабілізуйте переломи за допомогою шин.

**Травма голови**

- ▶ При підозрі на травму шиї здійсніть стабілізацію шиї (с. 810).
- ▶ Забезпечте підйом голови над рівнем ліжка, нош чи каталки на 30°.

**Пневмоторакс**

- ▶ Використовуйте канюлю великого діаметру (напр., 14 G) для зменшення тиску в грудній клітці (с. 886).

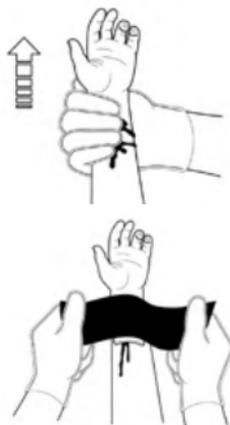
Інформацію щодо надання допомоги при ушкодженнях, які не є невідкладними, див. на с. 540–554.

**Вставка 14. Контроль зовнішніх кровотеч****Контроль зовнішніх кровотеч**

Застосування прямого тиску забезпечує контроль будь-якої кровотечі:

- ▶ Підніміть кінцівку, застосуйте прямий тиск, потім накладіть затискальну пов'язку.
- ▶ При будь-яких зовнішніх кровотечах із кінцівок накладайте джгут на період не більший за 10 хв: надуйте манжету сфігмоманометра над місцем візуалізації артеріального тиску.
- ▶ Тривале використання джгутів (> 10 хв) може призвести до пошкодження кінцівки.

**НЕ СЛІД** використовувати джгути в дітей із серповидноклітинною анемією.



**Контроль зовнішніх кровотеч**

## 9.8 Опіки та ошпарювання



- Ідентифікуйте ушкодження, що загрожують життю, і розгляньте необхідність лікування шоку.
- Забезпечте негайне охолодження свіжих опіків і ошпарювань.
- Забезпечте належне знеболювання.

### Анамнез

- Час, механізм та обставини:
  - Ризик інгаляційної травми та отруєння чадним газом (можливий вплив диму чи вогню)
  - Ризик пов'язаних ушкоджень (травмування при спробах втекти від вогню)
  - Механізм ушкодження і тривалість впливу для оцінювання глибини опіків.
- Жорстоке поводження з дитиною, напр., у випадках, коли наявні ушкодження не збігаються з наданими поясненнями або коли звернення по допомогу відкладається.

### Оцінювання

- ▶ **Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800) за необхідності.**
- ▶ **Проведіть оцінювання опіків та ошпарювань:**
  - Стридор, захриплість голосу (опіки внаслідок вдихання гарячих газів)
  - Площа опіку: оцініть відсоток обпеченої площі тіла відповідно до віку (вставка 15). Як альтернатива, використовуйте долоню дитини, щоб оцінити площу опіку: долоня дитини (з пальцями) еквівалентна приблизно 1% загальної площі тіла.
  - Глибина опіку (вставка 15).
- ▶ **Оцініть біль (с. 564).**

### Дослідження

- Пульсоксиметрія.

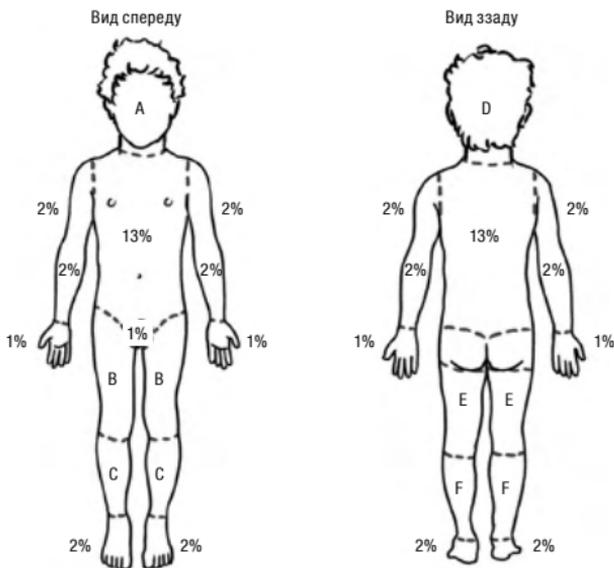
## Вставка 15. Оцінювання опіків

### Глибина опіку

Ступінь опіку	Ознаки
1-й	Еритема (почервоніння), відсутність порушень цілісності шкіри
2-й	Пухирі, болісність, рожевий (при поверхневих опіках) або білий (при глибоких опіках) колір шкіри
3-й	Обвуглена (чорного кольору) жорстка шкіра, втрата відчуттів
4-а	Біла чи обвуглена шкіра, ураження м'язової і кісткової тканин

### Розрахунковий % поверхні тіла, що зазнала опіків, у дітей різних вікових груп

Оцінити загальну площу опіків можна, додавши відсоток уражених поверхонь тіла, як показано на рисунку нижче; інформацію про ділянки тіла А–F, які змінюються відповідно до віку дитини, див. у таблиці нижче.



Ділянка	Вік (років)					
	0	1	5	10	15	Дорослі
Голова (A/D)	10%	9%	7%	6%	5%	4%
Стегна (B/E)	3%	3%	4%	4%	4%	5%
Гомілки (C/F)	2%	3%	3%	3%	3%	3%

Зверніть увагу, що для передньої і для задньої частин тіла відсотки є однаковими.

## Лікування



- ▶ Підставте обпечену ділянку під струмінь холодної води на п'ять хвилин або занурте її у прохолодну воду.
- ▶ Дитина не повинна замерзнути. **НЕ СЛІД** залишати вологу тканину на опіках, оскільки це може призвести до гіпотермії.
- ▶ Вводьте в/в рідини (лактат Рінгера): 10–20 мл протягом 30 хв, якщо опіки займають > 10% загальної площі тіла.
- ▶ Забезпечте знеболення (с. 564).
  - При сильному болю давайте морфін (0,4 мг/ кг перорально) або кетамін (1 мг/кг в/в або 4 мг/кг інтраназально) з мідазоламом (0,1 мг/кг в/в або 0,2 мг/кг інтраназально) під медичним наглядом. Ретельно моніторуйте показники життєдіяльності і тримайте поруч робочу маску з мішком.
- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість →  
Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

## Направлення

- ▶ Терміново направте дитину до лікарні, якщо:
  - Опіки, які вражають неповну товщину шкіри, займають > 10% загальної площі тіла.
  - Глибокі опіки займають > 2% загальної площі тіла.
  - Наявні опіки третього ступеню.
  - Наявні опіки обличчя, кистей, сосків, генітальної ділянки, суглобів.
  - Наявні інгаляційні травми.
  - Наявні циркулярні опіки кінцівок.
  - Опіки поєднуються з іншими травмами.
  - Наявні опіки внаслідок ураження струмом, у тому числі блискавкою.
  - Існують підозри щодо жорстокого поводження з дітьми.

Дітям, які потребують направлення до лікарні, **НЕ СЛІД** давати їсти або пити. Інформацію щодо надання допомоги при опіках, які не є невідкладними станами, див. на с. 547.

## 9.9 Отруєння



- Підозрюйте отруєння при будь-якому незрозумілому нездужанні дитини, яка раніше була здоровою.
- Поширені та небезпечні причини отруєнь у дітей і підлітків включають передозування парацетамолом, психіатричними препаратами, залізом та іншими лікарськими засобами.
- Ідентифікуйте отруєння, які потребують термінового введення антитоду (с. 837–838).

### Анамнез

- Шлях отруєння: проковтування, вдихання, вплив, контакт з очима.
- Дата і час отруєння.
- Отруйна речовина: спробуйте точно ідентифікувати відповідний агент, попросіть показати контейнер, етикетку, зразок таблеток, ягід або будь-яких інших підозрілих предметів/речовин. У випадку отруєння через проковтування визначте обсяг і частоту потрапляння агента в організм. Вважається, що отруєння існує при дозуванні, у 5 разів вищому за рекомендоване. Зверніть увагу, що традиційні ліки також можуть бути джерелом отруєння. Опікуни можуть не вважати лікарськими засобами деякі ліки, які можуть спричинити отруєння в дітей (напр., пастилки від кашлю).
- Перевірте, чи були задіяні інші діти.
- Будь-які скарги, напр., нудота, пекучий біль у роті, утруднене дихання, головний біль, розмитість зору, втрата свідомості, судоми.
- Випадкове чи навмисне отруєння.

### Оцінювання

- ▶ **Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800) за необхідності.**
- ▶ **Проведіть оцінювання на предмет ознак і симптомів отруєння.**

Залежно від отруйної речовини:

- Ознаки опіків у роті чи навколо нього або стридор (підозрюйте ушкодження верхніх дихальних шляхів або гортані внаслідок проковтування їдких речовин)

- Вдихання подразнювальних газів може викликати набряк і обструкцію верхніх дихальних шляхів, бронхоспазм і пневмоніт
- Аномальні зіниці (звужені, точкові зіниці).
- ▶ **Оцініть біль (с. 564).**

## Лікування

### ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ — МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ



- ▶ Стабілізуйте стан пацієнта, дотримуючись алгоритму ABCDE (с. 800).
- ▶ Забезпечте подачу кисню, якщо показник  $SpO_2 < 94\%$ .
- ▶ Зверніться до токсикологічного центру по рекомендації [www.who.int/poisoncentres](http://www.who.int/poisoncentres).
- ▶ Введіть антидот, якщо він є в наявності і це показано (таблиця 134, с. 837).
- ▶ Забезпечте відповідне знеболення (с. 564).
- ▶ Запропонуйте психосоціальну підтримку при отруєнні з метою самоушкодження (с. 591).
- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ**

При **проковтуванні** отруйних речовин

- ▶ Промийте рот дитини.

**НЕ НАМАГАЙТЕСЯ** викликати блювання

- ▶ Дайте активоване вугілля, за винятком випадків, коли дитина проковтнула такі специфічні отруйні речовини: нафтові сполуки, їдкі речовини, спирти, фосфорорганічні сполуки, ціаніди та солі металів, включаючи солі заліза та літію.
  - Змішайте вугілля з водою у пропорції 1 до 8–10, напр. 5 г на 40 мл води. За можливості дайте весь обсяг одразу: 1 г/кг для немовлят віком < 1 року, 25–50 г для дітей віком 1–12 років, 25–100 г для підлітків.
  - **НЕ СЛІД** давати активоване вугілля непритомним дітям.

**Примітка:** проковтнуті отрути слід видалити зі шлунка. Деконтамінація ШКТ із застосуванням активованого вугілля чи промивання шлунка є ефективною протягом 1 години після прийому отруйної речовини. Після цього, за винятком випадків, коли проковтнута отрута затримує спорожнення шлунка, ефективність таких методів є обмеженою. Зважуйте ймовірні переваги деконтамінації ШКТ та ризику, пов'язані з кожним відповідним методом. Деконтамінація ШКТ не гарантує повного видалення отруйної речовини, тому після її проведення дитина все ще може перебувати в небезпеці.

При **вдиханні** отруйних речовин

- ▶ Забезпечте подачу кисню, якщо наявний дихальний розлад, ціаноз або показник  $SpO_2 < 94\%$ .
- ▶ За наявності бронхоспазму застосуйте бронходилататори (напр., сальбутамол).

При **контакті шкіри** з отруйною речовиною

- ▶ Вживте заходів для запобігання отруєнню рятувальника при контакті з отруйною речовиною, напр., контамінованим одягом. Розгляньте доцільність застосування ЗІЗ (рукавичок, фартуха) усім персоналом, який надає допомогу пацієнту.
- ▶ Зніміть контамінований одяг.
- ▶ Промийте шкіру під теплою проточною водою.
- ▶ Обережно вимийте її з милом і водою.
- ▶ Знятий одяг та особисті речі слід безпечно зберігати у прозорому пластиковому пакеті із застібкою для подальшого очищення або утилізації.

**При потрапленні отруйної речовини в очі**

- ▶ Промивайте очі фізіологічним розчином або чистою проточною водою протягом 15 хв, тримаючи повіки відкритими.
- ▶ Якщо дитина лежить на боці, переконайтеся, щоб рідина після промивання одного ока не стікала в інше.
- ▶ За можливості ретельно огляньте очі з забарвленням флуоресцеїном для виявлення ознак ушкодження рогівки.

**Таблиця 134. Надання допомоги при специфічних видах отруєння**

! Забезпечуйте необхідну консультацію або направлення якомога швидше. Під час очікування на транспортування до спеціалізованого закладу забезпечте описане нижче лікування.

**Їдкі сполуки** (гідроксиди натрію + калію, кислоти, відбілювачі, засоби для дезінфекції)

**У разі проковтування їдких речовин НЕ СЛІД** викликати блювання чи використовувати активоване вугілля; це може лише завдати додаткової шкоди.

- ▶ Якомога швидше дайте дитині молока або води, щоб розбавити їдку речовину.

**НЕ СЛІД** давати дитині їсти чи пити.

**Нафтові сполуки** (гас, замінники скипидару, бензин)

**НЕ СЛІД** викликати блювання чи використовувати активоване вугілля.

- ▶ За наявності дихального розладу забезпечте подачу кисню (с. 813).
- ▶ У разі проковтування речовини: якомога швидше дайте дитині молока або води, щоб розбавити її.

**Фосфорорганічні та карбаматні сполуки** (малатіон, паратіон, тетраетил пірофосфат, мевінфос, карбамати)

- ▶ Видаліть отруйну речовину, промивши очі або шкіру (залежно від локалізації ураження).
- ▶ Якщо після проковтування отруйної речовини минуло не більше ніж 4 години, дайте активоване вугілля. **НЕ СЛІД** викликати блювання.
- ▶ Якщо в дитини наявні ознаки надмірної парасимпатичної активації (надмірна бронхіальна секреція, слинотеча, пітливість, сповільнений пульс, звужені зіниці, судоми, м'язова слабкість або поскикування з подальшим паралічем і втратою контролю над сечовипусканням, набряк легень і дихальна недостатність), надайте допомогу за алгоритмом ABCDE і терміново направте дитину до лікарні для введення атропіну.

**Аспірин та інші саліцилати**

- ▶ Дайте активоване вугілля. Може знадобитися декілька доз, оскільки, як правило, таблетки утворюють конкремент у шлунку.

**Залізо**

**НЕ СЛІД** давати активоване вугілля.

- ▶ Діти, які залишаються безсимптомними протягом перших 6 годин, ймовірно, не потребуватимуть антидоту.
- ▶ За наявності клінічних ознак отруєння (нудоти, блювання, болю в животі та діареї, блювоти чи фекалій сірого або чорного кольору), терміново направте дитину до лікарні для введення антидоту (дефероксаміну).

**Морфін та інші опіати**

- ▶ Введіть антидот налоксон внутрішньовенно (в/в) в дозуванні 10 мкг/кг; якщо в/в введення неможливе, вводьте в/м.
- ▶ За відсутності відповіді введіть ще одну дозу 10 мкг/кг. У разі погіршення дихальної функції може бути необхідним введення додаткових доз.

**Парацетамол**

- ▶ Якщо після проковтування парацетамолу минуло не більше ніж 4 години, дайте активоване вугілля (за наявності) або викличте блювання, окрім випадків, коли потрібне застосування антидоту (див. нижче).
- ▶ У разі проковтування 150 мг/кг або більшої кількості терміново направте дитину до лікарні для введення антидоту (метіоніну перорально або ацетилцистеїну в/в).

**Чадний газ**

- ▶ Забезпечте подачу кисню до зникнення ознак гіпоксії. Пам'ятайте, що діти з нормальним кольором шкіри все ще можуть мати гіпоксемію.
- ▶ Моніторуйте сатурацію крові киснем за допомогою пульсоксиметра (пам'ятайте про можливість завищення показників!). За наявності сумнівів орієнтуйтеся на клінічні ознаки гіпоксемії.

**Батарейки-таблетки (с. 562)****Направлення**

Якогомога швидше направляйте дитину до лікарні (надаючи інформацію про отруєння), якщо:

- У вашому закладі відсутнє активоване вугілля, показане до використання у відповідному випадку

- Потрібне введення специфічного антидоту
- Дитина навмисно проковтнула залізо, пестициди, парацетамол або аспірин, прийняла наркотики або антидепресанти.
- Відбулося проковтування їдких речовин чи нафтопродуктів (необхідна обсервація протягом щонайменше 6 год).
- У випадку потрапляння отруйних речовин в очі: наявні значні ушкодження кон'юнктиви або рогівки.

### Запобігання отруєнню

Див. інформацію щодо консультування з питань запобігання випадковим травмам на с. 124–128.

## 9.10 Укуси отрутних видів



- Дізнайтеся про поширені отруйні та отрутні види (змій, медуз і скорпіонів) у вашій місцевості, як розпізнати клінічно значущі отруєння та наявні види специфічного лікування.
- Іноді контакт із отруйними рибами й ужалення медуз швидко створюють загрозу для життя.

### Анамнез

- Отруйний чи отрутний вид (змія, скорпіон)
- Будь-які скарги, напр., нудота, блювання, біль у животі, утруднене дихання, головний біль, розмитість зору, втрата свідомості, судоми.

### Оцінювання

- ▶ **Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800) за необхідності.**
- ▶ **Оцініть ознаки ураження отрутою.**

Ознаки різняться залежно від типу отрути та її впливу:

- Місцевий біль і припухлість навколо місця укусу, що поступово поширюються вище по ураженій кінцівці
- Місцевий некроз, кровотеча або чутливе збільшення місцевих лімфатичних вузлів навколо місця укусу
- Кровотеча: зовнішня з ясен, ран або виразок; внутрішня, особливо внутрішньочерепна
- Ознаки нейротоксичності: утруднення дихання або параліч, птоз, бульбарний параліч (утруднення ковтання та говоріння), слабкість кінцівок
- Ознаки руйнування м'язової тканини: біль у м'язах і сеча чорного кольору.
- ▶ **Оцініть біль (с. 564).**

## Лікування

**ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ —  
МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**

- ▶ Стабілізуйте стан пацієнта, дотримуючись алгоритму ABCDE (с. 800), за необхідності, та розгляньте доцільність направлення до лікарні.
- ▶ Забезпечте подачу кисню, якщо показник  $SpO_2 < 94\%$ .
- ▶ Забезпечте відповідне знеболення (с. 564).
- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).
- ▶ У разі розвитку анафілаксії див. с. 820.

**Укус змії**

- ▶ Розмістіть дитину в положенні лежачи.
- ▶ Накладіть шину на уражену кінцівку, щоб зменшити рух і всмоктування отрути. Накладіть міцний еластичний бинт на всю уражену кінцівку, починаючи від пальців рук або ніг і з охопленням усієї кінцівки, в тому числі місця укусу.

**НЕ СЛІД** знімати бинт, доки дитина не прибуде до лікарні.

**НЕ СЛІД** розрізати чи очищувати рану або застосовувати джгут.

- ▶ Введіть в/в протиотрутий Ig за наявності (тип протиотрути залежить від виду змії).

**Контакт із отруйною рибою**

- ▶ Забезпечте відповідне знеболення (с. 564).

### **Ужалення медузи**

- ▶ Обережно видаліть прилиплі щупальця пінцетом.

**НЕ СЛІД** терти жало; це може призвести до додаткового виділення отрути.

**НЕ СЛІД** застосовувати спиртові розчини, такі як лосьйон для за-смаги: вони можуть посилити ураження.

### **Ужалення скорпіона**

- ▶ Очистіть рану.
- ▶ Забезпечте відповідне знеболення (с. 564). Якщо біль дуже сильний, накладіть на місце ужалення примочку з 1% розчином лідокаїну.
- ▶ Введіть в/в сироватку-протиотруту за наявності.

Інформацію щодо надання допомоги при укусах інших видів див. на с. 544.

## 9.11 Утоплення

### Анамнез

- Час, механізм, обставини:
  - Тривалість занурення
  - Механізм утоплення
  - Тип водойми
  - Нагляд за дитиною, ознаки жорстокого поводження чи нехтування.
- Супутні медичні стани, напр., епілепсія, аритмія, діабет.

### Оцінювання

- ▶ **Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800) за необхідності.**
- ▶ Перевірте наявність будь-яких тілесних ушкоджень, особливо у випадку пірнання чи випадкового падіння, напр., ушкоджень обличчя, голови та шийного відділу хребта.

### Дослідження

- Внутрішня температура
- Пульсоксиметрія
- Рівень глюкози в крові.

### Лікування

**ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ —  
МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**



- ▶ Забезпечте подачу кисню та належну оксигенацію.
- ▶ Зніміть із дитини весь мокрий одяг.
- ▶ За наявності, використовуйте назогастральний зонд для видалення проковтнутої води і сміття зі шлунка.
- ▶ Очікуючи екстреного транспортування до лікарні, забезпечте зовнішнє зігрівання дитини: якщо внутрішня температура > 32 °C, використовуйте радіаторні обігрівачі або утеплені сухі ковдри; якщо внутрішня температура < 32 °C, вводьте в/в підігріту рідину (39°C).
- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ**

## 9.12 Ураження електричним струмом

### Анамнез

- Механізм ураження електричним струмом, висока/низька напруга
- Будь-який період втрати свідомості (через аритмію)
- Нагляд за дитиною, ознаки жорстокого поведіння чи нехтування.

### Подальше оцінювання

- ▶ **Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE** (с. 800).
- ▶ Травматичні ушкодження, напр., пневмоторакс, перитоніт або переломи таза.

### Лікування

**ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ —  
МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ**



- ▶ Особиста безпека: переконайтеся, що струм вимкнено, тримайтеся подалі від дротів під напругою.
- ▶ Надайте невідкладну допомогу: забезпечте проходність дихальних шляхів, підтримку дихання та кровообігу.
- ▶ Забезпечте подачу кисню, особливо за наявності тяжкої гіпоксії, опіків обличчя чи ротової порожнини, втрати свідомості або нездатності захистити дихальні шляхи, а також дихального розладу.
- ▶ Розпочинайте реанімацію з використанням звичайного фізіологічного розчину або лактату Рінгера в усіх пацієнтів зі значними опіками.
- ▶ Перевірте статус вакцинації проти правця (повний курс вакцинації + бустерна доза протягом останніх 5 років?) та зробіть профілактичне щеплення проти правця за необхідності.
- ▶ За потреби проведіть оброблення ран (с. 540).
- ▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

## 9.13 Гострий живіт



- Забезпечте якомога швидше лікування шоку та інфекції.
- Забезпечте ефективне знеболення.
- Не давайте пацієнту нічого їсти чи пити, якщо потенційно може знадобитися хірургічне втручання.

### Анамнез

- Характер болю, напр., вогнищевий/дифузний, стійкий/переривчастий, коликоподібний
- Блювання, діарея (з кров'ю), закреп
- Лихоманка, дизурія, кашель
- Травма чи хірургія ОЧП в анамнезі.
- Супутні стани, напр., цукровий діабет, запальне захворювання кишечника.

### Оцінювання

- ▶ **Забезпечте оцінювання й надання допомоги за алгоритмом ABCDE (с. 800) за необхідності.**
- ▶ Проведіть перевірку на предмет:
  - Здуття живота, набряку мошонки, ознак грижі
  - Ознак перитоніту: ригідний живіт, захисне напруження м'язів передньої черевної стінки, сильний біль у животі та болючість, яка посилюється при русі, кашлі або натисканні, болісні відчуття при різкому послабленні тиску
  - Синці, жовтяниця, петехії/пурпура.

### Дослідження

- Рівень глюкози в крові
- Експрес-аналіз сечі
- Тест на вагітність за наявності показань.

## Диференціальна діагностика гострого живота

Біль у животі є поширеним явищем у дітей і зазвичай не пов'язаний із невідкладними станами. У таблиці 135 наведено лише ті причини гострого живота, які потребують невідкладної допомоги та направлення до лікарні. Інформацію щодо інших причин гострого болю в животі див на с. 343.

**Таблиця 135. Диференціальна діагностика гострого живота**

Причина	Фактори на користь
<b>Травми живота</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Травми живота в анамнезі, наявність синців.</li> </ul>
<b>Рубці</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Хірургія органів черевної порожнини (ОЧП) в анамнезі.</li> </ul>
<b>Апендицит</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Біль у правому підребер'ї, блювання, болісні відчуття при різкому послабленні тиску.</li> </ul>
<b>Перфорація шлунково-кишкового тракту</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Запальне захворювання кишечника, хірургія ОЧП в анамнезі.</li> </ul>
<b>Позаматкова вагітність</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Дівчина, що досягла менархе</li> <li>Аменорея, кровотеча з піхви.</li> </ul>
<b>Проковтування стороннього предмета (с. 562)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Анамнез, дитина молодшого віку.</li> </ul>
<b>Грижа (защемлена) (с. 417)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Набряк пахової чи пупкової ділянки або мошонки.</li> </ul>
<b>Інвагінація кишок</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Типовий вік: 2 місяці — 2 роки</li> <li>Періодичний/ подібний до колік біль.</li> </ul>
<b>Пептична виразка (с. 354)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Епігастральний біль, блювання, кровотеча.</li> </ul>
<b>Сильний закреп (с. 351)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>&lt; 3 дефекації на тиждень, біль при дефекації.</li> </ul>
<b>Перекрут яєчка (с. 411)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Сильний біль у генітальній ділянці</li> <li>Типовий вік: немовлята віком &lt; 1 року (особливо новонароджені) та підлітки.</li> </ul>
<b>Заворот кишок</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Новонароджена дитина, блювання (жовчу).</li> </ul>

## Лікування

**ЗАСПОКОЙТЕ ДИТИНУ — ПОКЛИЧТЕ НА ДОПОМОГУ —  
МОНІТОРУЙТЕ ПОКАЗНИКИ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ**

▶ Розпочніть в/в введення рідин: фізіологічного розчину або лактату Рінгера в розрахунку 10–20 мл/кг протягом 30 хв (с. 809).809

▶ Забезпечте знеболення (с. 564).

— При сильному болі давайте морфін (0,4 мг/ кг перорально) або кетамін (1 мг/кг в/в або 4 мг/кг інтраназально) з мідазоламом (0,1 мг/кг в/в або 0,2 мг/кг інтраназально) під медичним наглядом. Ретельно моніторуйте показники життєдіяльності і тримайте поруч робочу маску з мішком.

▶ Не давайте дитині нічого їсти чи пити, якщо потенційно може знадобитися хірургічне втручання.

▶ Зв'яжіться з закладом направлення для отримання рекомендацій щодо лікування перед направленням (напр., застосування антибіотиків при підозрі на інфекцію).

▶ Якщо транспортування дитини до лікарні відкладається, розгляньте доцільність застосування антибіотиків (див. відповідні розділи для вибору відповідних антибіотиків і дозування).

▶ Якщо дитина втрачає свідомість → Проведіть реанімаційні заходи (с. 802).

**ТЕРМІНОВО  
НАПРАВТЕ  
ДО  
ЛІКАРНІ**

## 9.14 Препарати для невідкладної допомоги

У цій таблиці наведено інформацію про дозування, лікарську форму та дози відповідно до маси тіла препаратів для ентерального (**жовті комірки**) і парентерального застосування (**рожеві комірки**) та препаратів, які застосовуються через небулайзер (**сині комірки**), що їх зазвичай використовують для дітей та підлітків у закладах первинної медичної допомоги.

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до віку і маси тіла							
			< 4 місяці	4–12 місяців	1–2 роки	3–4 роки	5–9 років	10–12 років	13–14 років	≥ 15 років
			3–< 6 кг	6–< 10 кг	10–< 15 кг	15–< 20 кг	20–< 30 кг	30–< 40 кг	40–< 50 кг	До-рослі
<b>Адреналін</b> (див. епінефрин)										
<b>Глюкоза</b>	3 мл/кг 10% розчину глюкози, швидко внутрішньовенно (в/в), див. с. 812									
<b>Дексаметазон</b> Тяжкий круп	0,6 мг/кг, разова доза (макс. доза: 16 мг)	Сироп, 2 мг/5 мл	5 мл	10 мл	–	–	–	–	–	–
		Таблетки, 2 мг	1	2	4	5	–	–	–	–
		Таблетки, 4 мг	½	1	2	2½	4	4	4	4
		Внутрішньом'язово (в/м): флакон, 4 мг/мл	0,6 мл	1,2 мл	1,8 мл	2,5 мл	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл
<b>Діазепам</b> Судоми	Ректально: 0,5 мг/кг (макс. доза: 20 мг)	Ректальні трубки 2,5 мг, 5 мг, 10 мг	2,5 мг <sup>a</sup>	5 мг	5 мг	10 мг	10 мг	15 мг	20 мг	20 мг
		Розчин: 10 мг/2 мл	0,5 мл <sup>a</sup>	1 мл	1,25 мл	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	4 мл	4 мл
	В/в: 0,2–0,25 мг/кг (макс. доза: 10 мг)	Розчин 10 мг/2 мл	0,2 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,75 мл	1,25 мл	1,75 мл	2 мл	2 мл

**Епінефрин** (адреналін)

Тяжкий круп	0,5 мл/кг розчину 1:1 000 (макс. доза: 5 мл)	Через небулайзер: розчин 1:1 000	–	3 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл
Анафілаксія	≤ 6 років: 0,15 мл > 6 років: 0,3 мл	В/м: розчин 1:1 000	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл
Реанімація	0,01 мг/кг (= 0,1 мл/кг кожні 3–5 хв (макс. 1 мг = 10 мл)	В/в або внутрішньокістково (в/к): розчин 1:10 000	0,5 мл	0,7–1 мл	1–1,5 мл	1,5–2 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–5 мл	5–10 мл

**Примітка:** приготуйте розчин 1:10 000, додавши 1 мл розчину 1:1 000 до 9 мл фізіологічного розчину або 5% розчину глюкози.

**Кетамін**

Седация, сильний біль (травми, опіки)

Розрахуйте **точну** дозу на основі маси тіла дитини або використовуйте наведені нижче дози, якщо це неможливо.

Інтраназально: 4 мг/кг, по половині дози в кожну ніздрю (макс. 50 мг = 1 мл на ніздрю)	Використовуйте в/в форму	–	30 мг	50 мг	70 мг	100 мг	100 мг	100 мг	100 мг
Навантажувальна доза: 1 мг/кг	В/в флакон 50 мг/мл	–	8 мг	12 мг	15 мг	25 мг	35 мг	45 мг	60 мг
Додаткова доза (за необхідності): 0,5 мг/кг (макс. доза: 100 мг)		–	4 мг	6 мг	8 мг	12 мг	17 мг	25 мг	30 мг

**Примітка:** не рекомендовано для дітей віком < 3 місяці.

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до віку і маси тіла							
			< 4 місяці	4–12 місяців	1–2 роки	3–4 роки	5–9 років	10–12 років	13–14 років	≥ 15 років
			3–< 6 кг	6–< 10 кг	10–< 15 кг	15–< 20 кг	20–< 30 кг	30–< 40 кг	40–< 50 кг	До-рослі
<b>Лоразепам</b> Судоми	0,1 мг/кг (макс. доза: 4 мг)	В/в 2 мг/мл	–	0,8 мг (0,4 мл)	1,2 мг (0,6 мл)	1,8 мг (0,9 мл)	2,5 мг (1,2 мл)	3,5 мг (1,7 мл)	4 мг (2 мл)	4 мг (2 мл)
<b>Метил-преднізолон</b>	2 мг/кг 1 раз на добу (макс. 60 мг/добу)	В/м 40 мг/мл В/м 80 мг/мл	0,2 мл 0,1 мл	0,4 мл 0,2 мл	0,6 мл 0,3 мл	0,8 мл 0,4 мл	1,2 мл 0,6 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл
<b>Мідазолам</b> Судоми (у випадку болю див. с. 919)	0,2 мг/кг (макс. доза: 10 мг)	інтраназально/ трансбукально 5 мг/мл	–	1,5 мг (0,3 мл)	2,5 мг (0,5 мл)	3,5 мг (0,7 мл)	5 мг (1 мл)	7 мг (1,5 мл)	9 мг (1,2 мл)	10 мг (2 мл)
	0,2 мг/кг (макс. доза: 10 мг)	В/м 1 мг/мл	–	1,5 мг (1,5 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	3,5 мг (3,5 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	9 мг (9 мл)	10 мг (10 мл)
	0,15 мг/кг (макс. доза: 7,5 мг)	В/в 1 мг/мл	–	1,2 мг (1,2 мл)	1,8 мг (1,8 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	4 мг (4 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	7,5 мг (7,5 мл)
<b>Морфін</b>	Розрахуйте <b>точну</b> дозу на основі маси тіла дитини. Перорально: перша доза — 0,4 мг/кг (макс. доза: 20 мг), далі — 0,2 мг/кг кожні 4–6 год; за потреби збільшіть дозу в разі сильного болю.  В/м: перша доза — 0,2 мг/кг, далі — 0,1 мг/кг кожні 4–6 год (макс. 15 мг/добу) В/в: перша доза — 0,1 мг/кг, далі — 0,05 мг/кг кожні 4–6 год (макс. 15 мг/добу)									

<b>Налоксон</b>	10 мкг/кг, за необхідності повторюйте кожні 5 хвилин (макс. доза: 400 мкг)	В/в або в/м, флакон: 400 мкг/1 мл	0,1 мл	0,2 мл	0,3 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,9 мл	1 мл	1 мл
<b>Преднізолон</b>	1 мг/кг 2 рази на добу	Сироп: 5 мг/мл Таблетки, 5 мг Таблетки, 25 мг	0,8 мл 1	1,6 мл 1–2	2,5 мл 2	3,5 мл 3	5 мл 5	– –	– –	– –
<b>Фенобарбітал</b>	У випадку судом у новонароджених. Розрахуйте <b>точну</b> дозу на основі маси тіла дитини. В/в: навантажувальна доза 20 мг/кг. Якщо судоми не зникають, вводьте додаткові дози фенобарбіталу по 10 мг/кг до досягнення максимальної дози в 40 мг/кг. В/м / в/в: флакон, 200 мг/мл, розведений у 4 мл стерильної води.									
<b>Цефотаксим</b>	50 мг/кг/доза кожні 6 год (макс. 12 г/добу)	В/в або в/м: флакон, 250 мг, розчинити в 1 мл	1 мл*	1,5 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–6 мл	6–8 мл	8–10 мл	12 мл
<i>*Дозування та інтервали між дозами препаратів для новонароджених та недоношених немовлят вагою до 4,5 кг див. на с. 927.</i>										
<b>Цефтріаксон</b>	50 мг/кг/доза один або два рази на добу (макс. доза: 12 мг)	В/м: інформацію щодо розведення див. на маркуванні конкретного препарату	200 мг	400 мг	600 мг	900 мг	1–1,2 г	1,7 г	2,2 г	3 г

<sup>a</sup> При судамах у новонароджених застосовуйте фенобарбітал.

# Примітки

# Бібліографія

Цей кишеньковий довідник був розроблений на основі рекомендацій і настанов, що містяться в опублікованих документах, які регулярно переглядаються й оновлюються Комітетом із перегляду настанов ВООЗ. Такі документи доступні на вебсайті ВООЗ англійською мовою <https://www.who.int/>.

WHO (2021). Malnutrition. Geneva.

[https://www.who.int/health-topics/malnutrition#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/malnutrition#tab=tab_1).

WHO (2021). COVID-19 clinical management: living guidance. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338882>.

WHO (2021). Adolescent health. Geneva.

[https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1).

WHO (2021). Obesity and overweight. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>.

WHO (2021). Aide-memoire: infection prevention and control (IPC) principles and procedures for COVID-19 vaccination activities. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/338715>.

WHO (2021). Child growth standards. Geneva.

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards>.

WHO (2021). Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring: recommendations for a public health approach. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342899>.

WHO (2021). Guidelines: updated recommendations on HIV prevention, infant diagnosis, antiretroviral initiation and monitoring. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340190>.

WHO (2020). Palliative care. Fact sheets. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>.

WHO (2020). Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts: interim guidance. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333782>.

WHO (2020). Scabies. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>.

WHO (2020). Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected: interim guidance. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331495>.

WHO (2020). Soil-transmitted helminth infections. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/soil-transmitted-helminth-infections>.

WHO (2020). Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents with COVID-19: scientific brief. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332095>.

WHO (2020). Serum ferritin concentrations for the assessment of iron status in individuals and populations: technical brief. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337666>.

WHO Regional Office for Europe (2020). Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI): physical activity habits of children aged 6–9 in the WHO European Region. Copenhagen.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337342>.

WHO (2020). Recommendations for routine immunization - summary tables. Geneva.

<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/who-recommendations-for-routine-immunization---summary-tables>.

WHO (2020). Infant and young child feeding. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>.

WHO (2020). Vaccine position papers. Geneva.

<https://www.who.int/teams/immunization-vaccines-and-biologicals/policies/position-papers>.

WHO (2020). Clinical management of COVID-19: interim guidance. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332196>.

WHO (2020). Point-of-care tests for diagnosing HIV infection among children younger than 18 months. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331680>.

WHO (2019). Nutritional rickets: a review of disease burden, causes, diagnosis, prevention and treatment. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329859>.

WHO (2019). World Health Organization model list of essential medicines for children: 7th list. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325772>.

WHO (2019). Rubella. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rubella>.

WHO (2019). WHO Guidelines for the health sector response to child maltreatment. Geneva.

<https://www.who.int/publications/m/item/who-guidelines-for-the-health-sector-response-to-child-maltreatment>.

WHO (2019). Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 year of age. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.

WHO (2019). Policy brief: update of recommendations on first- and second-line antiretroviral regimens. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325892>.

WHO (2018). Influenza (seasonal). Geneva.

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-\(seasonal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/influenza-(seasonal)).

WHO (2018). Guideline: implementing effective actions for improving adolescent nutrition. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260297>.

WHO and UNICEF (2018). Implementation guidance: protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services: the revised Baby-friendly Hospital Initiative. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272943>.

WHO (2018). Policy brief: updated recommendations on first-line and second-line antiretroviral regimens and post-exposure prophylaxis and recommendations on early infant diagnosis of HIV: HIV treatment, interim guidelines. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/273632>.

WHO (2018). Recognizing neglected tropical diseases through changes on the skin: a training guide for front-line health workers. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272723>.

WHO (2018). Summary of relevant WHO recommendations for action and research on Sexually Transmitted Infections (excluding HIV). Geneva.

[https://www.gfmer.ch/400\\_Publications\\_En.htm](https://www.gfmer.ch/400_Publications_En.htm).

WHO (2018). Microcephaly. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/microcephaly>.

WHO (2018). Animal bites. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/animal-bites>.

WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into primary health care: a WHO guide for planners, implementers and managers. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274559>.

WHO (2018). Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health-care planners, implementers and managers. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274561>.

WHO (2018). Medical management of abortion. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/278968>.

WHO (2018). Standards for improving the quality of care for children and young adolescents in health facilities. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272346>.

WHO (2018). Typhoid. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>.

WHO and UNICEF (2016). New fixed-dose combinations for the treatment of TB in children. Geneva

[https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/new-fixed-dose-combinations-treatment-tb-children\\_0.pdf](https://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/resource/new-fixed-dose-combinations-treatment-tb-children_0.pdf).

WHO (2018). Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/260233>.

WHO and ICRC (2018). Basic emergency care: approach to the acutely ill and injured: participant workbook. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275635>.

WHO Regional Office for Europe (2018). Health of refugee and migrant children: technical guidance. Copenhagen.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342285>.

WHO Regional Office for Europe (2018). European status report on preventing child maltreatment. Copenhagen.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342240>.

WHO (2018). Nurturing care for early child development: a framework for helping children survive and thrive to transform health and human potential. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/272603>.

WHO (2018). HIV diagnosis and ARV use in HIV-exposed infants: a programmatic update. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/273155>.

WHO (2017). WHO recommendations on adolescent sexual and reproductive health and rights. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/275374>.

WHO (2017). Diarrhoeal diseases. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diarrhoeal-disease>.

WHO (2017). Recommendations on adolescent health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259628>.

WHO (2017). Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259425>.

WHO (2017). Responding to children and adolescents who have been sexually abused: WHO clinical guidelines. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259270>.

WHO (2017). Guideline: assessing and managing children at primary health-care facilities to prevent overweight and obesity in the context of the double burden of malnutrition. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259133>.

WHO and UNICEF (2017). Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255760>.

WHO (2017). Save lives: a road safety technical package. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255199>.

WHO (2017). Global accelerated action for the health of adolescents (AA-HA!): guidance to support country implementation. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255415>.

WHO Regional Office for Europe (2017). Vaccine safety and false contraindications to vaccination: training manual. Copenhagen.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/350968>.

WHO (2017). WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO guidelines review committee. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259269>.

WHO (2017). Preventing drowning: an implementation guide. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255196>.

WHO (2016). Guidelines for the treatment of Chlamydia trachomatis. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246165>.

Всесвітня організація охорони здоров'я. (2020). Керівництво mhGAP: для ведення психічних, неврологічних розладів і розладів, пов'язаних зі вживанням психоактивних речовин, у неспеціалізованих закладах охорони здоров'я, версія 2.0. Європейське регіональне бюро ВООЗ. Копенгаген.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/334239>.

WHO (2016). Updated guidelines: paediatric emergency triage, assessment and treatment: care of critically-ill children. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204463>.

WHO (2016). WHO guidelines for the treatment of Neisseria gonorrhoeae. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/246114>.

WHO (2016). Selected practice recommendations for contraceptive use, 3rd ed. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/252267>.

WHO (2016). WHO guidelines for the treatment of Treponema pallidum (syphilis). Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249572>.

WHO (2016). Guideline: daily Iron supplementation in infants and children. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204712>.

WHO (2016). Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach, 2n ed. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/208825>.

WHO Regional Office for Europe (2016). Improving the quality of care for reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health in the WHO European Region: a regional framework to support the implementation of health 2020. Copenhagen.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352380>.

WHO (2016). WHO guidelines for the treatment of genital herpes simplex virus. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250693>.

WHO, UNFPA and UNICEF (2015). Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/249580>.

WHO (2015). Medical eligibility criteria for contraceptive use, 5th ed. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/181468>.

WHO (2015). Update of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) guidelines for mental, neurological and substance use disorders. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/204132/>.

WHO (2015). Guideline: sugars intake for adults and children. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/149782>.

WHO (2015). Ten strategies for keeping children safe on the road. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/162176>.

WHO Regional Office for Europe (2015). Children's rights in primary health care. Volumes 1 - 6. Copenhagen

[bit.ly/30Lr97W](http://bit.ly/30Lr97W).

WHO (2015). Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186275>.

WHO (2014). Clinical practice handbook for safe abortion. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97415>.

WHO (2014). Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children, 2nd ed. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112360>.

PAHO (2014). Early diagnosis of childhood cancer. Washington.

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34850>.

WHO (2013). Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and

young child health and nutrition. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/84409>.

WHO (2013). Meeting report: autism spectrum disorders and other developmental disorders: from raising awareness to building capacity: World Health Organization, Geneva, Switzerland 16–18 September 2013. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/103312>.

WHO (2013). Pocket book of hospital care for children: guidelines for the management of common childhood illnesses, 2nd ed. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/81170>.

WHO (2012). Care for child development: improving the care of young children. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/75149>.

WHO (2011). A guide to clinical management and public health response for hand, foot and mouth disease (HFMD). Manila.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/207490>.

WHO (2011). Haemoglobin concentrations for the diagnosis of anaemia and assessment of severity. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/85839>.

WHO (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44399>.

WHO (2010). Unintentional Childhood Injuries. Children's Health and the Environment: WHO training package for the health sector. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336890>.

Baltag, Valentina, Mathieson, Alex and WHO Regional Office for Europe. (2010). Adolescent job aid: a handy desk reference tool for primary level health workers. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44387>.

WHO (2010). Youth-friendly health policies and services in the European region: sharing experiences. Copenhagen.

<http://www.who.int/iris/handle/10665/107284>.

WHO and UNICEF (2009). WHO child growth standards and the identification of severe acute malnutrition in infants and children : joint statement by the World Health Organization and the United Nations Children's Fund. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44129>.

WHO (2008). mhGAP: Mental Health Gap Action Programme: scaling up care for mental, neurological, and substance use disorders. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43809>.

Sethi, Dinesh, Towner, Elizabeth, Vincenten, Joanne, Segui-Gomez, Maria & Racioppi, Francesca. (2008). European report on child injury prevention. Copenhagen.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326500>.

WHO (2008). A WHO plan for burn prevention and care. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/97852>.

WHO (2007). Mumps vaccines position paper. Geneva.

[https://www.who.int/publications/i/item/WER8207\\_51-60](https://www.who.int/publications/i/item/WER8207_51-60).

WHO (2006). Orientation programme on adolescent health for health-care providers. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42868>.

WHO (2005). Epidemiology and management of common skin diseases in children in developing countries. Geneva.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/69229>.

Ahamed, Nisha, Yurasova, Yelena, Zaleskis, Richard, Grzemska, Malgorzata, Reichman, Lee B. et al. (2004). Brief guide on tuberculosis control for primary health care providers: for countries in the WHO European region with a high and intermediate burden of tuberculosis. Copenhagen.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/347447>.

WHO (2003). Radiation: sun protection. Geneva.

<https://www.who.int/news-room/q-a-detail/radiation-sun-protection>.

# Примітки

# Організація первинної медичної допомоги

<b>A1.1</b>	<b>Створення комфортного для дитини та підлітка середовища</b>	<b>863</b>
<b>A1.2</b>	<b>Тріаж при зверненні</b>	<b>863</b>
<b>A1.3</b>	<b>Профілактика інфекцій та інфекційний контроль</b>	<b>864</b>
<b>A1.4</b>	<b>Обладнання</b>	<b>867</b>
<b>A1.5</b>	<b>Препарати для невідкладної допомоги</b>	<b>868</b>
<b>A1.6</b>	<b>Лабораторні та радіологічні дослідження</b>	<b>869</b>
<b>A1.7</b>	<b>Направлення новонароджених, дітей та підлітків</b>	<b>871</b>

## A1.1 Створення комфортного для дитини та підлітка середовища

Створюйте веселе, дружнє та комфортне середовище для дітей різного віку:

- Різні зони, відведені для дітей, мають бути спроектовані таким чином, щоб забезпечувати комфортні умови для дитини. У зонах очікування можна облаштувати окремі ігрові зони для дітей молодшого віку з іграшками, книжками, папером для малювання і кольоровими олівцями та дошками з крейдою. Також у зонах очікування можна розмістити інформаційні екрани для дітей різного віку.
- Забезпечити комфортні умови для підлітків у зоні очікування можна, створивши окрему зону для підлітків із постерами, флаєрами й коміксами. Доцільно також розглянути можливість призначення планових профілактичних оглядів підліткам в інші години, ніж планові профілактичні огляди немовлят і дітей, щоб підлітки почувалися комфортніше серед однолітків.

## A1.2 Тріаж при зверненні

Одразу при зверненні дітей до закладу потрібно оцінювати їхній стан на наявність ознак необхідності невідкладної допомоги (див. главу 9). Це дозволяє ідентифікувати тих небагатьох дітей, які потребують негайної невідкладної

допомоги, та тих, які можуть безпечно почекати. Увесь персонал, у тому числі немедицинний і працівники реєстратури, які відповідають на телефонні дзвінки, повинні мати відповідну підготовку для проведення такого першого швидкого оцінювання по телефону або після прибуття дитини до закладу. Весь персонал повинен уміти надавати першу невідкладну допомогу.

### A1.3 Профілактика інфекцій та інфекційний контроль

#### Правильне розміщення та ізоляція пацієнтів

- ▶ Негайно ізолюйте дітей із респіраторними симптомами та підозрою на респіраторні захворювання (напр., COVID-19, грип) в окремому, добре провітрюваному приміщенні для очікування. Якщо це неможливо, розміщуйте їх на відстані не менше ніж 1 метр від інших. Видавайте таким дітям медичні маски.
- ▶ За можливості у відповідних приміщенні або зоні повинні бути окремі туалети, станції гігієни рук і контейнери для відходів для утилізації використаних паперових серветок.
- ▶ Щоб мінімізувати ризик інфікування, призначайте планові профілактичні огляди дітей у другій половині дня (в ідеалі, в позашкільний час), а ранок відводьте для оглядів хворих дітей. Можна також виділити окремі кабінети для проведення оглядів хворих дітей і планових профілактичних оглядів.

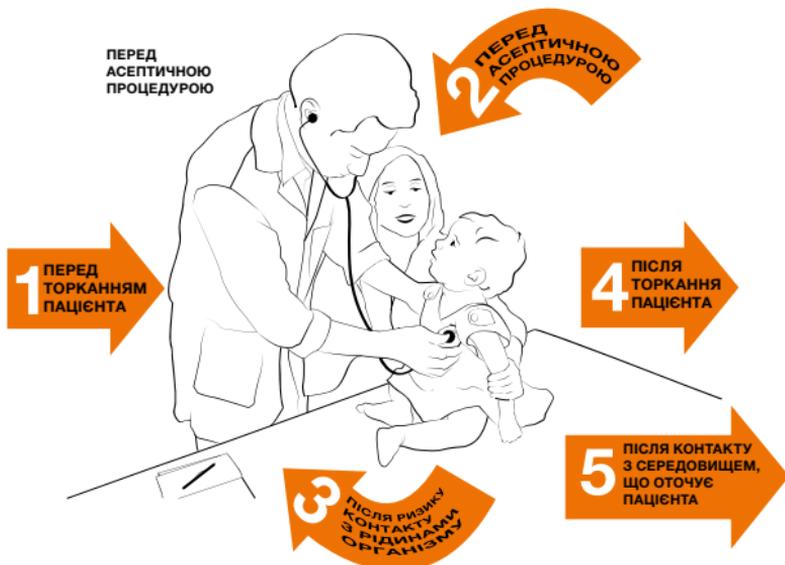
З метою зменшення ризику передавання патогенів, що передаються через кров, респіраторних та інших патогенів у всіх закладах первинної медичної допомоги завжди повинні застосовуватися стандартні заходи з профілактики інфекцій та інфекційного контролю для всіх пацієнтів.

#### Заходи з респіраторної гігієни

- ▶ Забезпечте наявність графічної інформації для пацієнтів про гігієну рук і респіраторну гігієну (напр., щодо необхідності прикривати ніс і рот серветкою або зігнутих ліктем під час кашлю або чхання).
- ▶ Проводьте гігієнічне оброблення рук після контакту з виділеннями з дихальних шляхів або потенційно забрудненими предметами.
- ▶ Видавайте дітям із респіраторними симптомами медичні маски.

#### Гігієна рук

- ▶ Проводьте гігієнічне оброблення рук із використанням засобу для дезінфекції для рук на спиртовій основі, що містить щонайменше 70% спирту, у зазначених випадках (див. ілюстрацію).
- ▶ Якщо руки візуально забруднені, їх слід мити водою з милом.



## 313

- ▶ Використовуйте такі 3І3, як медичні маски, рукавички, халати та засоби для захисту очей, щоб зменшити вплив патогенів за наявності ризику потрапляння бризок або контакту з кров'ю, рідинами організму, виділеннями та uszkodженою шкірою пацієнтів. При роботі з пацієнтами з підозрою на висококонтагіозне респіраторне захворювання (напр., COVID-19) завжди вдягайте медичну маску.
- ▶ Надягайте і знімайте 3І3 правильно.
- ▶ Проводьте гігієну рук перед надяганням та після зняття 3І3.
- ▶ Повністю знімайте 3І3 після використання, перед тим, як торкатися до незабруднених предметів і поверхонь, а також перед тим, як починати роботу з іншим пацієнтом.

## Запобігання травмуванню голками чи гострими інструментами

- ▶ Викидайте використані голки та гострі інструменти з дотриманням правил безпеки у відповідні стійкі до проколів контейнери. Плануйте безпечне поводження з голками та утилізацію голок перед їх використанням, напр., перед проведенням ін'єкції перевіряйте, чи є на відстані витягнутої руки безпечний контейнер.
- ▶ Ніколи не надягайте ковпачок на голку повторно.
- ▶ Ніколи не заповнюйте безпечний контейнер більше ніж на три чверті.

## Очищення і дезінфекція обладнання та приміщення

- ▶ Очищуйте і дезінфікуйте всі поверхні у закладі, особливо поверхні, яких торкаються найчастіше, регулярно, а також тоді, коли вони візуально брудні або забруднені рідинами організму. Протирайте їх мийним засобом, після чого обробляйте схваленим засобом для дезінфекції (напр., 0,1% гіпохлоритом натрію).
- ▶ Проводьте очищення та дезінфекцію обладнання регулярно.
- ▶ У разі підозри на висококонтагіозне інфекційне захворювання (напр., COVID-19) дезінфікуйте поверхні після кожної зустрічі з пацієнтом. Уникайте забруднення поверхонь у приміщенні, напр., дверних ручок та вимикачів світла.

## Безпечне поводження з відходами

- ▶ Поводьтеся з відходами, забрудненими кров'ю, рідинами організму, виділеннями, у тому числі тканинами людини, та із засобами індивідуального захисту, як із клінічними відходами відповідно до вимог нормативно-правових актів.

## A1.4 Обладнання

У всіх закладах первинної медичної допомоги має бути таке стандартне обладнання для надання клінічної та невідкладної допомоги:

<b>Стандартне обладнання</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Медична кушетка</li> <li>• Стетоскоп</li> <li>• Термометр</li> <li>• Діагностичний ліхтарик</li> <li>• Рефлекторний молоточок</li> <li>• Отоскоп</li> <li>• Турнікет</li> <li>• Контейнер для утилізації гострих відходів</li> <li>• Відповідні для віку ваги</li> <li>• Зростомір</li> <li>• Горизонтальний зростомір</li> <li>• Вимірвальні стрічки</li> <li>• Прилад для вимірювання артеріального тиску: сфігмоманометр.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Відповідні для віку манжети для вимірювання артеріального тиску (для немовлят, дітей, дорослих, манжети на стегно)</li> <li>• Пульсоксиметр із датчиком для дітей</li> <li>• Таблиця для перевірки гостроти зору</li> <li>• Таблиця для перевірки колірного сприйняття</li> <li>• Картки для перевірки стереоскопічного зору (тесту Ланга)</li> <li>• Пікфлоуметр</li> <li>• Білірубінометр</li> <li>• Електрокардіограф</li> <li>• Безпечне джерело тепла (променевий обігрівач)</li> <li>• Холодильник.</li> </ul>
<b>Витратні матеріали</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Шпателі для язика</li> <li>• Сечоприймачі</li> <li>• Оглядові рукавички (безлатексні, стерильні і нестерильні)</li> <li>• Спиртові серветки для оброблення шкіри та марля</li> <li>• Внутрішньовенні (в/в) канюлі та голки-метелики (14–24 G) із клейкою стрічкою</li> <li>• Голки (19–25 G)</li> <li>• Шприци об'ємом 1, 2, 5, 10, 20 та 50 мл</li> <li>• Водостійка ручка, етикетки для лікарських засобів, прості етикетки</li> <li>• Стерильна пов'язка, шини, клейка стрічка, ножиці, голки для накладання швів, щипці, тканинний клей</li> <li>• Набір для в/в введення (бюретка/мікрокрапельниця)</li> <li>• Набір подовжувачів із триходовими кранами/заглушками</li> <li>• Голки для внутрішньокісткових ін'єкцій</li> <li>• Прилад для розпилення речовин на слизові оболонки для інтраназального введення препаратів.</li> </ul>	

#### Обладнання для надання допомоги при невідкладних станах

- Мішок Амбу (450 і 1 000 мл) із резервуаром
- Лицьова маска (розміри: 00, 0, 1, 2, 4)
- Неревверсивні кисневі маски з резервуаром (для дітей і дорослих)
- Орофарингеальні повітропроводи (розміри: 00, 0, 1, 2, 3, 4, 5)
- Небулайзер або дозувальний аерозольний інгалятор зі спейсером/масками для немовлят/дітей
- Кисневий балон із регулятором тиску і трубкою
- Назальні канюлі (для дітей і дорослих)
- Портативний прилад для відсмоктування
- М'які аспіраційні катетери (розміри: 5–16 F)
- Клейка стрічка з кольоровим кодуванням/роздрукована інформація про дози препаратів, алгоритми, протокол невідкладної допомоги.

### A1.5 Препарати для невідкладної допомоги

У всіх закладах первинної медичної допомоги повинні бути в наявності такі препарати для надання невідкладної допомоги на випадок екстрених ситуацій:

- **Регулярно перевіряйте:** наявність легкого доступу та чітке впорядкування препаратів для невідкладної допомоги, дати закінчення терміну придатності й укомплектованість та замінійте препарати і поповнюйте їх запаси за необхідності.
- **Забезпечте,** щоб ваша команда була підготовлена для їх використання.
- **Моделюйте** надзвичайні ситуації та регулярно проводьте підготовку своєї команди.



**Основні препарати:**

- Кисень
- Вода для ін'єкцій в ампулах
- Фізіологічний розчин в ампулах
- 0,9% розчин хлориду натрію (фізіологічний розчин) і збалансований розчин солей (лактат Рінгера) у пакетах/пляшках
- 10% розчин глюкози у пляшках
- Епінефрин (адреналін) у флаконах
- Сальбутамол у дозувальних інгаляторах (аерозольний)
- Сальбутамол, розчин для вдихання (у флаконах) для використання в небулайзерах
- Преднізолон, рідина й таблетки для перорального застосування
- Метилпреднізолон у флаконах для ін'єкцій
- Діазепам у флаконах, мідазолам у флаконах або лоразепам у флаконах
- Леветирацетам у флаконах, фенітоїн у флаконах, вальпроєва кислота у флаконах або фенобарбітал у флаконах для ін'єкцій
- Антибіотики, напр., ампіцилін, цефтріаксон, цефотаксим, амоксицилін-клавуланат, у флаконах
- Активоване вугілля.

**Інші препарати (за можливості або залежно від закладу):**

- Кетамін у флаконах
- Морфін (гідрохлорид або сульфат), розчин для перорального застосування
- Налоксон у флаконах
- Правцевий анатоксин для ін'єкцій
- Сироватка/Ig від отрути змій і скорпіонів у флаконах.

**A1.6 Лабораторні та радіологічні дослідження**

Доступ до лабораторних та радіологічних досліджень на основі анамнезу та обстеження необхідні для звуження диференціального діагнозу. Заклади первинної медичної допомоги, які надають допомогу дітям і підліткам, матимуть широкий спектр різних послуг залежно від структури системи охорони здоров'я та географічного розташування закладу охорони здоров'я в країні. Якщо послуги надаються в поліклініці, де є різні медичні фахівці та суміжний медичний персонал, доступ до необхідних досліджень може бути прямим і негайним. У той самий час лікарі індивідуальної практики, можливо, не завжди будуть у змозі провести пацієнтам усі необхідні

дослідження самостійно і, відповідно, повинні будуть направляти їх до інших закладів.



Намагайтеся забезпечити підхід «єдиного вікна», щоб уникнути зайвих перенаправлень.

- **Тестування за місцем лікування або швидкі діагностичні тести:** деякі тести можна легко проводити за місцем надання допомоги. У всіх закладах первинної медичної допомоги повинні бути доступні такі об'єкти та основні лабораторні дослідження:
  - Експрес-тест на виявлення антигена стрептокока
  - Швидкий тест на С-реактивний білок у капілярній крові
  - Тест-смужки для аналізу сечі
  - Тест-слайди для мікробіологічного аналізу сечі
  - Глюкометр або візуальні тест-смужки для вимірювання рівня глюкози в крові
  - Тест на вагітність
  - Черезшкірний білірубінометр.

Показання для проведення таких тестів наведені у відповідних розділах цього довідника.

- **Для подальшої діагностики може знадобитися проведення аналізів крові** (ЗАК, аналізу на гемоглобін, досліджень на вміст заліза, сечовини та електролітів, печінкових проб, аналізів на маркери запалення), а також культуральних чи молекулярних досліджень сечі, гною та інших зразків. Необхідно налагодити співпрацю з лабораторіями, до яких надсилатимуться забрані зразки крові та інші матеріали для проведення відповідних досліджень. При цьому, для уникнення будь-яких втрат пацієнтів з-під нагляду, результати таких досліджень повинні надсилатися назад до надавача первинної медичної допомоги, який їх призначив. Якщо це неможливо, проведення досліджень може бути організоване шляхом направлення пацієнта.

- **Радіологічні та інші візуалізаційні дослідження:** дослідження (наприклад, рентген та УЗД), які неможливо провести на рівні практики, можуть бути доступні в поліклініках або організовані за направленням.
- **Інші дослідження** (напр., ЕКГ, ЕЕГ) можуть бути доступні на рівні практики або за направленням. Як і у випадку з аналізами крові, слід вживати заходів для швидкого направлення пацієнтів та отримання результатів необхідних досліджень надавачами медичних послуг.

## **A1.7 Направлення новонароджених, дітей та підлітків**

Організовуючи направлення або переведення дитини до спеціаліста або лікарні, для гарантування безпечного прибуття дитини за місцем призначення, необхідно враховувати такі фактори:

### **Комунікація з сім'єю**

- ▶ Поясніть батькам або опікунам і дитині (залежно від віку), чому видають направлення, що відбуватиметься в лікарні чи на прийомі у спеціаліста, та як це допоможе дитині.
- ▶ Заспокойте батьків та переконайте їх у тому, що лікарня або спеціаліст, до яких ви направляєте дитину, мають необхідні кваліфікацію, обладнання та персонал для забезпечення належних діагностики та лікування дитини.

### **Комунікація з лікарнею або спеціалістами, до яких ви направляєте дитину**

- ▶ Сконтакуйте із закладом, до якого ви направляєте дитину, та надайте інформацію про дитину, яку ви направляєте.
- ▶ Напишіть коротке направлення, яке містить таку інформацію:
  - Ім'я та вік дитини
  - Дані опікунів та контактні телефони (особливо якщо вони не супроводжують дитину)
  - Дата і час направлення
  - Причина направлення: скарги, симптоми, результати лабораторних досліджень тощо
  - Проведене лікування: період часу, найменування та дозування будь-яких препаратів
  - У разі переведення новонародженого: дані про пологи та будь-яке проведене лікування матері і новонародженого

- Будь-яка інша відповідна інформація: попередні захворювання та лікування, стани (напр., синдром Дауна)
- Ваше ім'я та найменування практики, ваш номер телефону та інші контактні дані.

### **У випадку термінового направлення пацієнта до лікарні організуйте його транспортування.**

Особливі міркування щодо термінового направлення в разі невідкладного стану:

Перед направленням:

- ▶ Стабілізуйте стан дитини згідно з алгоритмом ABCDE (с. 800).
- ▶ Якщо дитина в тяжкому стані, дайте/введіть першу дозу необхідного препарату перед транспортуванням, напр., кисень, антибіотики та знеболювальне.

Під час транспортування:

- ▶ Забезпечте, щоб при транспортуванні дитини був присутній кваліфікований медичний персонал.
- ▶ Переконайтеся, що в автомобілі швидкої допомоги, яким транспортують дитину, є реанімаційне обладнання для дітей, кисень для транспортування та пульсоксиметр.
- ▶ Батьки повинні мати можливість супроводжувати дитину під час переведення. Не розлучайте матерів і новонароджених.
- ▶ У разі переведення новонароджених: тримайте новонароджених у теплі.
- ▶ Переконайтеся, що в автомобілі швидкої допомоги, яким транспортують дитину, є справний транспортний інкубатор із контролем температури.
- ▶ Загорніть дитину в м'яку суху тканину; накрийте ковдрою і переконайтеся, що голова дитини накрита, щоб запобігти втраті тепла.
- ▶ За відсутності сучасного транспортного засобу транспортуйте дитину в положенні «кенгуру» (с. 143) з матір'ю або опікуном.

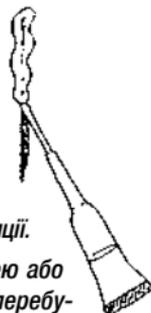
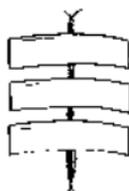
# Примітки

# Практичні процедури

<b>A2.1</b>	<b>Закриття рваних ран за допомогою накладання швів, клею та пластирів</b>	<b>874</b>
<b>A2.2</b>	<b>Фіксація пошкодженого пальця до сусіднього</b>	<b>876</b>
<b>A2.3</b>	<b>Застосування підтримувальної пов'язки для руки</b>	<b>877</b>
<b>A2.4</b>	<b>Розтин і дренування абсцесу</b>	<b>878</b>
<b>A2.5</b>	<b>Вимірювання артеріального тиску</b>	<b>878</b>
<b>A2.6</b>	<b>Вимірювання рівня глюкози в крові</b>	<b>879</b>
<b>A2.7</b>	<b>Вимірювання рівня білірубину за допомогою черезшкірного білірубінметра</b>	<b>881</b>
<b>A2.8</b>	<b>Проведення ін'єкцій</b>	<b>881</b>
<b>A2.9</b>	<b>Парентеральне введення рідин</b>	<b>882</b>
<b>A2.10</b>	<b>Голковий торакоцентез</b>	<b>886</b>

## A2.1 Закриття рваних ран за допомогою накладання швів, клею та пластирів

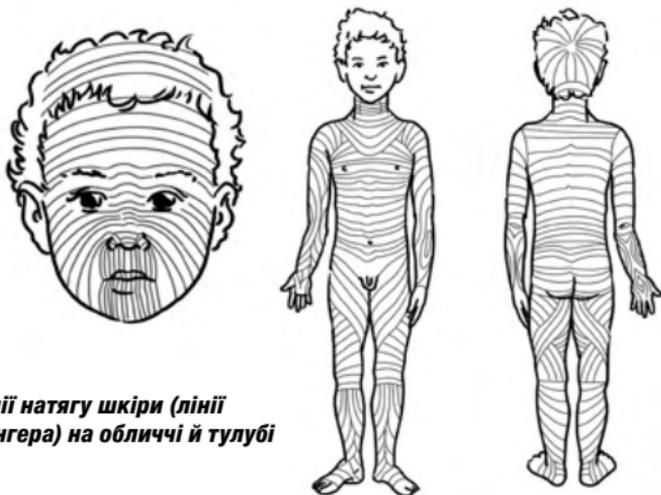
Для первинного закриття рваних ран можна використовувати шви, клей і пластирі. Рвані рани давністю понад 12 годин (24 години для ран на обличчі), які є дуже забрудненими, інфікованими або спричинені укусами, не слід лікувати за допомогою первинного закриття. Таким ранам слід дати загоїтися шляхом грануляції.



Незначні порізи зазвичай можна закрити за допомогою клею або клейких пластирів для закриття ран, якщо вирівняні краї не перебувають під натягом. Накладені шви можна знімати через 3–4 дні з ран на обличчі, через 7 днів із ран на інших частинах тіла і тільки через 10 днів із ділянок над суглобами. Шви накладають для закриття зяючих ран із застосуванням місцевої анестезії.

Первинне закриття рани за допомогою клейких пластирів для закриття ран і тканинного клею є можливим, якщо рана є чистою, і її краї можна наблизити без натягу. Шви, клей і пластирі можна поєднувати.

Клейкі пластирі і клей забезпечують хороші косметичні результати, якщо рана не перебуває під натягом, та особливо якщо рвана рана розташована



**Лінії натягу шкіри (лінії Лангера) на обличчі й тулубі**

вздовж ліній Лангера на шкірі, а її краї не розірвані. Лінії Лангера — це лінії природного натягу шкіри. Для оптимального загоєння рани накладайте клейкі пластри поперек ліній натягу шкіри.

### Нанесення тканинного клею

Незважаючи на те, що медичний клей викликає відчуття печіння під час висихання, діти добре переносять його застосування.

- Для нанесення клею рана повинна бути сухою.
- Зведіть краї рани разом за допомогою марлевої серветки або пальців та нанесіть кілька шарів клею, щоб з'єднати їх.
- Потримайте краї рани разом принаймні одну хвилину, поки клей висохне.
- Пам'ятайте, що клей прилипає до хірургічних рукавичок.



**НЕ** використовуйте клей на ділянках біля очей, щоб запобігти його потраплянню в очі. Використовуйте марлеву серветку як бар'єр. Якщо клей потрапив в очі або на повіки, витріть його марлею і промийте очі фізіологічним розчином.

**НЕ** допускайте потрапляння клею в рану, оскільки він перешкоджатиме загоєнню.

## Накладання клейких пластирів

- ▶ Зведіть краї рани разом та накладіть клейкі пластирі під прямим кутом поперек рани. При зведенні країв має бути невеликий натяг, але не настільки, щоб шкіра зморщувалася.
- ▶ Накладіть стільки пластирів, скільки потрібно, на відстані приблизно 5 мм один від одного. Накладіть ще один клейкий пластир на кінці пластирів паралельно рані, щоб дитина не підчіплювала пластирі.
- Клейкі пластирі не клеяться до вологої шкіри.

**НЕ** накладайте клейкі пластирі навколо пальців, оскільки це може призвести до набряку та ішемічного ураження.

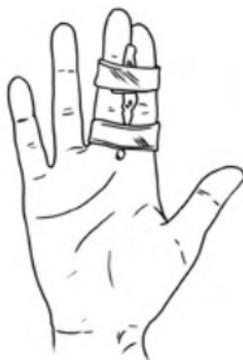
## A2.2 Фіксація пошкодженого пальця до сусіднього

Фіксація пошкодженого пальця до сусіднього використовується, коли палець руки або ноги травмований та потребує шинування, для забезпечення комфорту та загоєння без обмеження рухливості суглоба.

- ▶ Зафіксуйте травмований палець до сусіднього.
- ▶ Розмістіть невеликі серветку або шматочок марлі між пальцями руки або ноги, які ви збираєтеся зафіксувати, щоб запобігти тертю та можливому інфікуванню.
- ▶ Фіксація повинна бути міцною, але не тугою. Під час фіксації пошкодженого пальця до сусіднього уникайте обклеювання стрічкою суглобів: слід забезпечити можливість функціонального використання руки.



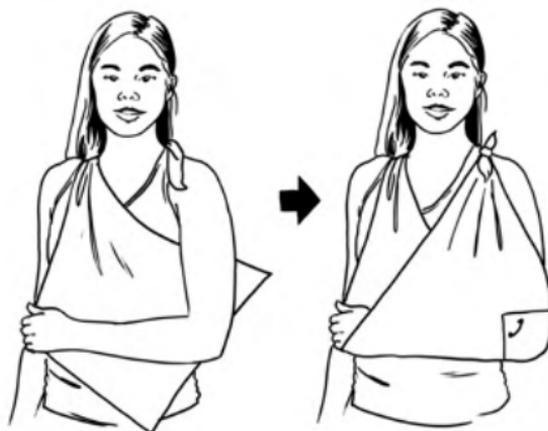
Фіксація пошкодженого пальця ноги до сусіднього



Фіксація пошкодженого пальця руки до сусіднього

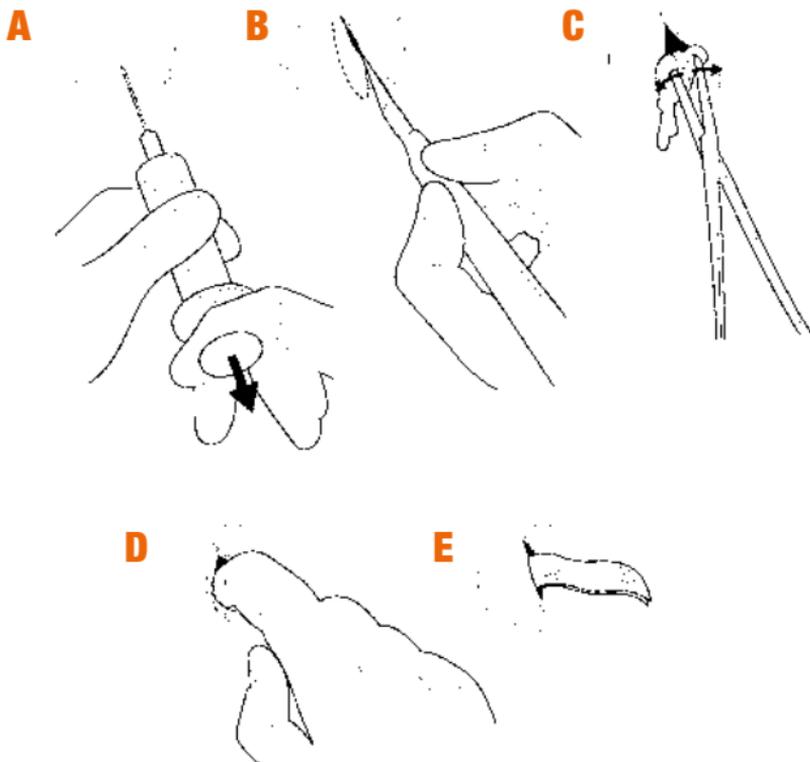
## A2.3 Застосування підтримувальної пов'язки для руки

- ▶ Попросіть дитину підтримати свою руку іншою рукою. Обережно помістіть трикутну пов'язку під травмовану руку. Точка трикутника повинна розташовуватися під ліктем руки. Верхній кінець пов'язки протягніть позаду шиї.
- ▶ Заведіть один із кінців пов'язки за передпліччя, так щоб він зустрівся з іншим її кінцем на плечі з травмованої сторони.
- ▶ Зв'яжіть два кінці пов'язки у рифовий вузол над ключицею дитини.
- ▶ Відрегулюйте підтримувальну пов'язку таким чином, щоб вона підтримувала руку до кінця мізинця.
- ▶ Закріпіть край пов'язки в лікті, скрутивши та підіткнувши тканину, або скористайтеся шпилькою, щоб її закріпити.
- ▶ Перевірте кровообіг у кінчиках пальців рук дитини. Натискайте на ніготь протягом 5 секунд, поки він не стане блідим, а потім відпустіть, щоб побачити, чи відновиться колір протягом 2 секунд. Повторіть перевірку через 10 хвилин. Якщо кровообіг порушений, терміново зверніться до спеціаліста або до лікарні.



## A2.4 Розтин і дренивання абсцесу

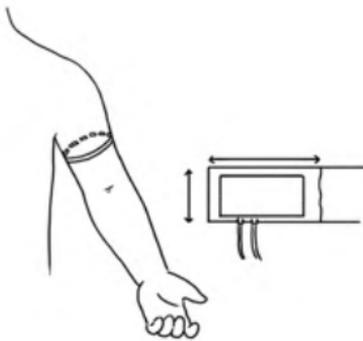
Етапи розтину і дренивання абсцесу описані на ілюстраціях нижче.



**Розтин і дренивання абсцесу.** А: аспірація для визначення місця скупчення гною (слід відправити в лабораторію, за можливості, та завжди проводити мікроскопію і посів на туберкульоз); В: еліптичний розріз; С–D: відкриття осумкованих утворень; Е: нещільне тампонування

## A2.5 Вимірювання артеріального тиску

- ▶ Забезпечте тишу, спокійну та комфортну обстановку.
- ▶ Бажано використовувати автоматичний неінвазивний прилад для вимірювання артеріального тиску з манжетою відповідного розміру для окружності середньої частини плеча дитини. Див. ілюстрацію нижче.
- ▶ Попросіть пацієнта розслабитися й посидіти на стільці зі спинкою, поставивши не схрещені ноги на підлогу, в ідеалі протягом щонайменше

**Відповідний розмір манжети:**

довжина камери повинна становити 75–100% окружності середньої частини плеча, а її ширина — 37–50% окружності середньої частини плеча.

**Положення для вимірювання артеріального тиску в дитини або підлітка**

5 хвилин. У немовлят артеріальний тиск вимірюють у положенні лежачи на спині.

- Бажано вимірювати артеріальний тиск на правій руці.
- Забезпечте підтримку руки пацієнта (рука має лежати на столі з подушкою або книгою під нею, щоб відрегулювати висоту руки), щоб середина манжети була на рівні серця.
- Ні пацієнт, ні особа, яка проводить вимірювання, не повинні розмовляти під час процесу.
- Повторіть вимірювання через 1–2 хвилини в разі отримання високого показника, а також при роботі з дітьми з підвищенням тиску в анамнезі.
- Запишіть показники артеріального тиску (середнє значення 2 останніх результатів, якщо ви проводили вимірювання декілька разів).

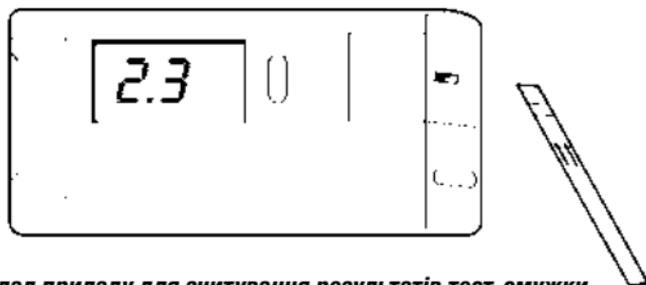
**A2.6 Вимірювання рівня глюкози в крові**

- Рівень глюкози в крові можна виміряти за допомогою швидкого діагностичного тесту на рівні практики, який дає змогу оцінити рівень глюкози в крові протягом кількох хвилин. На ринку доступні кілька торгових марок таких тестів, які дещо відрізняються за способом використання. Тому перед використанням необхідно уважно прочитати інструкцію на пакованні та листок-вкладиш.

- Як правило, краплю крові наносять на індикаторну смужку (вона повинна покривати всю реагентну зону) і залишають на 30 с–1 хв залежно від торгової марки смужки. Потім кров витирають або обережно змивають краплями холодної води, і через фіксований період часу (напр., ще одну хвилину) колір реагентної зони смужки змінюється. Після цього результат порівнюють із колірною шкалою, надрукованою на коробці або зчитувальному пристрої. Це дає змогу отримати інформацію про певний діапазон рівня глюкози в крові, напр., 2–5 ммоль/л, але не дає змогу визначити рівень глюкози точно.
- Деякі смужки постачаються з електронним приладом для зчитування з живленням від акумулятора. Після витирання крові смужку вставляють у прилад для зчитування результатів, що дає точніше значення.
- Оскільки реагенти псуються під впливом вологості навколишнього середовища, їх необхідно зберігати в герметично закритій коробці при температурі 2–3°C, уникаючи сонячного світла або високої вологості. Коробку необхідно закривати відразу після дістання смужки.



**Тест-смужка для вимірювання рівня глюкози в крові (Dextrostix®) із колірною шкалою, надрукованою на коробці**



**Приклад приладу для зчитування результатів тест-смужки. Смужка вставляється в гніздо з правого боку приладу**

## A2.7 Вимірювання рівня білірубину за допомогою черезшкірного білірубінметра

Черезшкірний білірубінметр використовують для вимірювання рівня білірубину в новонароджених із жовтяницею (с. 171). Хоча різні черезшкірні білірубінметри мають різі процедури застосування, основний принцип залишається незмінним:



- ▶ **Виберіть місце вимірювання:** для цього часто використовують лоб та грудину.
- ▶ **Прикладіть наконечник вимірювальної головки/оптичну головку білірубінметра до шкіри дитини рівно (не під кутом) і злегка натисніть.** Для правильного вимірювання оптична головка повинна щільно прилягати до шкіри. Зазвичай цього досягають за допомогою обережного притискання приладу до тіла.
- ▶ **Не проводьте вимірювання на місці синців, родимок і підшкірних гематом.** Гіперемія на місці вимірювання може впливати на результати.

**Обережно натисніть.**  
**Оптична головка повинна щільно прилягати до шкіри новонародженого.**

## A2.8 Проведення ін'єкцій

Насамперед з'ясуйте, чи не було в дитини раніше реакцій на лікарські засоби. Ретельно вимийте руки. Використовуйте одноразові голки та шприци. Очистіть обрану ділянку шкіри антисептичним розчином. Уважно перевірте дозу препарату, який потрібно ввести, та наберіть потрібну кількість препарату у шприц. Видаліть повітря зі шприца перед ін'єкцією. Завжди записуйте найменування та кількість введенного препарату. Викидайте одноразові шприци в безпечний контейнер.



### В/м і п/ш ін'єкції

- ▶ **Дітям віком > 2 роки ін'єкції роблять у зовнішню частину стегна посередині між стегновим і колінним суглобом**

(*M. vastus lateralis*). Дітям молодшого віку ін'єкції роблять у стегно або над дельтоподібним м'язом плеча.

- ▶ **В/м ін'єкція:** введіть голку (23–25 G) у м'яз під кутом 90°.
- ▶ **П/ш ін'єкція:** введіть голку (23–25 G) під шкіру під кутом 45° в підшкірну жирову клітковину. Не вводьте голку в м'яз, розташований нижче.
- ▶ Введіть препарат, повільно натискаючи на поршень до упору. Вийміть голку і щільно притисніть невеликий тампон або вату до місця ін'єкції.

### Внутрішньошкірна ін'єкція

Виберіть неушкоджену, неінфіковану ділянку шкіри (напр., над дельтоподібним м'язом плеча). Розтягніть шкіру великим і вказівним пальцями однієї руки; іншою рукою повільно введіть голку (25 G) під шкіру скосом догори приблизно на 2 мм та майже паралельно до поверхні шкіри. При внутрішньошкірній ін'єкції відчувається значний опір. Блідий пухирець, на якому видно поверхню волосяних фолікулів, є ознакою того, що ін'єкцію було зроблено правильно.



**Внутрішньошкірна ін'єкція (наприклад, проба Манту)**

## A2.9 Парентеральне введення рідин

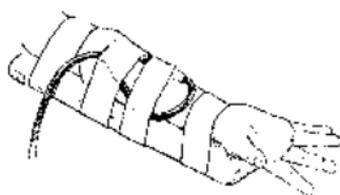
Виберіть відповідну вену для розміщення канюлі або голки-метелика розміром 21 або 23 G.

### Через периферичну вену

- ▶ Знайдіть доступну периферичну вену. У дітей віком > 2 місяці — це зазвичай латеральна підшкірна вена руки в ліктьовій ямці або четверта міжпальцева вена на тильній стороні кисті.
- ▶ Асистент повинен тримати кінцівку в стабільному положенні і відігравати роль джгута-турнікета, перешкоджаючи венозному поверненню,

злегка зімкнувши пальці навколо кінцівки.

- ▶ Очистіть шкіру навколо антисептичним розчином (напр., медичним спиртом, йодом, ізопропіловим спиртом або 70% розчином спирту) і введіть у вену більшу частину довжини канюлі. Надійно зафіксуйте її на місці за допомогою клейкої стрічки та зафіксуйте кінцівку у відповідному положенні (див. ілюстрацію).

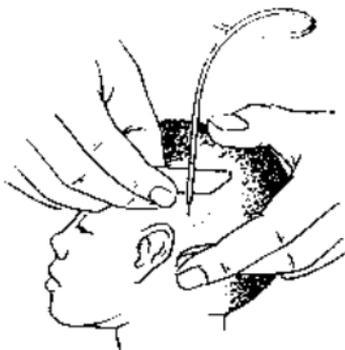


**Рука з накладеною шиною для запобігання згинанню ліктя при внутрішньовенній інфузії**

### Через вену волосистої частини голови

Цей варіант часто використовують для дітей віком < 2 роки, але найбільше він підходить для немовлят молодшого віку.

- ▶ Знайдіть відповідну вену на волосистій частині голови (зазвичай по середній лінії лоба, у скроневій ділянці голови, над або за вухом).
- ▶ За необхідності поголїть відповідну ділянку й очистіть шкіру антисептичним розчином.
- ▶ Асистент повинен затиснути вену каудально до місця проколу. Наповніть шприц фізіологічним розчином і промийте набір для катетеризації вен типу «метелик». Від'єднайте шприц і залиште кінець трубки відкритим. Введіть голку-метелик, як описано вище. Повільний потік крові назад через трубку свідчить про те, що голка введена у вену.
- ▶ Слід подбати про те, щоб не ввести канюлю в артерію, яку можна розпізнати при пальпації. За наявності пульсуючого струменя крові витягніть голку і натискайте, поки кровотеча не зупиниться; потім продовжте пошук вени.



**Введення голки-метелика у вену волосистої частини голови для проведення внутрішньовенної інфузії немовляті**

## Догляд за канюлею

- ▶ Зафіксуйте канюлю після введення. Для обмеження руху катетера може знадобитися накладання шини на сусідні суглоби. Зберігайте поверхню шкіри чистою і сухою. Промивайте та заповнюйте канюлю фізіологічним розчином одразу після початкового встановлення та після кожної ін'єкції.

## В/в введення препаратів через встановлену канюлю

- ▶ Приєднайте шприц, що містить препарат для в/в введення, до ін'єкційного порту канюлі, та введіть препарат. Після введення всього об'єму препарату промийте канюлю фізіологічним розчином, поки вся кров не буде видалена, а катетер не буде заповнений фізіологічним розчином.
- ▶ Якщо інфузія через периферичну вену або вену волосистої частини голови неможлива, а для підтримання життя дитини необхідно ввести розчин для інфузійної терапії, проведіть внутрішньокісткову інфузію (див. нижче).

## В/к інфузія

В/к інфузія є безпечним, простим і надійним методом введення розчинів та препаратів у разі невідкладних станів, якщо венозний доступ не є можливим.

Пріоритетним вибором для пункції є проксимальний відділ великогомілкової кістки. Вводити голку слід посередині передньомедіальної поверхні великогомілкової кістки, у місці з'єднання верхньої та середньої третини, щоб уникнути пошкодження епіфізарної пластинки (розташованої вище у великогомілковій кістці), або щонайменше на 1–2 см нижче за горбистість великогомілкової кістки. Альтернативним місцем для введення голки є дистальний відділ стегнової кістки на 2 см вище за латеральний виросток.

- ▶ Підготуйте необхідне обладнання:

- Голки для аспірації кісткового мозку або голки для в/к ін'єкцій (15–18 або, якщо таких немає, 21 G). Якщо таких голок немає в наявності, для



**Внутрішньокісткова інфузія.** Голка для інфузії, встановлена на передньомедіальній поверхні у місці з'єднання верхньої та середньої третини великогомілкової кістки

дітей молодшого віку можна використовувати голки для аспірації кісткового мозку або голки для п/ш ін'єкцій великого діаметру чи голки-метелики.

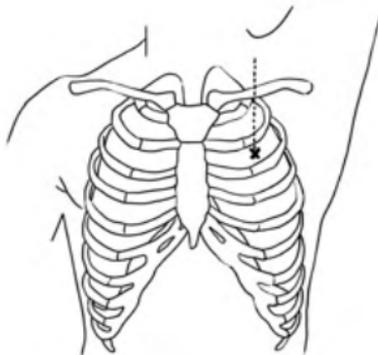
- Антисептичний розчин і стерильну марлю для очищення місця інфузії.
  - Стерильний шприц об'ємом 5 мл, наповнений фізіологічним розчином, і другий стерильний шприц об'ємом 5 мл.
  - Обладнання для в/в інфузії.
  - Стерильні рукавички.
- ▶ Підкладіть під коліно дитини підкладку таким чином, щоб воно було зігнуте на 30° від прямого (180°) положення, а п'ята випиралася у стіл.
  - ▶ Знайдіть правильне положення (описано та показано вище).
  - ▶ Помийте руки й надягніть стерильні рукавички.
  - ▶ Очистіть шкіру над місцем і навколо місця інфузії антисептичним розчином.
  - ▶ Стабілізуйте проксимальний відділ великогомілкової кістки лівою рукою (ця рука тепер не стерильна), захопивши стегно та коліно вище і збоку від місця канюляції; при цьому пальці руки мають обхоплювати ділянку навколо коліна, але не безпосередньо за місцем введення канюлі.
  - ▶ Знову пропальпуйте орієнтири стерильною рукавичкою (правою рукою).
  - ▶ Введіть голку під кутом 90° таким чином, щоб скіс вказував у напрямку стопи.
  - ▶ Просувуйте голку повільно обережними, але твердими, обертальними або буровими рухами.
  - ▶ Припиніть просування голки, коли відчуєте раптове зниження опору або зможете аспірувати кров. Після цього голку слід зафіксувати в кістці.
  - ▶ Витягніть стилет.
  - ▶ Аспіруйте 1 мл вмісту кісткового мозку (виглядає як кров), використовуючи шприц об'ємом 5 мл, щоб підтвердити, що голка введена в кістково-мозкову порожнину. **Примітка:** нездатність аспірувати вміст кісткового мозку не означає, що голка введена неправильно.
  - ▶ Приєднайте другий шприц об'ємом 5 мл, наповнений фізіологічним розчином. Стабілізуйте голку і повільно введіть 3 мл розчину, пальпуючи ділянку на предмет витоку під шкірою. Якщо інфільтрація не спостерігається, розпочинайте інфузію.
  - ▶ Накладіть пов'язки й закріпіть голку на місці.

- ▶ Контролюйте інфузію за легкістю потоку рідини і клінічною відповіддю пацієнта.
- ▶ Слідкуйте за тим, щоб задня частина гомілки не набрякла під час інфузії.
- ▶ Припиніть в/к інфузію та витягніть голку, щойно стане можливим венонзний доступ. У будь-якому випадку в/к інфузія не повинна тривати більше ніж 8 год.

## A2.10 Голковий торакоцентез

Ця процедура використовується для пацієнтів, стан яких швидко погіршується і які мають небезпечний для життя напружений пневмоторакс, часто після травми грудної клітки.

- ▶ Розміщуйте травмованих пацієнтів у положенні лежачи на спині з піднятою головою. Усіх інших пацієнтів слід розміщувати в положенні сидячи під кутом 45 градусів із рукою з боку пневмотораксу, зафіксованою над головою.
- ▶ Знайдіть другий міжреберний проміжок по середньоключичній лінії зі сторони пневмотораксу (зі сторони легені з гіперрезонансним звуком).
- ▶ Якщо ви маєте достатньо часу (тобто якщо стан пацієнта стабільний): протріть стінку грудної клітки тампоном, змоченим в антисептичний розчин або спирт.
- ▶ Приєднайте шприц із кількома мілілітрами 0,9% розчину NaCl до канюлі для в/в введення (використовуйте канюлю великого діаметру, наприклад, 14 G).
- ▶ Введіть канюлю в стінку грудної клітки в другому міжреберному проміжку трохи вище за нижнє ребро, забезпечуючи безперервну аспірацію.
- ▶ Після аспірації повітря витягніть голку-троакар, залишивши канюлю на місці.
- ▶ Надійно зафіксуйте канюлю клейкою стрічкою до шкіри грудної клітки та якомога швидше організуйте термінове транспортування до лікарні (може знадобитися встановлення дренажної трубки у грудну клітку).



# Графіки росту ВООЗ

<b>A3.1</b>	<b>Розрахунок ваги дитини для віку</b>	<b>888</b>
	<i>Дівчата: розрахунок ваги для віку</i>	889
	<i>Хлопці: розрахунок ваги для віку</i>	890
<b>A3.2</b>	<b>Розрахунок довжини тіла або зросту дитини для віку</b>	<b>891</b>
	<i>Дівчата: розрахунок довжини тіла або зросту для віку</i>	892
	<i>Хлопці: розрахунок довжини тіла або зросту для віку</i>	894
<b>A3.3</b>	<b>Розрахунок ваги дитини для зросту або довжини тіла</b>	<b>896</b>
	<i>Дівчата: розрахунок ваги для довжини тіла або зросту</i>	897
	<i>Хлопці: розрахунок ваги для довжини тіла або зросту</i>	898
<b>A3.4</b>	<b>Розрахунок ІМТ дитини для віку</b>	<b>899</b>
	<i>Дівчата: розрахунок ІМТ для віку</i>	900
	<i>Хлопці: розрахунок ІМТ для віку</i>	902
<b>A3.5</b>	<b>Розрахунок окружності голови дитини для віку</b>	<b>904</b>
	<i>Дівчата: розрахунок окружності голови для віку</i>	905
	<i>Хлопці: розрахунок окружності голови для віку</i>	906

### А3.1 Розрахунок ваги дитини для віку

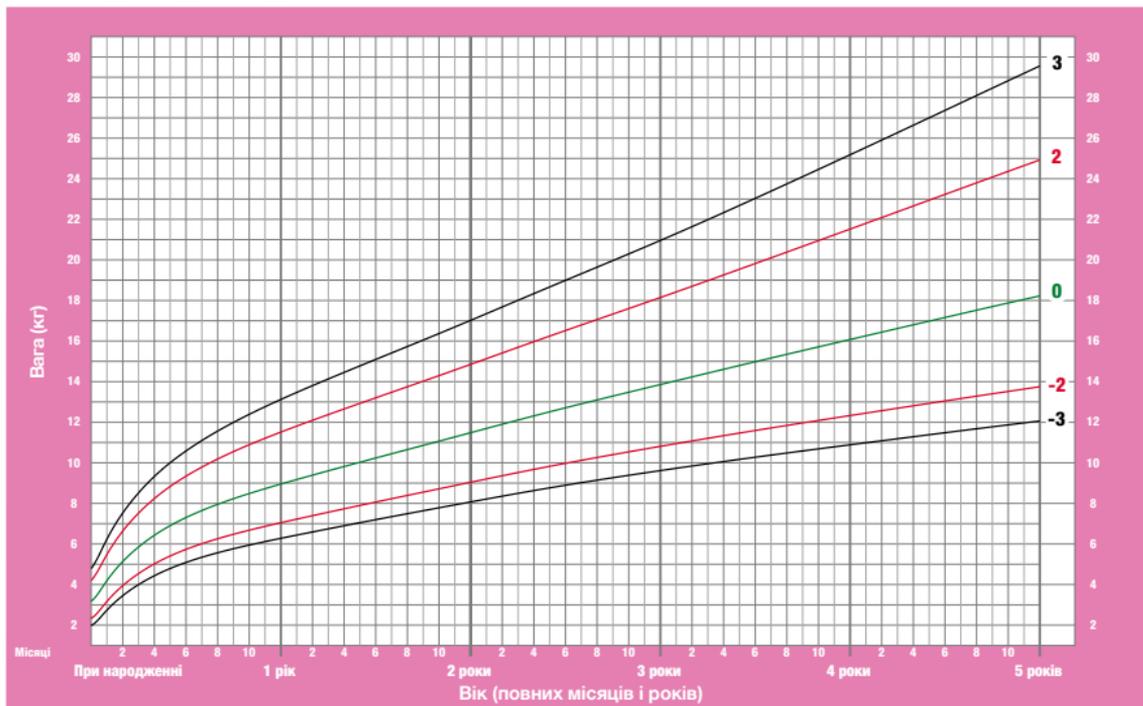
Щоб розрахувати вагу дитини для віку, користуйтеся наведеними нижче референтними графіками або референтними таблицями онлайн:  
<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>.

Спосіб використання графіків:

- ▶ Знайдіть відповідний графік для хлопчиків чи дівчат.
- ▶ Щоб побудувати графік співвідношення ваги і віку дитини:
  - Знайдіть вік дитини в повних місяцях або роках на осі X.
  - Знайдіть вагу дитини в кг на осі Y.
  - Позначте співвідношення ваги дитини і віку точкою, в якій перетинаються проведені вертикальна та горизонтальна лінії, визначені для віку та ваги.
- ▶ Після нанесення точок на графік протягом двох або більше прийомів з'єднайте сусідні точки прямою лінією, щоб краще оцінити тенденції.

# Розрахунок ваги для віку ДІВЧАТА

Від народження до 5 років (z-показники)

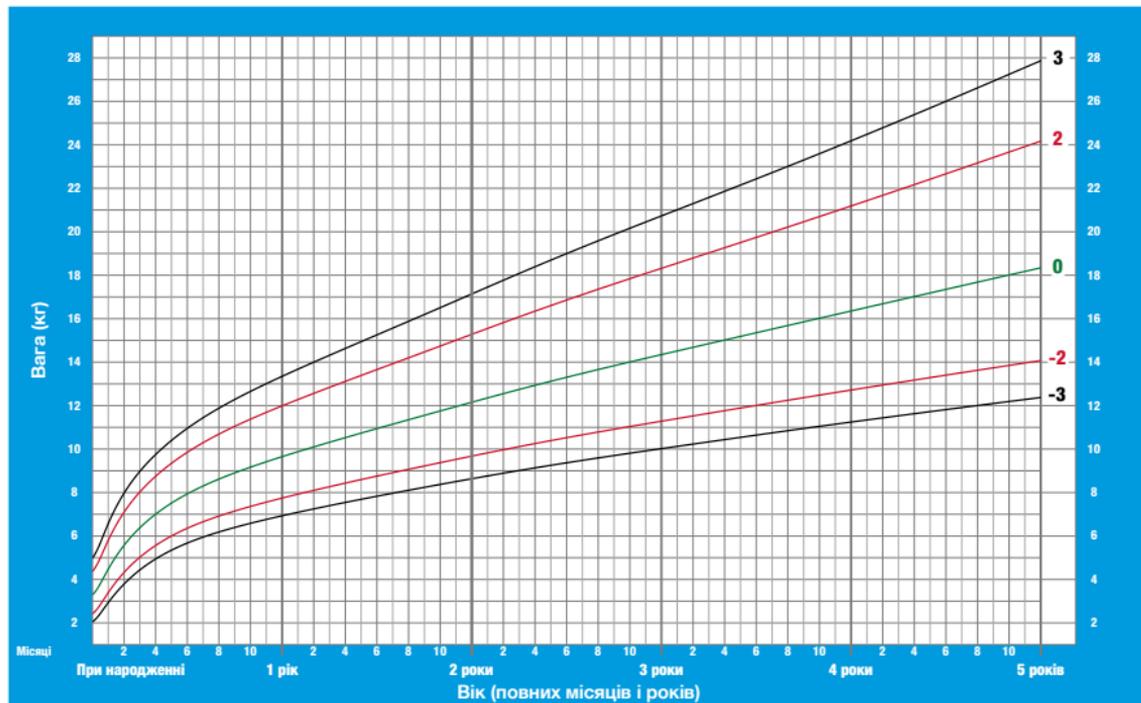


Дівчата: розрахунок ваги для віку

РОЗРАХУНОК ВАГИ ДЛЯ ВІКУ

# Розрахунок ваги для віку ХЛОПЦІ

Від народження до 5 років (z-показники)



## **A3.2 Розрахунок довжини тіла або зросту дитини для віку**

Щоб розрахувати довжину тіла або зріст дитини для віку, користуйтеся наведеними нижче референтними графіками або референтними таблицями онлайн:

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>.

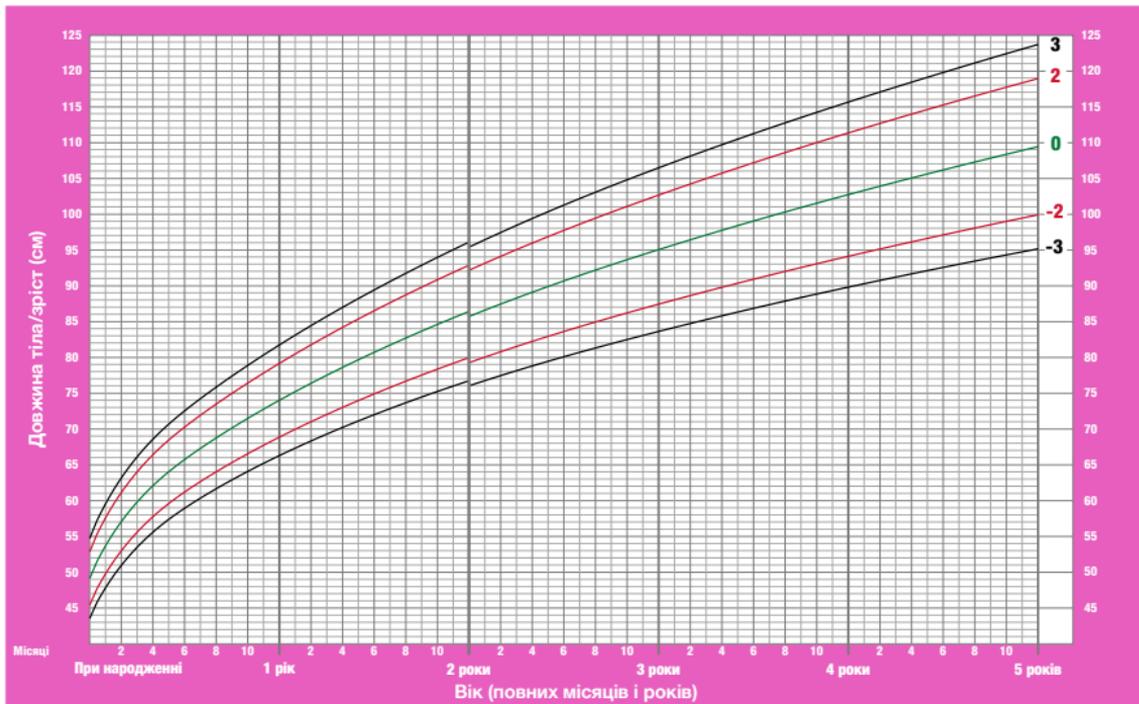
Інформацію про вимірювання довжини тіла (від народження до 2 років) і зросту (від 2 років) див. на с. 23.

Спосіб використання графіків:

- ▶ Знайдіть відповідний графік для хлопчиків чи дівчат.
- ▶ Щоб побудувати графік довжини тіла або зросту для віку:
  - Знайдіть вік дитини в повних місяцях або роках на осі X та проведіть вертикальну лінію на позначення віку.
  - Знайдіть довжину тіла/зріст дитини в см на осі Y та проведіть горизонтальну лінію на позначення довжини тіла або зросту.
  - Позначте співвідношення довжини тіла або зросту і віку точкою, в якій перетинаються проведені вертикальна та горизонтальна лінії на позначення віку та довжини тіла або зросту відповідно.
- ▶ Після нанесення точок на графік протягом двох або більше прийомів з'єднайте сусідні точки прямою лінією, щоб краще оцінити тенденції.

## Розрахунок зросту/довжини тіла для віку ДІВЧАТА

Від народження до 5 років (z-показники)

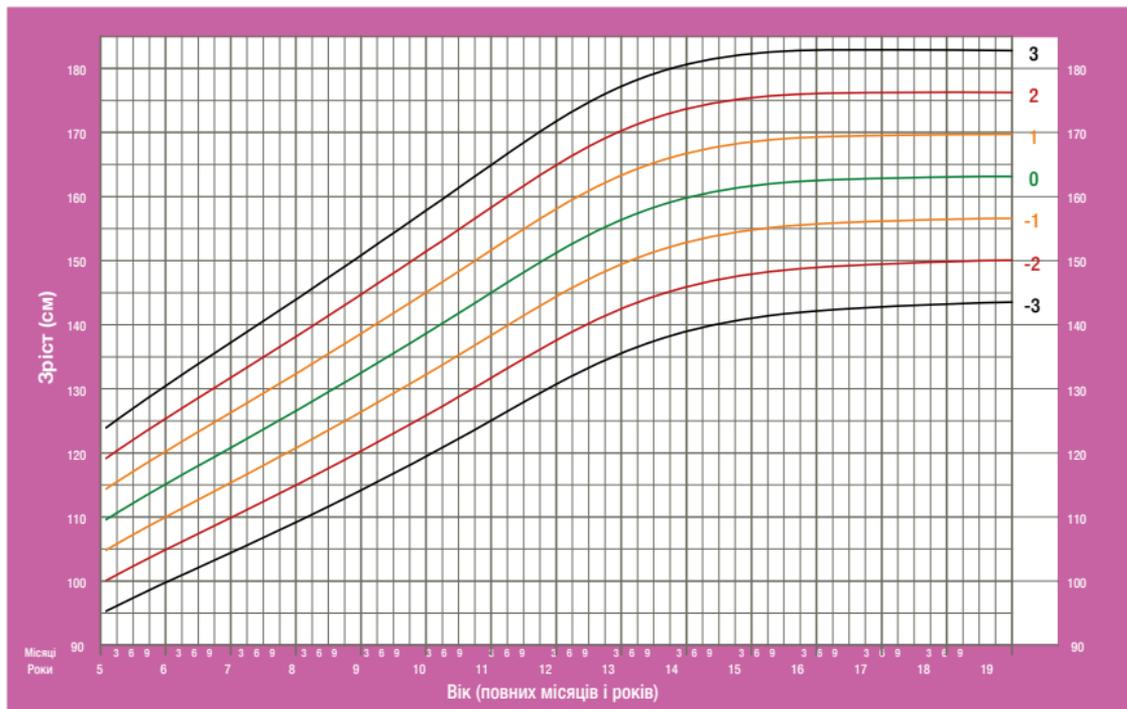


РОЗРАХУНОК ДОВЖИНИ ТІЛА АБО ЗРОСТУ ДЛЯ ВІКУ

Дівчата: розрахунок довжини тіла або зросту для віку

# Розрахунок зросту для віку ДІВЧАТА

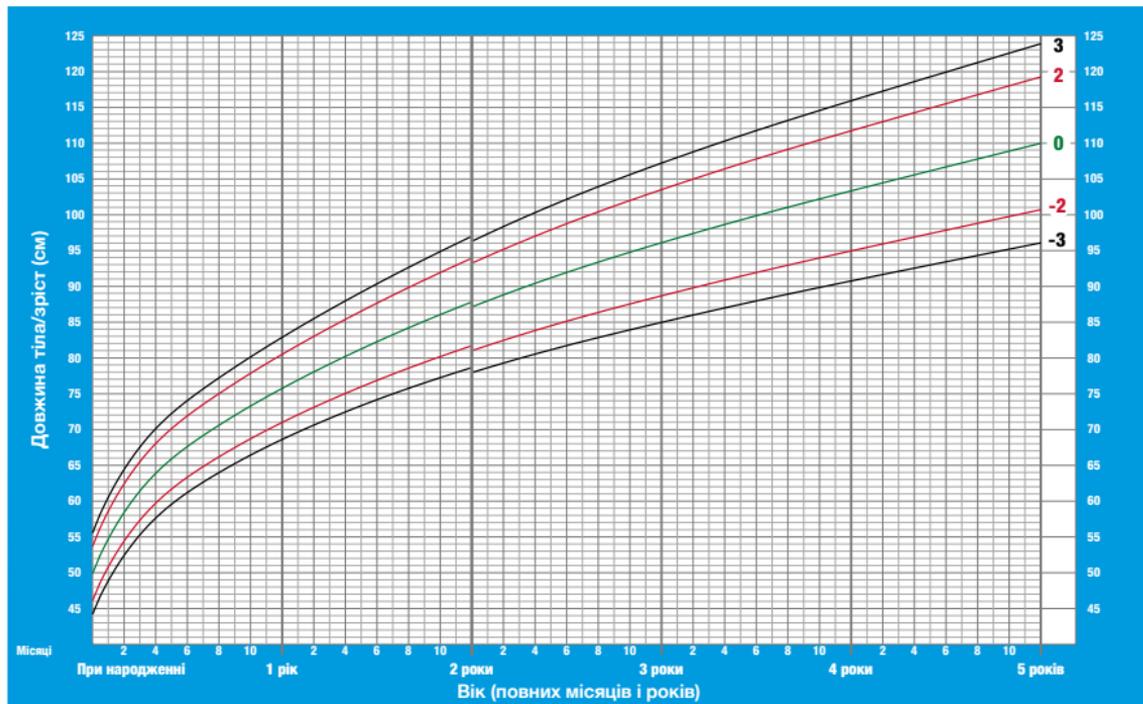
5–19 років (z-показники)



РОЗРАХУНОК ДОВЖИНИ ПІДА АБО ЗРОСТУ ДЛЯ ВІКУ

## Розрахунок зросту/довжини тіла для віку ХЛОПЦІ

Від народження до 5 років (z-показники)

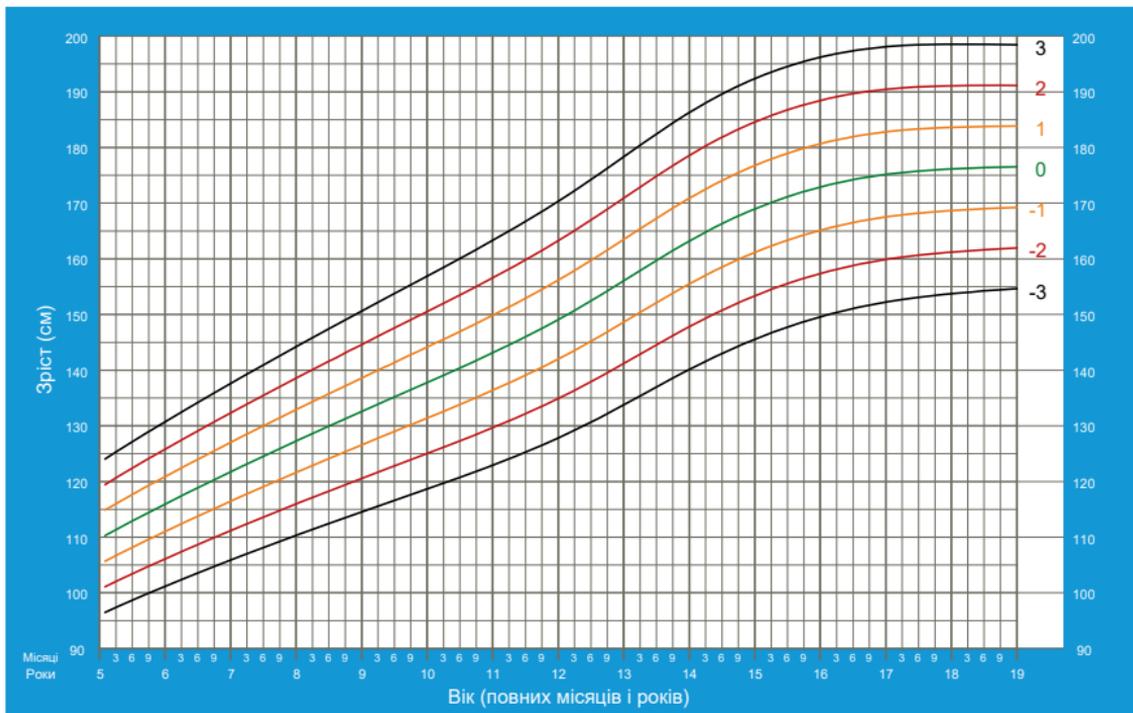


РОЗРАХУНОК ДОВЖИНИ ТІЛА АБО ЗРОСТУ ДЛЯ ВІКУ

**Хлопці: розрахунок довжини тіла або зросту для віку**

# Розрахунок зросту для віку ХЛОПЦІ

5–19 років (z-показники)



РОЗРАХУНОК ДОВЖИНИ ПІДА АБО ЗРОСТУ ДЛЯ ВІКУ

### А3.3 Розрахунок ваги дитини для зросту або довжини тіла

На графіках (с. 897–898) наведено нормалізовані референтні показники ВООЗ ваги для довжини тіла дитини (45–120 см) за статтю.

«Довжина тіла», як правило, вимірюється для дітей із довжиною тіла < 85 см, а «зріст» для дітей зі зростом  $\geq 85$  см. Довжина тіла в положенні лежачи в середньому є на 0,5 см більшою, ніж зріст у положенні стоячи, хоча така різниця не має значення для окремої дитини. Якщо зріст у положенні стоячи неможливо виміряти, від усіх показників довжини тіла > 84,9 см можна віднімати 0,5 см.

Визначайте вагу дитини для довжини тіла або вагу дитини для зросту, використовуючи наведені нижче референтні графіки або референтні таблиці онлайн:

<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>.

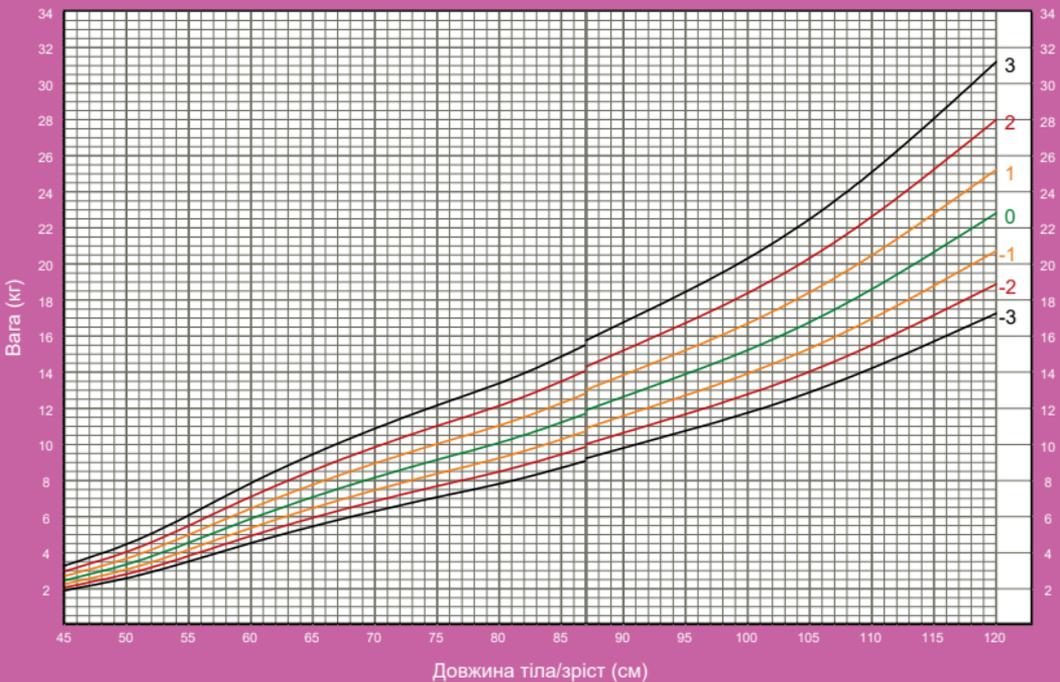
Спосіб використання графіків:

- ▶ Знайдіть відповідний графік для хлопчиків чи дівчат.
- ▶ Щоб побудувати графік співвідношення ваги і довжини тіла або ваги і зросту:
  - Знайдіть довжину тіла або зріст дитини в см на осі X та проведіть вертикальну лінію на позначення зросту.
  - Знайдіть вагу дитини на осі Y та проведіть горизонтальну лінію на позначення ваги в кг.
  - Позначте співвідношення ваги дитини і довжини тіла або зросту точкою, в якій перетинаються проведені вертикальна та горизонтальна лінії для довжини тіла або зросту та ваги відповідно.
- ▶ Після нанесення точок на графік протягом двох або більше прийомів з'єднайте сусідні точки прямою лінією, щоб краще оцінити тенденції.

## Дівчата: розрахунок ваги для довжини тіла або зросту

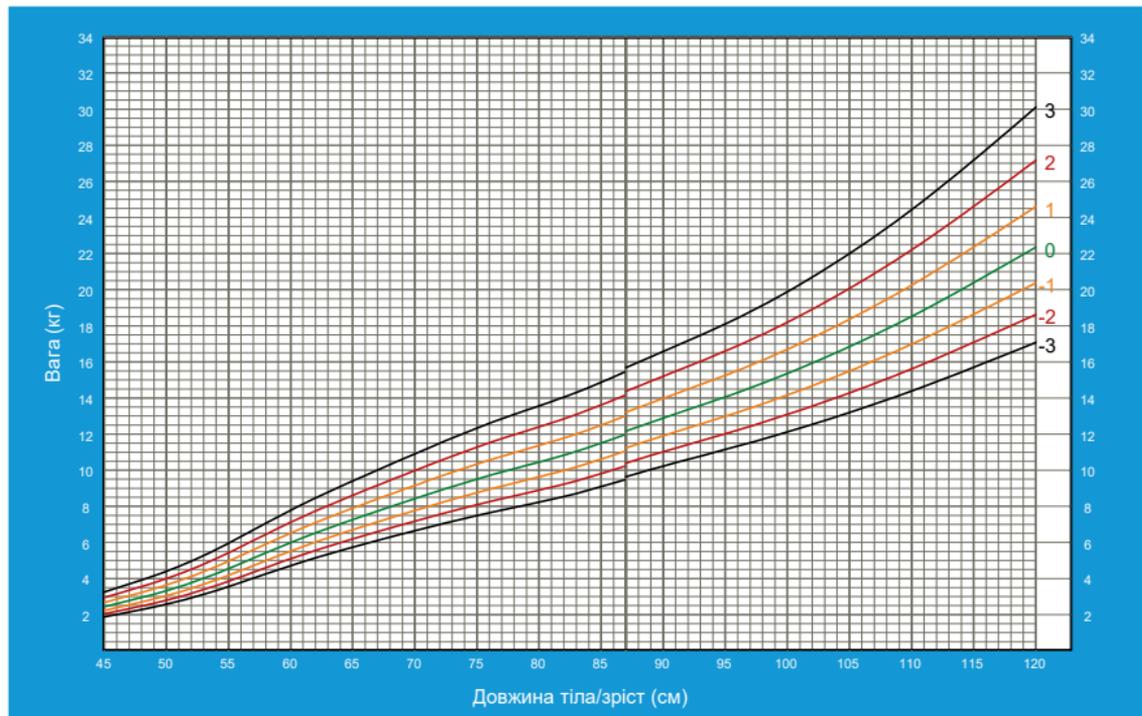
## Розрахунок ваги для довжини тіла/зросту ДІВЧАТА

Від народження до 5 років (z-показники)



## Розрахунок ваги для довжини тіла/зросту ХЛОПЦІ

Від народження до 5 років (z-показники)



### А3.4 Розрахунок ІМТ дитини для віку

На графіках (с. 900–903) наведено нормалізовані референтні показники ВООЗ ІМТ дитини для віку за статтю. Розрахуйте ІМТ на основі ваги та довжини тіла/зросту дитини за допомогою калькулятора:  $ІМТ = \text{кг/м}^2$ : вага в кілограмах/зріст у метрах у квадраті.

Визначайте ІМТ дитини для віку, використовуючи наведені нижче референтні графіки або референтні таблиці онлайн:

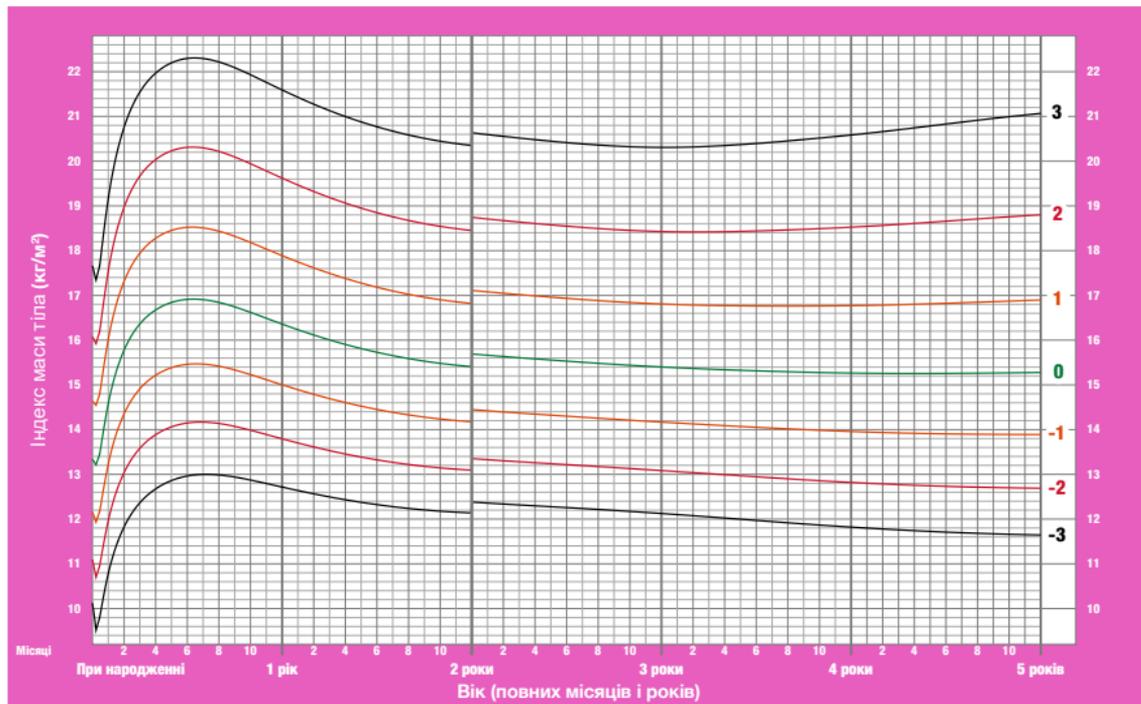
<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>.

Спосіб використання графіків:

- ▶ Знайдіть відповідний графік для хлопчиків чи дівчат.
- ▶ Щоб побудувати графік ІМТ для віку:
  - Знайдіть вік дитини в повних місяцях або роках на осі Х та проведіть вертикальну лінію на позначення віку (по заданих лініях, а не між ними).
  - Знайдіть ІМТ дитини на осі Y та проведіть горизонтальну лінію на позначення ІМТ (напр., 14, 14,2) — по заданих лініях або між ними (напр., 14,5). Якщо використовується калькулятор для визначення ІМТ дитини, отримане значення можна записати та нанести з точністю до одного десяткового знака.
  - Позначте співвідношення ІМТ дитини і віку точкою, в якій перетинаються проведені вертикальна та горизонтальна лінії на позначення віку та ІМТ відповідно.
- ▶ Після нанесення точок на графік протягом двох або більше прийомів з'єднайте сусідні точки прямою лінією, щоб краще оцінити тенденції.

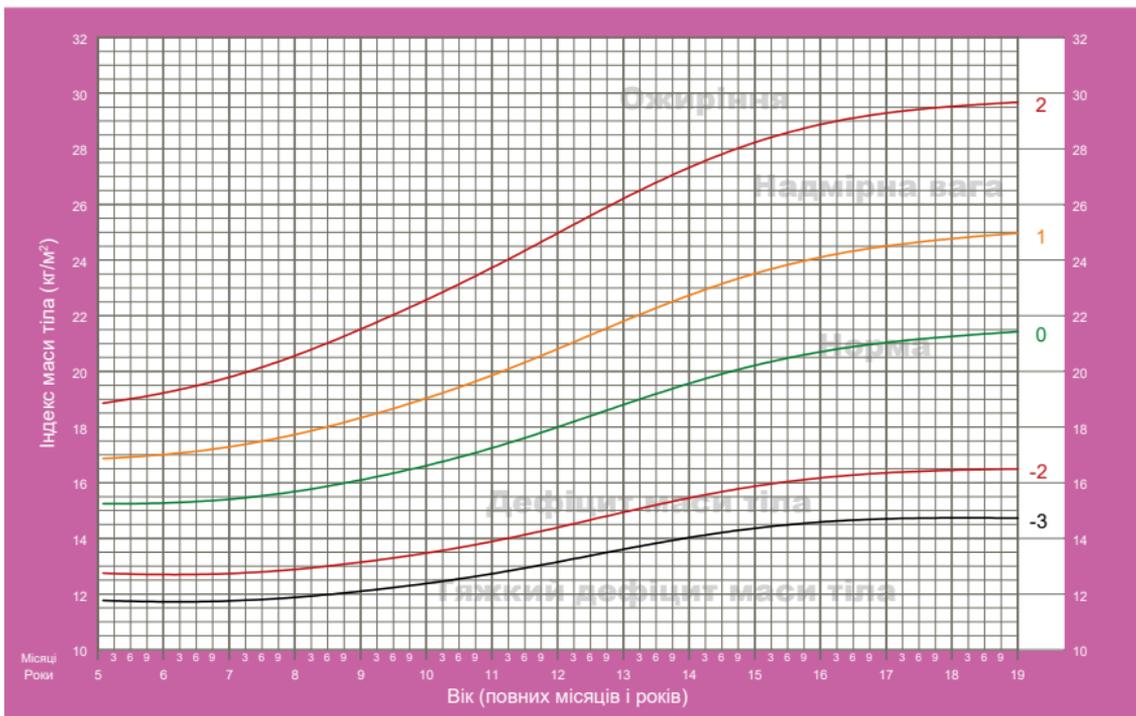
## Розрахунок ІМТ для віку ДІВЧАТА

Від народження до 5 років (z-показники)



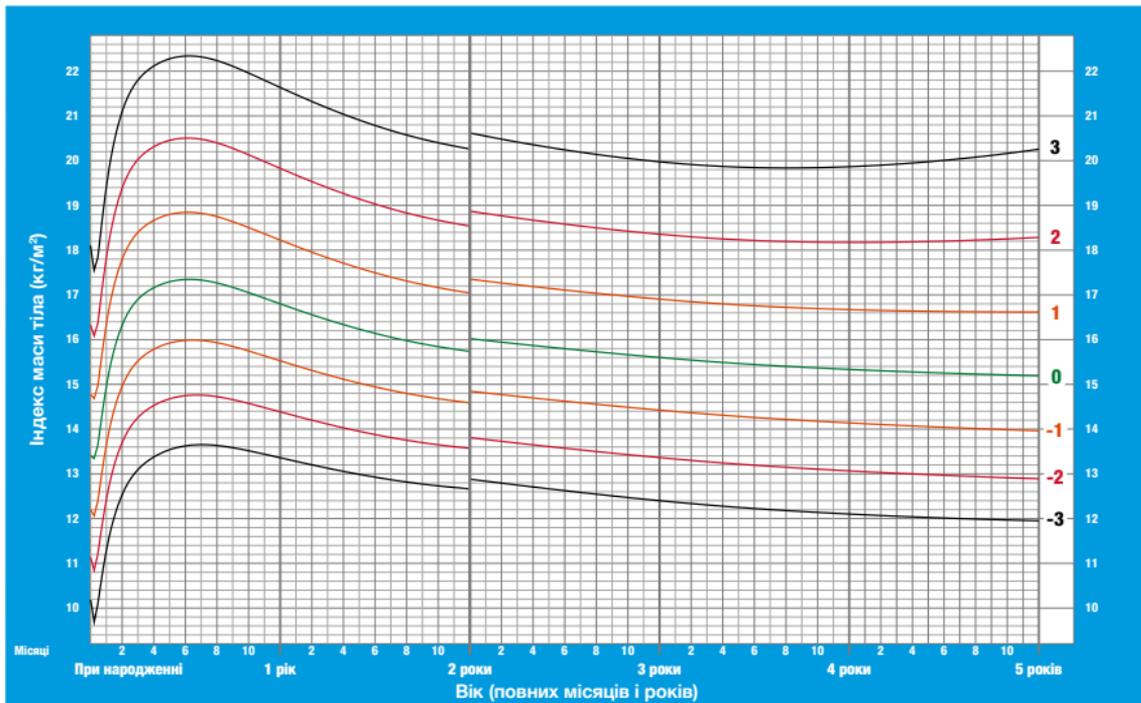
# Розрахунок ІМТ для віку ДІВЧАТА

5–19 років (z-показники)



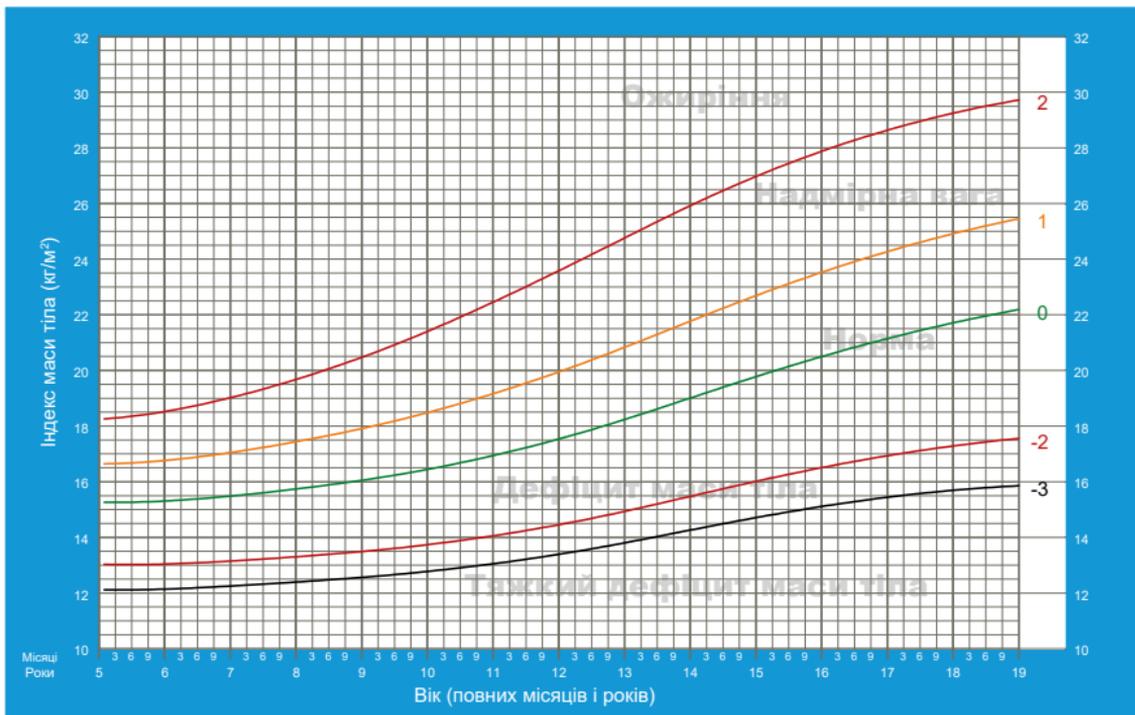
## Розрахунок ІМТ для віку ХЛОПЦІ

Від народження до 5 років (z-показники)



# Розрахунок ІМТ для віку ХЛОПЦІ

5–19 років (z-показники)



### А3.5 Розрахунок окружності голови дитини для віку

Інформацію про вимірювання окружності голови див. на с. 23.

На графіках (с. 905–906) наведено нормалізовані референтні показники ВООЗ окружності голови дитини для віку за статтю.

Визначайте окружність голови дитини для віку, використовуючи наведені нижче референтні графіки або референтні таблиці онлайн:  
<https://www.who.int/tools/child-growth-standards/standards>.

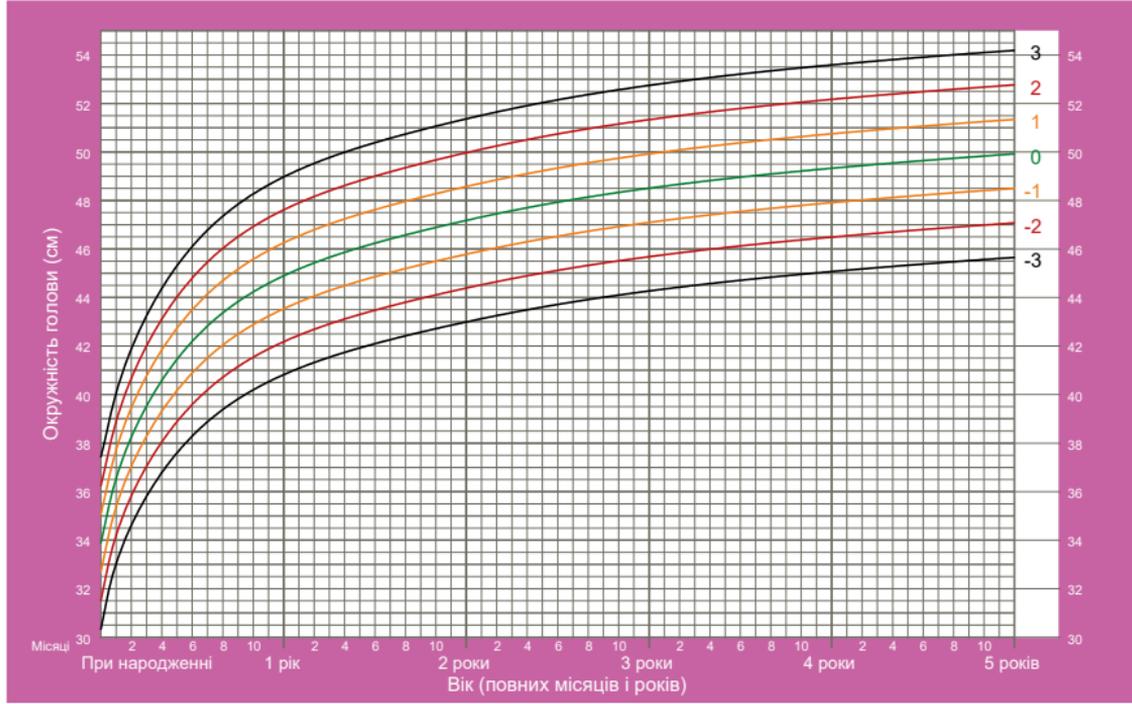
Спосіб використання графіка:

- ▶ Знайдіть відповідний графік для хлопчиків чи дівчат.
- ▶ Щоб побудувати графік окружності голови дитини для віку:
  - Знайдіть вік дитини в повних місяцях або роках на осі Х та проведіть вертикальну лінію на позначення віку.
  - На осі Y показано окружність голови дитини в см. Знайдіть показник окружності голови дитини на осі Y та проведіть горизонтальну лінію на позначення окружності голови.
  - Позначте співвідношення окружності голови дитини і віку точкою, в якій перетинаються проведені вертикальна та горизонтальна лінії на позначення віку та окружності голови відповідно.
- ▶ Після нанесення точок на графік протягом двох або більше прийомів з'єднайте сусідні точки прямою лінією, щоб краще оцінити тенденції.

## Дівчата: розрахунок окружності голови для віку

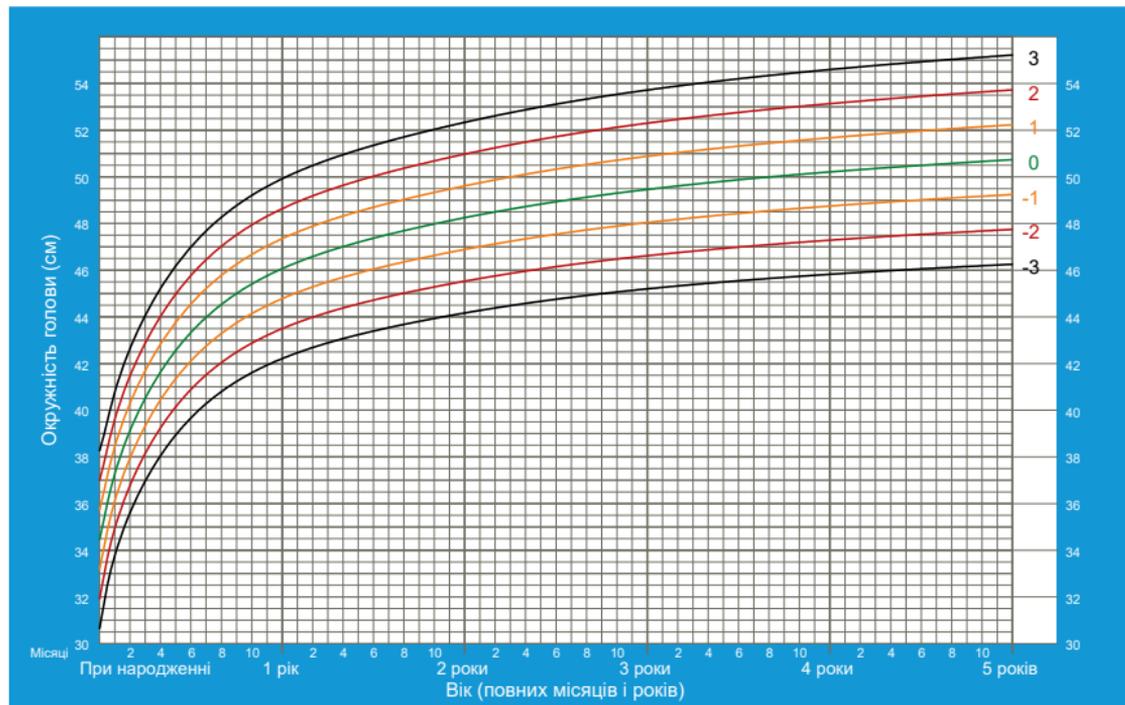
## Розрахунок окружності голови для віку ДІВЧАТА

Від народження до 5 років (z-показники)



## Розрахунок окружності голови для віку ХЛОПЦІ

Від народження до 5 років (z-показники)



## ДОДАТОК 4

# Дозування препаратів

## Препарати для ентерального та парентерального застосування

У таблиці 137 наведено інформацію про дозування, лікарську форму та дози відповідно до маси тіла препаратів для ентерального і парентерального застосування (**рожеві комірки**) та препаратів, які застосовуються через небулайзер або інгаляційно (**сині комірки**), що їх зазвичай використовують для дітей та підлітків на рівні первинної медичної допомоги. Кожну дозу, що розраховується за масою тіла, слід звіряти з частотою прийому/введення у стовпці «Дозування».

До таблиці також включено препарати, які зазвичай призначаються і моніторуються спеціалістами. Їх включено до таблиці для довідки з метою забезпечення належного подальшого спостереження за дітьми та підлітками, які отримують таке лікування, в умовах первинної медичної допомоги. У деяких випадках дозування може відрізнитися при різних показаннях для застосування одного й того ж препарату: відповідну інформацію вказано окремо під назвою препарату.

**УВАГА!** Дози препаратів відповідно до маси тіла розраховуються для зазначеної конкретної лікарської форми. Деякі препарати доступні в різних лікарських формах, і їх застосування може відрізнитися залежно від країни. **Завжди** перевіряйте лікарську форму препарату, який ви призначаєте, та порівнюйте її з лікарською формою, вказаною в таблиці, щоб визначити, чи правильно розраховано відповідну дозу для маси тіла. Зазначена максимальна доза відповідає максимальній дозі для підлітків або дорослих.

Таблиця 137.

## Препарати для ентерального і парентерального застосування та їх дозування

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Адреналін</b> (див. епінефрин)										
<b>Азитроміцин</b>	10 мг/кг 1 раз на добу (макс. 500 мг/добу)	Сироп, 200 мг/5 мл	1 мл	2 мл	3 мл	4 мл	5 мл	–	–	–
		Капсули, 250 мг	–	–	–	–	1	1	2	2
Епідидимоорхіт (хламідіоз) (гонорея)	1 г, разова доза	Капсули, 500 мг	–	–	–	–	–	–	1	1
		Капсули, 500 мг	–	–	–	–	–	2	2	2
<b>Альбендазол</b>	400 мг 1 раз на добу	Капсули, 500 мг	–	–	–	–	–	4	4	4
		Капсули, 500 мг	–	–	–	–	–	4	4	4
<b>Амітриптилін</b>	9–12 років: 0,3 мг/кг (можливе збільшення дози до 0,5 мг/кг) 3 рази на добу Підлітки: 10 мг 3 рази на добу та 20 мг перед сном (макс. 200 мг/добу)	Таблетки, 10 мг	–	–	–	½	¾	1	1	1
		Таблетки, 25 мг	–	–	–	½	¾	1	1	1
<b>Амоксицилін</b>	25 мг/кг 2 рази на добу (макс. 1 г/добу)	Сироп, 250 мг/5 мл	2 мл	4 мл	6 мл	8 мл	–	–	–	–
		Таблетки, 250 мг	½	1	1½	2	2	2	2	2
		Таблетки, 500 мг	–	½	¾	1	1	1	1	1
Пневмонія, гострий середній отит, синусит	30 мг/кг 3 рази на добу (макс. 1 г/дозу або 3 г/добу)	Сироп, 250 мг/5 мл	2,5 мл	5 мл	7,5 мл	10 мл	–	–	–	–
		Таблетки, 250 мг	½	1	1½	2	3	4	4	4
		Таблетки, 500 мг	–	½	¾	1	1½	2	2	2

<b>Амоксицилін/ клавуланат</b>	25 мг/кг амоксициліну 2 рази на добу (макс. 3 г/добу)	Сироп, 125/31,2 мг/5 мл 250/62,5 мг/5 мл Таблетки, 500/125 мг	2,5 мл	4 мл	6 мл	10 мл	–	–	–	–
			1,3 мл	2 мл	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	–	–
Пневмонія, гострий середній отит, ускладнений зовнішній отит	30 мг/кг амоксициліну 3 рази на добу (макс. 3 г/добу)	Сироп, 100/12,5 мг/мл Таблетки, 875/125 мг	1,2 мл	2 мл	3,5 мл	5 мл	7 мл	10 мл	10 мл	10 мл
			–	–	–	–	–	1	1	1
	50 мг/кг амоксициліну 3 рази на добу (макс. 3 г/добу)	Внутрішньовенно (в/в): флакон 1 000 мг/200 мг	4 мл	8 мл	12 мл	17 мл	25 мл	35 мл	45 мл	60 мл
<b>Ампіцилін</b>	50 мг/кг кожні 6 год (макс. 12 г/добу)	В/в або внутрішньом'язово (в/м): флакон, 500 мг, розведений у 2,1 мл стерильної води (500 мг/2,5 мл)	1 мл*	2 мл	3 мл	5 мл	5 мл	8 мл	10 мл	10 мл
<i>*Дозування та інтервали між дозами для новонароджених та недоношених немовлят вагою до 4,5 кг див. на с. 927.</i>										
<b>Антирабічний імуноглобулін (Ig)</b>	20 міжнародних одиниць (МО)/кг: провести інфільтрацію навколо рани; ввести решту дози в/м	Флакон: 150 МО/мл	0,7 мл	1 мл	1,5 мл	2,5 мл	3,5 мл	4,5 мл	6 мл	8 мл

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Ацетилсаліцилова кислота (аспірин)</b> Синдром Кавасакі	3–5 мг/кг 1 раз на добу (макс. 300 мг/добу)	Таблетки, 100 мг	–	¼	½	¾	1	1 ½	2	2–3
Ювенільний ревматоїдний артрит	20–25 мг/кг 3–4 рази на добу (макс. 4 г/добу)	Таблетки, 500 мг	–	–	–	1	1–1½	2	2	2
<b>Примітка:</b> За можливості уникайте застосування у маленьких дітей через ризик синдрому Рея.										
<b>Ацикловір</b>	20 мг/кг 4 рази на добу* (макс. 800 мг/ дозу або 3,2 г/добу)	Сироп, 20 мг/мл Таблетки, 200 мг	5 мл ½	7 мл ¾	10 мл 1	– 1	– 2	– 3	– 4	– 4
* Дозування для лікування генітального герпесу див. на с. 774.										
<b>Бетаметазон</b> (див. таблицю щодо інгальційних кортикостероїдів (ІКС) на с. 929. Властивості та еквівалентні дози кортикостероїдів для системного застосування див. на с. 947).										
<b>Будесонід</b> (див. таблицю щодо ІКС на с. 929).										
<b>Бупівакаїн</b>	Місцева інфільтрація (макс. 2,5 мг/кг або 175 мг/дозу). Доступні 0,25% розчин (2,5 мг/мл) та 0,5% розчин (5 мг/мл)									
<b>Валацикловір</b> Генітальний герпес	500 мг 2 рази на добу	Таблетки, 500 мг	–	–	–	–	–	1	1	1

<b>Вальпроева кислота</b>	Протиепілептична підтримувальна терапія: дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
Епілептичний статус	40 мг/кг (макс. 3 г/добу)	В/в: 100 мг/мл	1,5 мл	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	14 мл	18 мл	25 мл
<b>Вігабатрин</b>	Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
<b>Вітамін А</b>	1 раз на добу	Капсули, 50 000 МО	1	2	4	4	4	4	4	4
Кір	протягом 2 днів	Капсули, 100 000 МО	½	1	2	2	2	2	2	2
		Капсули, 200 000 МО	–	½	1	1	1	1	1	1
<b>Вітамін D (холекальциферол)</b>	Див. с. 114 (профілактика) або с. 475 (лікування рахіту).									
<b>Вітамін К (фітоменадіон)</b>	див. с. 851.									
<b>Вугілля (активоване)</b>	1 г/кг, разова доза	Порошок; розвести у воді у пропорції 1 до 8–10	5 г	10 г			1–12 років: 25–50 г			Підлітки: 25–100 г
<i>Примітка: Слід давати всю дозу за раз; якщо дитина складно його переносить, слід розділити дозу вугілля.</i>										
<b>Габапентин</b>	Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
<b>Галоперидол</b>	0,5–2 мг перорально, в/в або підшкірно кожні 6 год. За необхідності дозу можна титрувати до 10–15 мг на добу.									
<b>Гідроксисечовина</b>	Починайте з 15 мг/кг 1 раз на добу, збільшуйте дозу на основі результатів моніторингу; дотримуйтесь рекомендацій спеціаліста (макс. 35 мг/кг/добу).	Таблетки, 500 мг	–	–			Див. дозування			
<b>Глюкоза</b>	3 мл/кг 10% розчину глюкози, швидко в/в, див. с. 812.									
Гіпоглікемія										

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Гризеофульвін</b>	10–20 мг/кг 1 раз на добу або з поділом на 2 дози (макс. 1 г/добу)	Сироп, 125 мг/5 мл	–	5 мл	7,5 мл	10 мл	–	–	–	–
		Таблетки, 125 мг	–	1	1½	2	3	4	5	6–8
		Таблетки, 500 мг	–	¼	¼–½	½	¾	1	1–2	1–2
<b>Дексаметазон</b> Легкий круп	0,15 мг/кг, разова доза (макс. 16 мг/дозу)	Сироп, 2 мг/5 мл	1,5 мл	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	–	–	–
		Таблетки, 0,5 мг	1	2	4	–	–	–	–	–
		Таблетки, 2 мг	–	½	1	1½	2	2½	3	4
Тяжкий круп	0,6 мг/кг, разова доза (макс. 16 мг/дозу)	Сироп, 2 мг/5 мл	5 мл	10 мл	–	–	–	–	–	–
		Таблетки, 2 мг	1	2	4	5	–	–	–	–
		Таблетки, 4 мг	½	1	2	2½	4	4	4	4
		В/м: флакон, 4 мг/мл	0,6 мл	1,2 мл	1,8 мл	2,5 мл	4 мл	4 мл	4 мл	4 мл

Властивості та еквівалентні дози кортикостероїдів для системного застосування див. у таблиці на с. 947.

<b>Деферасірокс</b>	Див. дозування на маркованні конкретного препарату та дотримуйтеся плану лікування, призначеного спеціалістом (с. 685).									
<b>Дифенгідрамін</b>	1,25 мг/кг 4 рази на добу (макс. 300 мг/добу)	Сироп, 12,5 мг/5 мл	–	–	5 мл	7,5 мл	–	–	–	–
		Таблетки, 25 мг	–	–	½	1	1–1½	1½–2	2	2
<b>Діазепам</b> Тривожність	0,2 мг/кг 1 або 2 рази на добу (макс. 5 мг/ дозу для дітей віком < 5 років; 10 мг для дітей віком > 5 років)	Таблетки, 5 мг	–	–	½	¾	1	1–1½	2	2
		Таблетки, 10 мг	–	–	¼	¼–½	½	½–¾	1	1

Судоми	Ректально: 0,5 мг/кг (макс. 20 мг/дозу)	Ректальні катетери 2,5 мг, 5 мг, 10 мг Розчин 10 мг/2 мл	2,5 мг 0,5 мл	5 мг 1 мл	5 мг 1,25 мл	10 мг 1,5 мл	10 мг 2,5 мл	15 мг 3,5 мл	20 мг 4 мл	20 мг 4 мл
	В/в: 0,2–0,25 мг/кг (макс. доза: 10 мг)	Розчин 10 мг/2 мл	0,2 мл	0,4 мл	0,6 мл	0,75 мл	1,25 мл	1,75 мл	2 мл	2 мл
<b>Доксициклін</b>	2,2 мг/кг 2 рази на добу (макс. 100 мг/дозу)	Сироп, 25 мг/5 мл	2 мл	3,5 мл	5 мл	7,5 мл	–	–	–	–
		Таблетки, 50 мг	–	–	1	½–1	1	1½	2	2
		Таблетки, 100 мг	–	–	¼	¼–½	½	¾	1	1
<b>Епінефрин</b> (адреналін)										
Тяжкий круп	0,5 мл/кг розчину 1:1 000 (макс. 5 мл/ дозу)	Через небулайзер: розчин 1:1 000	–	3 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл	5 мл
Анафілаксія	≤ 6 років: 0,15 мл > 6 років: 0,3 мл	В/м: розчин 1:1 000	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,15 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл	0,3 мл
Реанімація	0,01 мг/кг (= 0,1 мл/ кг кожні 3–5 хв (макс. 1 мг = 10 мл)	В/в або внутрішньокістково (в/к): розчин 1:10 000	0,5 мл	0,7–1 мл	1–1,5 мл	1,5–2 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–5 мл	5–10 мл
<b>Примітка:</b> приготуйте розчин 1:10 000, додавши 1 мл розчину 1:1 000 до 9 мл фізіологічного розчину або 5% розчину глюкози.										
<b>Еритроміцин</b>	12,5 мг/кг 4 рази на добу (макс. 4 г/добу)	Таблетки, 250 мг	¼	½	1	1	1½	2	2	3

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Естроген-прогестоген</b> (див. таблицю щодо екстреної контрацепції на с. 768)										
<b>Етамбутол</b> (див. таблицю щодо лікування туберкульозу (ТБ) на с. 945)										
<b>Етосуксимід</b>	Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
<b>Залізо</b> Лікування дефіциту заліза	2–3 мг/кг 2 рази на добу (макс. 200 мг/добу)	Сироп, що містить залізо (фумарат заліза 100 мг/5 мл)	0,5 мл	1 мл	1,5 мл	2,5 мл	3 мл	–	–	–
		Таблетки, що містять залізо і фолієву кислоту (200 мг сульфату заліза + 250 мґфолієвої кислоти)	–	–	½	¾	1	1	1	1
<b>Ібупрофен</b>	5–10 мг/кг кожні 6–8 год (макс. 40 мг/кг/добу або 2 400 мг/добу)	Сироп, 200 мг/5 мл	–	1,5 мл	2,5 мл	3 мл	5 мл	7 мл	–	–
		Таблетки, 200 мг	–	¼	½	½	¾	1	2	2
		Таблетки, 400 мг	–	–	¼	¼	½	½	1	1
<b>Примітка:</b> не рекомендовано для дітей віком < 3 місяці.										
<b>Івермектин</b> Короста	200 мг/кг, повторити дозу 1 раз через 10 днів	Таблетки, 3 мг	–	–	–	1	2	2½	3	4–5
<b>Ізоніазид</b> (див. таблицю щодо лікування ТБ на с. 945)										

**Інсулін** (с. 676)

<b>Іпратропію бромід</b> Тяжке загострення астми	160 мкг	Дозувальний аерозольний інгалятор (ДАІ): 20 мкг/дозу	8 інгаляцій							
	< 30 кг: 250 мкг ≥ 30 кг: 500 мкг	Розчин для небулайзера: 250 мкг/мл	1 мл	1 мл	1 мл	1 мл	1 мл	2 мл	2 мл	2 мл

**Карбамазепін** Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.

<b>Кетамін</b> Седація, сильний біль (травми, опіки)	Розрахуйте <b>точну</b> дозу на основі маси тіла дитини або використовуйте наведені нижче дози, якщо це неможливо.									
	Інтраназально: 4 мг/кг, по половині дози в кожну ніздрю (макс. 50 мг = 1 мл на ніздрю)	Використовуйте в/в форму	–	30 мг	50 мг	70 мг	100 мг	100 мг	100 мг	100 мг
	Навантажувальна доза: 1 мг/кг	В/в флакон 50 мг/мл	–	8 мг	12 мг	15 мг	25 мг	35 мг	45 мг	60 мг
Додаткова доза (за необхідності): 0,5 мг/кг (макс. 100 мг/дозу)		–	4 мг	6 мг	8 мг	12 мг	17 мг	25 мг	30 мг	

**Примітка:** не рекомендовано для дітей віком < 3 місяці.

<b>Кларитроміцин</b>	7,5 мг/кг 2 рази на добу (макс. 1 г/добу)	Сироп, 125 мг/5 мл	1,2 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл	7,5 мл	–	–	–
		Сироп, 250 мг/5 мл	0,5 мл	1,2 мл	2 мл	2,5 мл	4 мл	–	–	–
		Таблетки, 250 мг	–	–	–	½	½–1	1	1–2	2

## Доза відповідно до маси тіла

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Клоксацилін, флуклоксацилін</b>	15 мг/кг 4 рази на добу (макс. 4 г/добу)	Сироп, 125 мг/5 мл Капсули, 250 мг Капсули, 500 мг	2,5 мл ¼ –	5 мл ½ –	7,5 мл 1 –	10 мл 1 ½	– 1½ ½–1	– 2 1	– 2–3 1–1½	– 4 2
	25(–50) мг/кг кожні 6 год (макс. 4 г/добу)	В/в: флакон, 500 мг, змішаний із 8 мл стерильної води (500 мг/10 мл)	2 мл*	4 мл	6 мл	8 мл	12 мл	17,5 мл	20 мл	20 мл
<i>*Дозування для новонароджених та недоношених немовлят вагою до 4,5 кг див. на с. 928.</i>										
<b>Клоназепам</b>	Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
<b>Ко-тримоксазол</b> (триметоприм і сульфаметоксазол)	4 мг/кг триметоприму і 20 мг/кг сульфаметоксазолу	Сироп, 40/200 мг/5 мл Таблетки, 20/100 мг Таблетки, 80/400 мг	2 мл* 1 ¼	3,5 мл 2 ½	6 мл 3 1	8,5 мл 3–4 1	– 4–5 1	– – 2	– – 2	– – 2
	Для профілактики пневмоцистної пневмонії	6–8 мг/кг триметоприму 1 раз на добу (макс. 160 мг триметоприму/дозу)	Сироп, 40/200 мг/5 мл Таблетки, 20/100 мг Таблетки, 80/400 мг	4 мл 1½ –	7 мл 2–3 1	– – 1	– – 1½	– – 2	– – 2	– – 2
<b>Примітка:</b> *Протипоказано для новонароджених віком < 1 місяця.										
<b>Лактулоза</b>	1–2 г/кг/добу, розділити на 1–3 дози (макс. 30 г/дозу; 40 г/добу)	Розчин для перорального застосування, 10 г/15 мл	5 мл/добу		5–10 мл/добу		10–20 мл/добу		15–30 мл/добу	
<b>Ламотриджин</b>	Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									

<b>Леветирацетам</b> Епілептичний статус	Розраховуйте <b>точну</b> дозу на основі маси тіла дитини або використовуйте наведені нижче дозування (розраховані на дозу 50 мг/кг). 40–60 мг/кг (макс. 4,5 г/дозу)	В/в флакон 500 мг/5 мл	–	400 мг	600 мг	850 мг	1,25 г	1,5–2 г	2–2,5 г	3 г
Протиепілептична підтримувальна терапія: дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.										
<b>Левоноргестрел</b> (див. таблицю щодо екстреної контрацепції на с. 768)										
<b>Левофлоксацин</b> Епідидимоорхіт	500 мг/добу 1 раз на добу	Таблетки, 250 мг Таблетки, 500 мг	–	–	–	–	–	–	2 1	2 1
<b>Лідокаїн</b>	Місцева інфільтрація; макс. 3 мг/кг/дозу або 200 мг/дозу, не повторювати протягом 2 год. Доступні 1% розчин (10 мг/мл) та 2% розчин (20 мг/мл).									
<b>Лоразепам</b> Судомі	0,1 мг/кг (макс. доза: 4 мг)	В/в: флакон 2 мг/мл	–	0,8 мг (0,4 мл)	1,2 мг (0,6 мл)	1,8 мг (0,9 мл)	2,5 мг (1,2 мл)	3,5 мг (1,7 мл)	4 мг (2 мл)	4 мг (2 мл)
<b>Лоратадин</b>	≤ 30 кг: 5 мг 1 раз на добу > 30 кг: 10 мг 1 раз на добу	Сироп, 1 мг/мл Таблетки, 10 мг	–	–	5 мл	5 мл	5 мл	10 мл	10 мл	10 мл
<b>Примітка:</b> не рекомендовано для дітей віком < 2 років.										
<b>Мебендазол</b>	3-денна схема: Таблетки, 100 мг 2 рази на добу Однодозна схема: Таблетки, 500 мг		–	–	1	1	1	1	1	1
<b>Примітка:</b> не рекомендовано для дітей віком < 5 місяців через обмежену кількість інформації.										

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Мелатонін</b> Проблеми зі сном у пацієнтів, яким надають паліативну допомогу	Починайте з 1–2 мг (≤ 5 років) або 2–5 мг (> 5 років) увечері	Таблетки з пролонгованим вивільненням, 2 мг	½–1	½–1	½–1	½–1	1–2	1–2	1–2	1–2
<b>Метилпреднізолон</b>	2 мг/кг 1 раз на добу (макс. 60 мг/добу)	В/м: 40 мг/мл В/м: 80 мг/мл	0,2 мл 0,1 мл	0,4 мл 0,2 мл	0,6 мл 0,3 мл	0,8 мл 0,4 мл	1,2 мл 0,6 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл	1,5 мл 0,75 мл
<i>Властивості та еквівалентні дози кортикостероїдів для системного застосування див. у таблиці на с. 947.</i>										
<b>Метронідазол</b>	7,5 мг/кг 3 рази на добу (макс. 250 мг/дозу)	Таблетки, 250 мг Таблетки, 500 мг	–	¼	½	½	¾	1	1	1
	10 мг/кг 3 рази на добу (макс. 500 мг/дозу)	Таблетки, 250 мг Таблетки, 500 мг	–	–	¼	¼	½	½	½	½
Лямбліоз і амебіаз			–	–	¼	¼	½	¾	1	1

<b>Мідазолам</b> Судоми	0,2 мг/кг (макс. 10 мг/дозу)	Інтраназально, трансбукально 5 мг/мл	–	1,5 мг (0,3 мл)	2,5 мг (0,5 мл)	3,5 мг (0,7 мл)	5 мг (1 мл)	7 мг (1,5 мл)	9 мг (1,2 мл)	10 мг (2 мл)
	0,2 мг/кг (макс. 10 мг/дозу)	В/м: 1 мг/мл	–	1,5 мг (1,5 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	3,5 мг (3,5 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	9 мг (9 мл)	10 мг (10 мл)
	0,15 мг/кг (макс. доза: 7,5 мг)	В/в: 1 мг/мл	–	1,2 мг (1,2 мл)	1,8 мг (1,8 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	4 мг (4 мл)	5 мг (5 мл)	7 мг (7 мл)	7,5 мг (7,5 мл)
Седація, сильний біль (травми, опіки)	0,2 мг/кг (макс. доза: 10 мг)	Інтраназально, трансбукально 5 мг/мл	–	1,5 мг (0,3 мл)	2,5 мг (0,5 мл)	3,5 мг (0,7 мл)	5 мг (1 мл)	7 мг (1,5 мл)	9 мг (1,2 мл)	10 мг (2 мл)
	0,1 мг/кг (макс. доза: 7,5 мг)	В/в: 1 мг/мл	–	0,8 мг (0,8 мл)	1,2 мг (1,2 мл)	1,7 мг (1,7 мл)	2,5 мг (2,5 мл)	3,5 мг (3,5 мл)	4,5 мг (4,5 мл)	6 мг (6 мл)

**Мізопростол** (див. таблицю щодо медикаментозного аборту на с. 782)

**Міфепристон** (див. таблицю щодо медикаментозного аборту на с. 782)

**Мометазон** (див. таблицю щодо ІКС на с. 929)

### **Морфін**

Розрахуйте **точну** дозу на основі маси тіла дитини.

Перорально: перша доза — 0,4 мг/кг (макс. доза: 20 мг), далі — 0,2 мг/кг кожні 4–6 год; за потреби збільшіть дозу у разі сильного болю.

В/м: перша доза — 0,2 мг/кг, далі — 0,1 мг/кг кожні 4–6 год (макс. 15 мг/добу)

В/в: перша доза — 0,1 мг/кг, далі — 0,05 мг/кг кожні 4–6 год (макс. 15 мг/добу)

### **Налоксон**

10 мкг/кг, за  
необхідності  
повторюйте кожні  
5 хвилин  
(макс. 400 мкг/дозу)

В/в або в/м, флакон:  
400 мкг/1 мл

0,1 мл    0,2 мл    0,3 мл    0,4 мл    0,6 мл    0,9 мл    1 мл    1 мл

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Нітрофурантоїн</b>	1,5 мг/кг 4 рази на добу (макс. 400 мг/добу)	Сироп, 25 мг/5 мл	1,2 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл	7,5 мл	10 мл	–	–
		Таблетки, 100 мг	–	–	–	¼	½	½	¾	¾–1
<b>Окскарбазепін</b>	Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
<b>Омепразол</b>	1 мг/кг до 40 мг 1 раз на добу	Таблетки, 10 мг	½	½	1	1	2	2	–	–
		Капсули, 20 мг	–	–	–	–	1	1	1–2	1–2
<b>Ондансетрон</b> Постійне блювання	0,15 мг/кг, разова доза (макс. 8 мг/дозу)	Сироп, 4 мг/5 мл	–	–	2,5 мл	5 мл	5 мл	–	–	–
		Таблетки, 4 мг	–	–	½	1	1	2	2	2
		В/в: 2 мг/мл	–	–	1 мл	1,5 мл	2 мл	2,5 мл	3 мл	4 мл
<b>Примітка:</b> не рекомендовано для дітей віком < 6 місяців.										
<b>Офлоксацин</b> Епідидимоорхіт	300 мг 2 рази на добу	Таблетки, 300 мг	–	–	–	–	–	–	1	1
<b>Парафінова олія</b>	1 (уночі) або 2 рази на добу	Рідина для перорального застосування	–	–	–	5 мл	5 мл	7,5 мл	7,5 мл	7,5 мл
		Емульсія, 475 мг/мл	–	–	–	10 мл	10 мл	15 мл	15 мл	15 мл
<b>Примітка:</b> НЕ давайте парафінову олію дітям віком < 6 років та дітям, які мають ризик аспірації.										
<b>Парацетамол</b> (ацетамінофен)	10–15 мг/кг кожні 4–6 год (макс. 60 мг/ кг/добу або 4 г/добу)	Сироп, 120 мг/5 мл	1,5 мл	3,5 мл	5 мл	7,5 мл	10 мл	–	–	–
		Таблетки, 100 мг	–	1	1	2	3	4	–	–
		Таблетки, 500 мг	–	–	¼	½	½	1	1	1
		Супозиторії, 100 мг	–	1	1	1	–	–	–	–

## ПЕНІЦИЛІН

<b>Бензатину бензилпеніцилін (бензатину пеніцилін G)</b>	< 30 кг: 600 000 ОД; > 30 кг: 1 200 000 ОД, разова доза	В/м: флакон, 1 200 000 ОД, змішаний із 4 мл стерильної води	2 мл	4 мл	4 мл	4 мл				
--	---	--	------	------	------	------	------	------	------	------

**Примітка:** тільки для в/м ін'єкцій; НЕ вводьте в/в.

<b>Феноксиметилпеніцилін (Пеніцилін V)</b>	25 мг/кг 2 рази на добу (макс. 3 г/добу)	Сироп, 250 мг/5 мл Таблетки, 250 мг	2,5 мл	2,5 мл	5 мл	5 мл	10 мл	–	–	–
			–	–	1	1	2	2	4	4

## Піразинамід (див. таблицю щодо лікування ТБ на с. 945)

<b>Поліетиленгліколь</b> Закреп	0,2–0,8 г/кг 1 раз на добу (макс. 17 г/добу)	Сироп, 500 мг/мл Препарат для перорального застосування, 4 г	–	5–8 мл	10 мл	–	–	–	–	–
			–	½	1	2	2	3	3–4	3–4
Звільнення товстої кишки від калових мас		Препарат для перорального застосування, 10 г	–	–	–	½	1	1–1½	1–2	1–2
	0,5–0,75 г/кг 2 рази на добу (макс. 17 г/добу)	Сироп, 500 мг/мл Препарат для перорального застосування, 4 г	–	20 мл	–	–	–	–	–	–
		Препарат для перорального застосування, 4 г	–	2	3	4	–	–	–	–
		Препарат для перорального застосування, 10 г	–	1	1½	2	–	–	–	–

**Примітка:** не рекомендовано для дітей віком < 6 місяців.

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Преднізолон</b>	1 мг/кг 2 рази на добу	Сироп, 5 мг/мл	0,8 мл	1,6 мл	2,5 мл	3,5 мл	5 мл	–	–	–
		Таблетки, 5 мг	1	1–2	2	3	5	–	–	–
		Таблетки, 25 мг	–	–	½	½	1	1–1½	1½–2	2
<i>Властивості та еквівалентні дози кортикостероїдів для системного застосування див. у таблиці на с. 947.</i>										
<b>Прогестерон</b> (див. таблицю щодо контрацепції на с. 764)										
<b>Прометазин</b> Для лікування захитування	0,5 мг/кг уночі напередодні або за 1–2 год до подорожі	Таблетки, 10 мг	–	–	½	1	1	1½	–	–
		Таблетки, 25 мг	–	–	–	–	½	¾	1	1
<b>Пропроналол</b> Профілактика мігрені	0,3 мг/кг 3 рази на добу	Таблетки, 20 мг	–	–	–	¼	½	½	¾	1
За необхідності збільшіть дозу до 0,5 мг/кг 3 рази на добу (макс. 4 мг/кг/добу).										
<b>Протиотрутний Ig</b>	Точний тип визначається на місцевому рівні. Дозування та спосіб застосування див. на маркованні конкретного препарату.									
<b>Противірусний Ig</b>	250 МО, разова доза	В/м: флакон: 500 МО/ мл								0,5 мл
<b>Рифампіцин</b> (див. таблицю щодо лікування ТБ на с. 945)										

<b>Сальбутамол</b>	2–10 інгаляцій відповідно до віку дитини і тяжкості стану (с. 658)	ДАІ: 100 мкг/дозу	Див. дозування							
	< 20 кг: 2,5 мг ≥ 20 кг: 5 мг	Розчин для небулайзера: 5 мг/мл	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл	0,5 мл	1 мл	1 мл	1 мл	1 мл
<b>Сальметерол + ІКС</b> (див. таблицю щодо ІКС + $\beta_2$ -агоністів тривалої дії (LABA) на с. 931)										
<b>Сенна</b>	1 раз на добу	Сироп, 7,5 мг/5 мл	–	–	3 мл	3 мл	5 мл	10 мл	10 мл	10 мл
<b>Сорбітол</b>	2 мл/кг 1 раз на добу (макс. 60 мл/дозу)	70% розчин для перорального застосування	–	–	25 мл	35 мл	50 мл	60 мл	60 мл	60 мл
<b>Стрептоміцин</b> (див. таблицю щодо лікування ТБ на с. 945)										
<b>Тетрациклін</b>										
Тяжка форма акне Інфекції, що передаються статевим шляхом, спричинені хламідіями	500 мг 2 рази на добу	Таблетки, 500 мг	–	–	–	–	–	1	1	1
	500 мг 4 рази на добу		–	–	–	–	–	1	1	1
<b>Тинідазол</b>	50 мг/кг 1 раз на добу (макс. 2 г/добу)	Таблетки, 500 мг	½	1	1	1½	2–3	3–4	4	4
<b>Топірамат</b>	Дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
<b>Уліпристалу ацетат</b> (див. таблицю щодо екстреної контрацепції на с. 768)										
<b>Фамцикловір</b>	250 мг, 2 або 3 рази на добу	Таблетки, 250 мг	–	–	–	–	–	–	1	1

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Фенітоїн</b>	Протиепілептична підтримувальна терапія: дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
Епілептичний статус	20 мг/кг (макс. 1,5 г/дозу)	В/в: 250 мг/5 мл	–	3 мл	5 мл	7 мл	10 мл	14 мл	18 мл	25 мл
<b>Фенобарбітал</b>	Протиепілептична підтримувальна терапія: дозування відповідно до плану протиепілептичного лікування, складеного спеціалістом. Інформацію про побічні ефекти та моніторинг див. на с. 532.									
Судоми	15–20 мг/кг (макс. 1 г/дозу)	В/в: 200 мг/мл	0,4 мл*	0,6 мл	1,0 мл	1,5 мл	2 мл	3,0 мл	4 мл	5 мл
<i>*Дозування та інтервали між дозами препаратів для новонароджених вагою до 4,5 кг див. на с. 851.</i>										
<b>Флуклоксацилін</b>	(див. флуклоксацилін)									
<b>Флуконазол</b>	3 мг/кг 1 раз на добу (6 мг/кг в перший день) (макс. 600 мг/добу)	Сироп, 50 мг/5 мл Капсули, 50 мг	–	2,5 мл	3,5 мл	5 мл	7,5 мл	–	–	–
			–	–	–	1	1½	2	2–2½	3–4
<b>Флуоксетин</b>	Починайте з 5 або 10 мг 1 раз на добу. За необхідності через декілька тижнів збільшуйте добову дозу до 20 мг.	Таблетки, 20 мг	–	–	–	Див. дозування				
<b>Флутиказон</b>	(див. таблицю щодо ІКС на с. 929)									
<b>Формотерол + ІКС</b>	(див. таблицю щодо ІКС + LABA на с. 931)									

<b>Цефадроксил</b>	15 мг/кг 2 рази на добу (макс. 2 г/добу)	Сироп, 250 мг/5 мл Капсули, 500 мг	1,2 мл –	2,5 мл –	3,7 мл –	5 мл –	7,5 мл –	– 1	– 1–2	– 2
<b>Цефалексин</b> Тонзиліт	20 мг/кг 2 рази на добу (макс. 1 г/добу)	Сироп, 125 мг/5 мл Сироп, 250 мг/5 мл Таблетки, 250 мг	3 мл 2 мл –	5 мл 2,5 мл ½	10 мл 5 мл 1	– 7,5 мл 1½	– 10 мл 2	– – 2	– – 2	– – 2
Інфекції з легким перебігом/перебігом середньої тяжкості	12,5 мг/кг 4 рази на добу (макс. 2 г/добу)	Сироп, 125 мг/5 мл Сироп, 250 мг/5 мл Таблетки, 250 мг	2 мл 1 мл –	4 мл 2 мл ½	5 мл 3 мл ½	10 мл 5 мл 1	– – 1	– – 1½	– – 2	– – 2
Інфекції з тяжким перебігом (кісток, суглобів)	25 мг/кг 4 рази на добу (макс. 4 г/добу)	Сироп, 125 мг/5 мл Сироп, 250 мг/5 мл Таблетки, 250 мг	4 мл 2 мл ½	7,5 мл 4 мл 1	10 мл 6 мл 1½	– 10 мл 2	– – 2–3	– – 3	– – 4	– – 4
<b>Цефіксим</b>	8 мг/кг 2 рази на добу в перший день, далі — 1 раз на добу (макс. 400 мг/добу)	Сироп, 100 мг/5 мл Капсули, 200 мг Капсули, 400 мг	1,5 мл – –	3 мл – –	5 мл – –	7 мл – –	10 мл 1 –	– 1 –	– 2 1	– 2 1
Гонорея	400 мг, разова доза	Капсули, 400 мг	–	–	–	–	–	1	1	1
<b>Цефотаксим</b>	50 мг/кг кожні 6 год (макс. 12 г/добу)	В/в або в/м Флакон, 250 мг, розчинити в 1 мл	1 мл*	1,5 мл	2–3 мл	3–4 мл	4–6 мл	6–8 мл	8–10 мл	12 мл

\*Дозування та інтервали між дозами для новонароджених та недоношених немовлят вагою до 4,5 кг див. на с. 928.

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла							Дорослі
			3– < 6 кг	6– < 10 кг	10– < 15 кг	15– < 20 кг	20– < 30 кг	30– < 40 кг	40– < 50 кг	
<b>Цефтріаксон</b>	50 мг/кг 1 або 2 рази на добу (макс. 4 г/ дозу)	В/в: флакон, 1 г, розведений у 9,6 мл стерильної води (1 г = 10 мл)	2 мл	4 мл	6 мл	9 мл	12 мл	1,7 мл	2 мл	30 мл
Епідидимоорхіт	1 г, разова доза	В/м: інформацію щодо розведення див. на маркованні конкретного препарату.	200 мг	400 мг	600 мг	900 мг	1,2 г	1,7 г	2,2 г	3 г
			–	–	–	–	–	1 г	1 г	1 г
<b>Цефуросим аксетил</b>	15 мг/кг 2 рази на добу (макс. 1 г/добу)	Сироп, 250 мг/5 мл Таблетки, 250 мг	1,5 мл –	2,5 мл –	3,5 мл –	5 мл 1	7,5 мл 1	– 2	– 2	– 2
<b>Циклесонід</b> (див. таблицю щодо ІКС на с. 929)										
<b>Цинку сульфат</b>	20 мг 1 раз на добу	Таблетки, 20 мг	–	1	1	1	1	1	1	1
<b>Ципрофлоксацин</b>	15 мг/кг 2 рази на добу (макс. 500 мг/дозу)	Сироп, 250 мг/5 мл Таблетки, 100 мг Таблетки, 250 мг	1,2 мл ½ ¼	2,5 мл 1 ½	3,5 мл 1½ ½	5 мл 2 1	7,5 мл 3 1½	– – 2	– – 2	– – 2

Для в/м ін'єкцій: якщо об'єм перевищує максимально допустимий, розділіть ін'єкцію на декілька місць.  
Для інтраназальних препаратів: вводьте половину дози в кожен ніздрю.

## Поширені препарати для ентерального та парентерального застосування для новонароджених

Перелічені препарати вимагають конкретного дозування. Усі інші препарати, які не вимагають конкретного дозування, наведено в таблиці 137 (с. 908).

**Таблиця 138. Препарати для ентерального та парентерального застосування для новонароджених**

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла				
			2–< 2,5 кг	2,5–< 3 кг	3–< 3,5 кг	3,5–< 4 кг	4–< 4,5 кг
<b>Ампіцилін</b>	50 мг/кг	Внутрішньовенно (в/в) або внутрішньом'язо (в/м): флакон, 250 мг, змішаний із 2,3 мл стерильної води (250 мг/2,5 мл)	1–1,2 мл	1,2—1,5 мл	1,5–1,7 мл	1,7–2 мл	2–2,2 мл
	<b>Перший тиждень життя:</b> кожні 12 год <b>2–4 тижні життя:</b> кожні 8 год						
<b>Бензилпеніцилін (пеніцилін G)</b>	50 000 ОД/кг/дозу	В/в або в/м: флакон, 600 мг (1 000 000 ОД), змішаний із 1,6 мл стерильної води (500 000 ОД/мл)	0,25 мл	0,3 мл	0,35 мл	0,4 мл	0,45 мл
	<b>Перший тиждень життя:</b> кожні 12 год <b>2–4 тижні життя:</b> кожні 8 год						
<b>Вітамін К (фітоменадіон)</b>	3 дози по 2 мг перорально при народженні, на 4–6 день та через 4–6 тижнів	Флакон, 1 мг/0,5 мл або 1 мг/мл для перорального застосування	–	–	–	–	–
	1 мг після народження Недоношені новонароджені: 0,4 мг/кг	В/м: флакон, 1 мг/0,5 мл або 1 мг/мл	–	–	–	–	–

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла				
			2–< 2,5 кг	2,5–< 3 кг	3–< 3,5 кг	3,5–< 4 кг	4–< 4,5 кг
<b>Клоксацилін</b>	25(–50) мг/кг <b>Перший тиждень життя:</b> кожні 12 год <b>2–4 тижні життя:</b> кожні 8 год	В/в або в/м: флакон, 250 мг, розведений у 1,3 мл стерильної води (250 мг/1,5 мл)	0,3 мл	0,4 мл	0,5 мл	0,5–0,6 мл	0,6 мл
<b>Фенобарбітал</b>	В/в: навантажувальна доза: 20 мг/кг. Якщо судоми не зникають, вводьте додаткові дози фенобарбіталу від 10 мг/кг до максимальної дози 40 мг/кг.  Підтримувальна доза: 5 мг/кг	В/м або в/в: флакон, 200 мг/мл, розведений у 4 мл стерильної води  Таблетки, 30 мг	Розрахуйте <b>точно</b> дозу на основі маси тіла дитини.				
			½	½	½	¾	¾
<b>Цефотаксим</b>	50 мг/кг <b>Перший тиждень життя:</b> кожні 12 год <b>2–4 тижні життя:</b> кожні 8 год	В/в або в/м: флакон, 250 мг, розчинити в 1 мл	0,5 мл	0,6 мл	0,7 мл	0,8 мл	0,9 мл

## Інгаляційні препарати для лікування астми

Таблиця 139. Низькі, середні та високі добові дози (мкг) інгаляційних кортикостероїдів (ІКС)

ІКС	Загальна добова доза (мкг) відповідно до віку						
	≤ 5 років <sup>a</sup>	6–11 років			≥ 12 років		
		Низька	Середня	Висока	Низька	Середня	Висока
Бетаметазону дипропіонат (дозувальний аерозольний інгалятор (ДАІ) під тиском, <sup>b</sup> гідрофторалкановий пропелент (ГФА))	100	100–200	> 200–400	> 400	200–500	> 500–1 000	> 1 000
Бетаметазону дипропіонат (ДАІ під тиском, із найдрібнішими частинками, ГФА)	50	50–100	> 100–200	> 200	100–200	> 200–400	> 400
Будесонід (інгалятор сухого порошку (ІСП))	–	100–200	> 200–400	> 400	200–400	> 400–800	> 800
Будесонід (небулайзер)	500	250–500	> 500–1 000	> 1 000	–	–	–
Мометазону фураат (ІСП)	–	–	–	–	Залежить від ІСП		
Мометазону фураат (ДАІ під тиском, <sup>b</sup> ГФА)	100	100	100	200	200–400		> 400
Флутиказону пропіонат (ДАІ під тиском, <sup>b</sup> ГФА)	50	50–100	> 100–200	> 200	100–250	> 250–500	> 500
Флутиказону пропіонат (ІСП)	–	50–100	> 100–200	> 200	100–250	> 250–500	> 500

<b>Флутиказону фуроат (ІСП)</b>	–	50	50	–	100	100	200
<b>Циклесонід (ДАІ під тиском, із найдрібнішими частинками, ГФА)</b>	–	80	> 80–160	> 160	80–160	> 160–320	> 320

<sup>a</sup> Дози, наведені в цій таблиці для дітей віком  $\leq 5$  років, є найнижчими затвердженими дозами, безпечність та ефективність яких були належним чином досліджені в цій віковій групі.

<sup>b</sup> Зі стандартними (не дрібними) частинками.

**Таблиця 140. Комбіновані препарати інгаляційних кортикостероїдів (ІКС) +  $\beta_2$ -агоністів тривалої дії (LABA)<sup>a</sup>**

<b>ІКС + LABA</b>	<b>Максимальна доза (мкг)</b>
<b>Беклометазон + формотерол</b>	Максимум 48 мкг формотеролу на день
<b>Будесонід + формотерол</b>	Максимум 72 мкг формотеролу на день
<b>Флутиказону пропіонат + сальметерол</b>	Максимум 50 мкг сальметеролу 2 рази на добу
<b>Флутиказону пропіонат + формотерол</b>	Див. на маркованні конкретного препарату

<sup>a</sup> У цій таблиці наведено схвалені на сьогоднішній день комбіновані препарати ІКС із LABA для контрольного лікування астми. Призначена доза повинна ґрунтуватися на ІКС (див. с. 929) відповідно до тяжкості (с. 662–663) та максимальної дозволеної дози LABA. Для кожного комбінованого препарату існують різні концентрації; перевірте етикетку продукту, щоб визначити, які концентрації доступні у вашому випадку.

## Препарати для місцевого застосування: для шкіри, очей, ротової порожнини, носа і вух

Таблиця 141. Препарати для місцевого застосування для шкіри

Препарат	Лікарська форма	Частота застосування та інші інструкції <sup>1</sup>
<b>Анестетики</b>		
<b>Лідокаїн</b>	Крем, гель 2–4%	2–3 рази на добу за потреби (макс. 4,5 мг/кг/дозу)
<b>Лідокаїн, епінефрин, тетракаїн (LET)</b>	Гель або розчин: L 4% — E 0,1% — T 0,5%	Наносьте 1–3 мл безпосередньо на рану та краї рани. З обережністю застосовуйте у немовлят молодшого віку через потенційну системну абсорбцію (наносити не довше ніж на 20 хвилин).
<b>Лідокаїн, прилокаїн</b>	Крем 5%, пластир	Наносьте на неушкоджену шкіру залежно від віку та площі шкіри. З обережністю застосовуйте у немовлят молодшого віку через потенційну системну абсорбцію (наносити не довше ніж на 20 хвилин).
<b>Антисептики</b>		
<b>Повідон-йод</b>	Розчин 10%	1–3 рази на добу або перед процедурою (> 1 місяць)
<b>Хлоргексидин</b>	Розчин 5%, гель 4%	1–3 рази на добу або перед процедурою
<b>Засоби для захисту або зволоження шкіри</b>		
<b>Вазелін (петролатум)</b>	–	При пелюшковому дерматиті: застосовуйте при кожній зміні пелюшок.
<b>Цинкова паста</b>	–	При пелюшковому дерматиті: застосовуйте при кожній зміні пелюшок.
<b>Знеболювальні</b>		
<b>Фентаніл</b>	Трансдермальний пластир	Для полегшення помірного або сильного болю при раку або болю наприкінці життя в пацієнтів, які не можуть приймати ліки для перорального застосування чи мають ниркову недостатність.

**Кортикостероїди** (Примітка: якщо потрібне тривале лікування, розгляньте доцільність поступового зниження активності та частоти застосування (кожні 2 тижні), щоб уникнути повторних загострень)

<b>Бетаметазону валерат</b> (помірна/висока активність)	Крем, мазь 0,1%	1–3 рази на добу (1–2 разів зазвичай достатньо) ( $\geq 1$ рік), уникайте застосування протягом $> 3$ тижнів.
<b>Бетаметазону дипропіонат</b> (висока активність)	Крем 0,05%	1–2 рази на добу ( $\geq 1$ рік), уникайте застосування протягом $> 3$ тижнів.
<b>Гідрокортизон</b> (низька активність)	Крем, мазь 1%	1–3 рази на добу, уникайте застосування протягом $> 3$ тижнів.
<b>Мометазону фураат</b> (висока активність)	Крем, мазь 0,1%	1 раз на добу ( $\geq 2$ роки), уникайте застосування протягом $> 3$ тижнів.

#### Лікарські засоби, що впливають на диференціацію та проліферацію шкіри

<b>Бензоїл пероксид</b>	Крем, лосьйон 2,5–5%	Акне: починайте з 1 разу на добу, збільшуйте до 2–3 разів на добу за необхідності ( $\geq 7$ років).
<b>Подофілін</b>	Розчин 10–25%	Бородавки: див. на маркованні конкретного препарату.
<b>Ретиноїд</b> (напр., адапален)	Крем 0,1%	Акне: див. на маркованні конкретного препарату.
<b>Саліцилова кислота</b>	Розчин 5%	Бородавки: застосовуйте щоденно ( $\geq 2$ роки).

#### Педикуліциди (лікування вошей)

<b>Диметикон</b>	Лосьйон 1%, рідина 2%, крем 1,3–5%	Див. на маркованні конкретного препарату.
<b>Малатіон</b>	Лосьйон 0,5%	Наносьте на голову, ознайомтеся з маркуванням продукту щодо кількості та тривалості застосування перед змиванням ( $\geq 2$ роки).
<b>Перметрин</b>	Крем 5%, лосьйон 1%	Для всього тіла від шиї до пальців ніг ( $\geq 2$ місяці).

Препарат	Лікарська форма	Частота застосування та інші інструкції <sup>1</sup>
<b>Припікання</b>		
<b>Нітрат срібла</b>	Голівка сірника	Пупкова гранульома: наносьте безпосередньо на грануляційну тканину до 3 разів на добу протягом 3 днів.
<b>Протигрибкові</b>		
<b>Міконазол</b>	Крем, мазь 2%	2 рази на добу
<b>Ністатин</b>	Крем, мазь	2–4 рази на добу ( $\geq 1$ місяць)
<b>Тербінафін</b>	Крем, мазь 1%	1 раз на добу ( $\geq 12$ років, через обмежені дані щодо застосування у дітей)
<b>Протиінфекційні</b>		
<b>Еритроміцин</b>	Гель, лосьйон, мазь 2%	Акне: 2 рази на добу ( $\geq 12$ років)
<b>Кліндаміцин</b>	Гель, лосьйон 1%	Акне: 2 рази на добу ( $\geq 12$ років, через обмежені дані щодо застосування у дітей)
	Крем 2%	Бактеріальний вагіноз: інтравагінально, перед сном
<b>Метронідазол</b>	Гель 0,75%	Бактеріальний вагіноз: інтравагінально, 1 раз на добу
<b>Мупіроцин</b>	Крем, мазь 2%	3 рази на добу ( $\geq 1$ місяць)
<b>Сульфадіазин срібла</b>	Крем 1%	1 раз на добу ( $> 2$ місяці)
<b>Фузидова кислота</b>	Крем, мазь 2%	2–3 рази на добу
<b>Протисвербіжні</b>		
<b>Каламін</b>	Лосьйон	3–4 рази на добу ( $\geq 6$ місяців)

**Скабіциди (лікування корости)**

<b>Бензилбензоат</b>	Лосьйон 25%	Для всього тіла від шиї до пальців ніг (вік $\geq$ 2 роки)
<b>Кротамітон</b>	Крем 10%	Для всього тіла від шиї до пальців ніг ( $\geq$ 1 місяць)
<b>Малатіон на водній основі</b>	Лосьйон 0,5%	Для всього тіла від шиї до пальців ніг (вік $\geq$ 2 роки)
<b>Перметрин</b>	Крем 5%, лосьйон 1%	Для всього тіла від шиї до пальців ніг ( $\geq$ 2 місяці)
<b>Сірка</b>	Мазь 5%, 10%	Для всього тіла від шиї до пальців ніг

<sup>1</sup> Тривалість лікування залежить від показань та ефектів у пацієнта.

**Таблиця 142. Препарати для місцевого застосування для очей**

Препарат	Лікарська форма	Частота застосування та інші інструкції
<b>Антигістамінні</b>		
<b>Азеластин</b>	Очні краплі 0,05%	1 крапля 2 рази на добу в уражене око ( $\geq 3$ роки)
<b>Кетотифен</b>	Очні краплі 0,025%	1 крапля 2 рази на добу в уражене око ( $\geq 3$ роки)
<b>Олопатадин</b>	Очні краплі 0,1%	1 крапля 2 рази на добу в уражене око ( $\geq 2$ роки)
<b>Протиінфекційні</b>		
<b>Азитроміцин</b>	Очні краплі 1,5%	1 крапля 2 рази на добу в уражене око ( $\geq 1$ рік)
<b>Еритроміцин</b>	Мазь для очей 0,5%	2–6 разів на добу в уражене око ( $\geq 1$ місяць)
<b>Гентаміцин</b>	Очні краплі 0,3%	1–2 краплі 6–12 разів на добу в уражене око ( $\geq 1$ місяць)
<b>Офлоксацин</b>	Очні краплі 0,3%	1–2 краплі 6–12 разів на добу в уражене око ( $\geq 1$ рік)
<b>Тетрациклін</b>	Мазь для очей 1%	2–3 рази на добу в уражене око

**Таблиця 143. Препарати для місцевого застосування для ротової порожнини**

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Частота застосування та інші інструкції
<b>Лідокаїн</b>	–	Гель для перорального застосування 2% Спрей 10%	Болючі виразки в ротовій порожнині: наносьте на марлеву серветку або розпиліть на болючі виразки в ротовій порожнині перед годуванням.
<b>Міконазол</b>	Для дітей віком < 2 роки: 25 мг (1,25 мл) 4 рази на добу Для дітей віком > 2 роки: 50 мг (2,5 мл) 4 рази на добу	Гель для перорального застосування 20 мг/мл	Кандидоз ротової порожнини: не наносьте гель на задню частину горла (можливе удушення). Гель потрібно не ковтати відразу, а тримати в роті якомога довше. Наносьте до 2 днів після зникнення уражень.
<b>Ністатин</b>	100 000–200 000 ОД (1–2 мл) у ротову порожнину	Суспензія для перорального застосування 100 000 одиниць/мл	Кандидоз ротової порожнини: застосовуйте 4 рази на добу до 2 днів після зникнення уражень.

**Таблиця 144. Препарати для місцевого застосування для носа**

Препарат	Лікарська форма	Частота застосування та інші інструкції
<b>Будесонід</b>	Назальний спрей: 64 або 100 мкг на дозу	1–2 рази на добу на ніздрю (≥ 6 років)
<b>Ксилометазолін</b>	Назальний спрей, краплі 0,05%	Кровотеча з носа у пацієнтів, яким надають паліативну допомогу: 1–3 рази на добу на ніздрю (≥ 3 місяці) протягом макс. 5 днів
<b>Мометазон</b>	Назальний спрей 50 мкг на дозу	1–2 рази на добу на ніздрю (≥ 6 років)
<b>Оксиметазолін</b>	Назальний спрей, краплі 0,01%, 0,025%	1–3 рази на добу на ніздрю (≥ 1 місяць) протягом макс. 5 днів
<b>Флутиказону фураат</b>	Назальний спрей 27,5 мкг на дозу	1–2 рази на добу на ніздрю (≥ 2 роки)

Таблиця 145.

## Препарати для місцевого застосування для вух

Препарат	Лікарська форма	Частота застосування та інші інструкції
Оцтова кислота	Спиртовий розчин, 2%	Вставте у вухо просочений бавовняний тампон ( $\geq 3$ роки).
Ципрофлоксацин	Вушні краплі 0,3%	2 рази на добу в уражене вухо ( $\geq 6$ місяців)
Ципрофлоксацин + гідрокортизон	Вушні краплі 0,2% + 1%	2 рази на добу в уражене вухо ( $\geq 1$ рік)
Ципрофлоксацин + дексаметазон	Вушні краплі 0,3% + 0,1%	2 рази на добу в уражене вухо ( $\geq 6$ місяців)

## АРВП

**Таблиця 146. Дозування антиретровірусних препаратів для немовлят віком < 4 тижні**

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла		
			2–< 3 кг	3–< 4 кг	4–< 5 кг
<b>Зидовудин (AZT)</b>		Рідина: 10 мг/мл	1 мл	1,5 мл	2 мл
<b>Ламівудин (ЗТС)</b>	2 рази на добу	Рідина: 10 мг/мл	0,5 мл	0,8 мл	1 мл
<b>Лопінавір/ритонавір (LPV/RTV)<sup>a</sup></b>	2 рази на добу	Рідина: (LPV 80 мг + RTV 20 мг)/мл	0,6 мл	0,8 мл	1 мл
<b>Невірапін (NVP)</b>	2 рази на добу	Рідина: 10 мг/мл	1,5 мл	2 мл	3 мл
<b>Ралтегравір (RAL)</b>		10 мг/мл			
	< 1 тиждень	1 раз на добу	Гранули для перорального застосування для	0,4 мл	0,5 мл
> 1 тиждень	2 рази на добу	суспензії (100 мг/саше)	0,8 мл	1 мл	1,5 мл

<sup>a</sup> Не використовуйте у немовлят віком < 2 тижні.

Таблиця 147. Дозування антиретровірусних препаратів для немовлят і дітей віком  $\geq 4$  тижні

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла (Примітка: вагові категорії відрізняються від наведених у таблицях щодо інших препаратів)						
			3–< 6 кг	6–< 10 кг	10–< 14 кг	14–< 20 кг	20–< 25 кг	25–< 35 кг	Підлітки
<b>Інгібітори перенесення ланцюга інтегразою</b>									
<b>Долутеґравір</b> (DTG)	1 раз на добу	Таблетки, 50 мг	–	–	–	–	–	1	1
<b>Ралтеґравір</b> (RAL)	2 рази на добу	Таблетки (жувальні), 25 мг	1	2	3	4	6	–	–
		Таблетки (жувальні), 100 мг	–	–	–	1	1½	–	–
		Таблетки (жувальні), 400 мг	–	–	–	–	–	1	2
		Рідина, 10 мг/мл (гранули для перорального застосування для суспензії: 100 мг/саше)	3 мл	5 мл	8 мл	10 мл	–	–	–
<b>Інгібітори протеази (ІП)</b>									
<b>Атазанавір</b> (ATV) <sup>c,d</sup>	1 раз на добу	Капсули, 100 мг	–	–	2	2	2	–	–
		Капсули, 200 мг	–	–	1	1	1	–	–
		Капсули, 300 мг	–	–	–	–	–	1	1
<b>Дарунавір</b> (DRV) <sup>d</sup>	1 раз на добу	Таблетки, 600 мг	–	–	–	1	1	1	2
		Таблетки, 150 мг	–	–	–	4	4	1	–
		Таблетки, 75 мг	–	–	–	5	5	–	–
	2 рази на добу	Таблетки, 400 мг	–	–	–	–	–	1	–
		Рідина, 100 мг/мл	–	–	2½ мл	3,5 мл	–	–	–

<b>Лопінавір/ ритонавір</b> (LPV/RTV)	2 рази на добу	Рідина: 80 мг/20 мг/мл	1 мл	1½ мл	2 мл	2½ мл	3 мл	–	–
		Таблетки, 100 мг/25 мг	–	–	2 у першій половині дня, 1 у другій половині дня	2	2	3	–
		Таблетки, 400 мг/100 мг	–	–	–	–	–	–	–
		Пелети, 40 мг/10 мг	2	3	4	5	6	–	1
<b>Ритонавір</b> (RTV) <sup>e</sup>	2 рази на добу	Таблетки, 25 мг	–	–	–	2	2	–	–
		Таблетки, 50 мг	–	–	–	1	1	–	–
		Таблетки, 100 мг	–	–	–	–	–	1	1
		Рідина, 80 мг/мл	–	–	½ мл	0,6 мл	–	–	–
<b>Комбіновані препарати з фіксованим дозуванням</b>									
<b>Абакавір/ ламівудин</b> (ABC/3TC)	2 рази на добу (1 раз на добу)	Таблетки: d4T 60 мг + 3TC 30 мг	1 (2)	1½ (3)	2 (4)	2½ (5)	3 (6)	–	–
		Таблетки: d4T 120 мг + 3TC 60 мг	½ (1)	½ у першій половині дня 1 у другій половині дня (1½)	1 (2)	1 у першій половині дня 1½ у другій половині дня (2½)	1½ (3)	–	–
		Таблетки: d4T 600 мг + 3TC 300 мг	–	–	–	–	–	½ (1)	–
<b>Зидовудин/ ламівудин</b> (AZT/3TC)	2 рази на добу	Таблетки AZT 60 мг + 3TC 30 мг	1	1½	2	2½	3	–	–
		Таблетки AZT 300 мг + 3TC 150 мг	–	–	–	–	–	1	–

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до маси тіла						Підлітки
			(Примітка: вагові категорії відрізняються від наведених у таблицях щодо інших препаратів)						
			3–< 6 кг	6–< 10 кг	10–< 14 кг	14–< 20 кг	20–< 25 кг	25–< 35 кг	
<b>Зидовудин/ламівудин/невірапін</b> (AZT/ЗТС/NVP) <sup>a</sup>	2 рази на добу	Таблетки: AZT 60 мг + ЗТС 30 мг + NVP 50 мг	1	1,5	2	2½	3	–	
		Таблетки: AZT 300 мг + ЗТС 150 мг + NVP 200 мг	–	–	–	–	–	1	–
<b>Ненуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази</b>									
<b>Ефавіренц<sup>b</sup></b> (EFV)	1 раз на добу	Таблетки: 200 мг	–	–	1	1½	1½	2	–
		Таблетки: 400 мг	–	–	–	–	–	–	1
		Таблетки: 600 мг	–	–	–	–	–	–	1
<b>Невірапін (NVP)</b>	2 рази на добу	Рідина: 10 мг/мл	5 мл	8 мл	10 мл	–	–	–	–
		Таблетки: 50 мг	1	1½	2	2½	3	–	–
	1 раз на добу протягом 14 днів, далі — 2 рази на добу	Таблетки: 200 мг	–	–	–	–	–	1	1
<b>Нуклеозидні інгібітори зворотної транскриптази</b>									
<b>Абакавір</b> (ABC)	2 рази на добу	Рідина: 20 мг/мл	3 мл	4 мл	6 мл	–	–	–	–
		Таблетки: 60 мг	1	1½	2	2½	3	–	–
		Таблетки: 300 мг	–	–	–	–	–	1	2
		Таблетки: 600 мг	–	–	–	–	–	–	1
<b>Емтрицитабін</b> (FTC)	1 раз на добу	Таблетки: 200 мг	–	–	–	–	–	–	1

<b>Зидовудин</b> (AZT)	2 рази на добу	Рідина: 10 мг/мл	6 мл	9 мл	12 мл	–	–	–	–
		Таблетки: 60 мг	1	1½	2	2½	3	–	–
		Таблетки: 300 мг	–	–	–	–	–	1	2
<b>Ламівудин</b> (ЗТС)	2 рази на добу	Рідина: 10 мг/мл	3 мл	4 мл	6 мл	–	–	–	–
		Таблетки: 150 мг	–	–	–	–	–	–	2
		Таблетки: 300 мг	–	–	–	–	–	–	1
<b>Нуклеотидні інгібітори зворотної транскриптази</b>									
<b>Тенофовіру дизопроксилу фумарат</b> (TDF)	1 раз на добу	Таблетки: 300 мг	–	–	–	–	–	–	1

**Таблиця 148. Спрощене дозування антиретровірусних препаратів залежно від віку для посиленої постнатальної профілактики<sup>a</sup>**

Препарат	Дозування	Лікарська форма	Доза відповідно до віку	
			0–6 тижнів	6–12 тижнів
Зидовудин (AZT)	2 рази на добу	Рідина: 10 мг/мл	1½ мл	6 мл
		Таблетки, 60 мг	–	1
Невірапін (NVP)	1 раз на добу (у першій половині дня)	Рідина: 10 мг/мл	1½ мл	2 мл
		Таблетки, 50 мг	½	½

<sup>a</sup> Таке спрощене дозування було розроблене з використанням універсального інструменту Всесвітньої організації охорони здоров'я на основі раніше встановлених цілей профілактики NVP. Дозування AZT і NVP на основі маси тіла див. на с. 941 і 942.

## Антибіотики для лікування ТБ

**Таблиця 149.** Дози комбінованих препаратів із фіксованим дозуванням на основі препарату та вагового діапазону

Основні протитуберкульозні препарати	Спосіб застосування	Принцип дії	Добова доза в мг/кг (діапазон)	Максимальна доза (мг/добу)
<b>Етамбутол (Е)</b>	Перорально	Бактеріостатична	20 (15–25)	–
<b>Ізоніазид (Н)</b>	Перорально	Бактерицидна	10 (7–15) <sup>а</sup>	300
<b>Піразинамід (Z)</b>	Перорально	Бактерицидна	35 (30–40)	–
<b>Рифампіцин (R)</b>	Перорально	Бактерицидна	15 (10–20)	600
<b>Стрептоміцин (S)</b> тільки для лікування туберкульозу з множинною лікарською стійкістю	внутрішньом'язово	Бактерицидна	15 (12–18)	2 000

Мірою наближення дітей до маси тіла 25 кг можна використовувати дозування для дорослих.

<sup>а</sup> Верхня точка діапазону дози ізоніазиду застосовується до дітей молодшого віку; нижня точка діапазону дозування застосовується до дітей старшого віку.

**Таблиця 150. Дози комбінованих препаратів із фіксованим дозуванням на основі вагового діапазону**

Ваговий діапазон <sup>a</sup>	Кількість таблеток	
	Інтенсивна фаза: RHZ <sup>b</sup> 75/50/150 мг	Фаза продовження: RH 75/50 мг
4–7 кг	1	1
8–11 кг	2	2
12–15 кг	3	3
16–24 кг	4	4
≥ 25 кг	Рекомендовано застосовувати дозування для дорослих	

<sup>a</sup> Лікування немовлят віком 0–3 місяці або з масою тіла менше ніж 4 кг повинен проводити лікар, який має досвід лікування туберкульозу (ТБ) у дітей. Якщо такий лікар не доступний, а ТБ діагностований або існує серйозна підозра на ТБ, можна розглядати доцільність лікування за стандартною схемою.

<sup>b</sup> Етамбутол слід додавати протягом інтенсивної фази для лікування дітей із дисемінованим захворюванням або дітей, які проживають у районах із високою поширеністю вірусу імунодефіциту людини або стійкістю до ізоніазиду.

# Порівняння системних кортикостероїдів

У таблиці нижче наведено властивості та еквівалентні дози системних кортикостероїдів відносно гідрокортизону.

	Еквівалентні дози (мг)	Відносна активність глюкокортикоїду	Відносна активність мінералокортикоїду	Тривалість дії (годин)
<b>ГЛЮКОКОРТИКОЇДИ КОРОТКОЇ ДІЇ</b>				
Гідрокортизон	20	1	1	8–12
Кортизон	25	0,8	0,8	8–12
<b>ГЛЮКОКОРТИКОЇДИ СЕРЕДНЬОЇ ТРИВАЛОСТІ ДІЇ</b>				
Преднізон	5	4	0,8	12–36
Преднізолон	5	4	0,8	12–36
Метилпреднізолон	4	5	0,5	12–36
Триамцинолон	4	5	0	12–36
<b>ГЛЮКОКОРТИКОЇДИ ТРИВАЛОЇ ДІЇ</b>				
Дексаметазон	0,75	30	0	36–72
Бетаметазон	0,60	30	0	36–72
<b>МІНЕРАЛОКОРТИКОЇДИ</b>				
Гідрокортизон	<sup>a</sup>	10–15	125–150	12–36

<sup>a</sup> Преднізон або преднізолон у дозах 50 мг на добу або гідрокортизон у дозі 20 мг на добу забезпечують мінералокортикоїдний ефект, який приблизно еквівалентний ефекту 0,1 мг флудрокортизону.

# РПР

Чотири інгредієнти РПР (глюкоза, хлорид натрію, хлорид калію та тризаміщений цитрат натрію) у концентраціях, описаних нижче, дозволяють забезпечити ефективні регідратацію та запобігання зневодненню.

Компоненти розчину для пероральної регідратації (РПР)	г/л	Компоненти РПР	ммоль/л
Натрію хлорид	2,6	Натрій	75
		Хлорид	65
Калію хлорид	1,5	Калій	20
Безводна глюкоза	13,5	Безводна глюкоза	75
Натрію цитрат тризаміщений двоводний	2,9	Цитрат	10
<b>Загальна осмолярність</b>			<b>245</b>

Компоненти РПР працюють таким чином:

- Глюкоза сприяє всмоктуванню натрію (та, відповідно, води) у молярному співвідношенні 1:1 у тонкому кишечнику.
- Натрій і калій замінюють основні іони, втрачені організмом під час діареї (і блювання).
- Цитрат коригує ацидоз, що виникає в результаті діареї та зневоднення.

# Розчини для інфузійної терапії

У таблиці нижче наведено склад розчинів для інфузійної терапії, які доступні у продажу та зазвичай використовуються для новонароджених, немовлят і дітей. Щоб ухвалити рішення про те, який розчин використовувати в певних обставинах, див. розділи про окремі стани, напр., про шок (с. 819). Зверніть увагу, що жоден із таких розчинів не містить достатньо калорій для тривалої нутритивної підтримки дітей, а деякі розчини містять менше калорій, ніж інші. Якщо поживні речовини і розчини можна вводити через рот або через назогастральний зонд, це є пріоритетним і найбезпечнішим варіантом.

Розчин для інфузійної терапії	Склад						
	Na <sup>+</sup>	K <sup>+</sup>	Cl <sup>-</sup>	Ca <sup>++</sup>	Лактат	Глюкоза	Калорії
	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	ммоль/л	г/л	кал/л
Лактат Рінгера (розчин Гартмана)	130	5,4	112	1,8	27	–	–
Фізіологічний розчин (0,9% розчин NaCl)	154	–	154	–	–	–	–
10% розчин глюкози	–	–	–	–	–	100	400
0,45% розчин NaCl/5% розчин глюкози	77	–	77	–	–	50	200
Розчин Дарроу	121	35	103	–	53	–	–
Розчин Дарроу з удвічі меншим вмістом діючих речовин із 5% розчином глюкози <sup>a</sup>	61	17	52	–	27	50	200
Лактат Рінгера з удвічі меншим вмістом діючих речовин із 5% розчином глюкози	65	2,7	56	1	14	50	200
0,18% розчин NaCl/4% розчин глюкози <sup>b</sup>	31	–	31	–	–	40	160
5% розчин глюкози <sup>b</sup>	–	–	–	–	–	50	200

<sup>a</sup> Розчин Дарроу з удвічі меншим вмістом діючих речовин часто поставляється без глюкози, і глюкозу необхідно додавати перед використанням.

<sup>b</sup> Такі розчини можна використовувати переважно в перші кілька днів життя, але не можна використовувати для інших немовлят або дітей.

## ДОДАТОК 8

**План дій при астмі**

Нижче наведено приклад плану дій при астмі для пацієнтів або опікунів:

**Якщо астма добре контрольована**

Ви маєте потребу в препараті для «екстреної допомоги» менше ніж 3 рази на тиждень, не прокидаєтеся з астмою, можете займатися своєю звичною діяльністю (у тому числі виконувати фізичні вправи)

**Препарат для контролю:**

Найменування .....

Вміст діючих речовин .....

Робіть/приймайте .....інгаляцій/таблеток ..... разів **кожного** дня

**Препарат для «екстреної» допомоги:**

Найменування .....

Вміст діючих речовин .....

Робіть ..... інгаляцій за необхідності для полегшення симптомів астми.

**Інший препарат (найменування, вміст діючих речовин, частота застосування):**

.....

.....

.....

**Препарат перед фізичними вправами (найменування, вміст діючих речовин, кількість інгаляцій/таблеток):**

.....

.....

.....

### Якщо астма загострюється

Ви маєте потребу в препараті для «екстреної допомоги» частіше ніж зазвичай, прокидаєтеся через астму, не можете займатися своєю звичною діяльністю (у тому числі виконувати фізичні вправи)

#### Препарат для контролю:

Найменування .....

Вміст діючих речовин .....

Робіть/приймайте .....інгальцій/таблеток .....разів **кожного** дня

#### Препарат для «екстреної» допомоги:

Найменування .....

Вміст діючих речовин .....

Робіть .....інгальцій за необхідності для полегшення симптомів астми.

#### Інший препарат (найменування, вміст діючих речовин, частота застосування):

.....  
 .....  
 .....

### При тяжких симптомах астми:

Ви маєте потребу в препараті для «екстреної допомоги» кожні 3–4 години, у вас утруднене дихання, ви часто прокидаєтеся через астму

#### Застосовуйте препарат для «екстреної допомоги»:

Найменування .....

Вміст діючих речовин .....

Робіть/приймайте .....інгальцій/таблеток .....разів **кожного** дня

#### Приймайте преднізон/преднізолон:

Найменування .....

Вміст діючих речовин .....

Робіть .....інгальцій за необхідності для полегшення симптомів астми.

Зверніться до лікаря сьогодні ж або зверніться безпосередньо до відділення невідкладної допомоги!

Контактні дані лікаря .....

В екстреній ситуації телефонуйте за номером .....  
 (контактна особа на випадок екстреної ситуації) або негайно телефонуйте до швидкої допомоги.

# Реакції гіперчутливості

Алергічні реакції та інші реакції гіперчутливості на лікарські засоби є поширеним явищем. Реакції на лікарські засоби можна розділити на дві великі категорії залежно від початкового виникнення ознак і симптомів. Важливо розрізняти ці категорії при ухваленні рішень про те, чи слід застосувати препарат, який міг спричинити реакцію.

	<b>Негайна реакція, яка швидко розвивається (спричинена імуноглобуліном (Ig) E): тип I</b>	<b>Відстрочена або не негайна реакція (спричинена не IgE): типи II, III, IV</b>
Виникнення	Протягом < 1 год після прийому препарату	Через > 1 год після прийому препарату (зазвичай через 6 год, але може виникати й через кілька днів)
Клінічна картина	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Анафілаксія: шкірні ознаки (висипання, кропив'янка, ангіоневротичний набряк) із системними ознаками (гіпотонія, бронхоспазм, а також блювання, діарея)</li> <li>• Кропив'янка або ангіоневротичний набряк без системних ознак</li> <li>• Загострення астми.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Висипання без системних ознак</li> <li>• Реакція на препарат, що включає еозинофілію та системні симптоми</li> <li>• Токсичний епідермальний некроліз або синдром Стівенса-Джонсона.</li> </ul>

# Розміри обладнання для дітей молодшого віку

## Розміри педіатричного обладнання відповідно до віку (маси тіла) дитини

Обладнання	0–5 місяців (3–6 кг)	6–12 місяців (4–9 кг)	1–3 роки (10–15 кг)	4–7 років (16–20 кг)
<b>ПРОХІДНІСТЬ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ І ДИХАННЯ</b>				
Ларингоскоп	Прямий клинок	Прямий клинок	Макінтош дитячий	Макінтош дитячий
Трахеальна трубка без манжети	2,5–3,5	3,5–4,0	4,0–5,0	5,0–6,0
Стилєт	Малий	Малий	Малий/середній	Середній
Аспіраційний катетер (за французькою системою)	6	8	10	12
<b>КРОВООБІГ</b>				
Внутрішньовенний катетер	24/22	22	22/18	20/16
<b>ІНШЕ ОБЛАДНАННЯ</b>				
Назогастральний зонд <sup>а</sup>	8	10	10–12	12
Урологічний катетер <sup>а</sup>	Трубка для ентєрального годування, розмір 5	Трубка для ентєрального годування, розмір 5/катетер Фолея, розмір 8	Катетер Фолея, розмір 8	Катетер Фолея, розмір 10

<sup>а</sup> Розміри за французькою системою або за шкалою Шар'єра, які є еквівалентними та вказують на окружність трубки в міліметрах.

# Примітки

# Алфавітний покажчик

Усі записи в алфавітному покажчику стосуються немовлят/дітей, якщо не вказано інше, напр., «для новонароджених немовлят/підлітків».

Записи в алфавітному покажчику розташовані в алфавітному порядку, окрім записів, які стосуються ключових показників розвитку, підпункти в яких розташовані за віком.

## А

Аборт (переривання вагітності)  
780–785

Абстинентний синдром, неонаталь-  
ний 182

Абсцес 434

абсцес легені, хронічний кашель  
232

абсцес шкіри 434, 439

внутрішній (глибокий) 293–294

гарячка 290, 293

перитонзилярний 242

псоас-абсцес 290, 470

ретрофарингальний *див.* «Ретро-  
фарингальний абсцес»

розтин і дренивання 878

Аваскулярний некроз головки стег-  
нової кістки 468

Автоматичні слухові реакції стовбура  
мозку 138

«Аденоїдне обличчя» 248

Адреналін *див.* «Епінефрин»

Акантокератодермія 578

Акне 436, 788–790

Акне новонароджених 167

Активоване вугілля 835, 837, 911

Акушерський анамнез 11, 26, 133

Алгоритм проведення реанімаційних  
заходів 802

Алергічний кон'юнктивіт 499, 501

Алергічний контактний дерматит  
434, 440

Алергічний круп 224

Алергія на бета-лактами 211, 238,  
246

Алергія на латекс 643

Алергія на молоко 176, 179, 319,  
322, 327

Алергія на пеніцилін 94, 244, 280

Алергія на яйця 95, 325

Алергія/алергічна реакція 440, 952  
на вакцини 93

на латекс 643

на лікарські засоби 11, 211, 238,  
244, 246

- на молоко 176, 179, 319, 322, 327  
на продукти харчування 322, 325–326, 337, 346  
на укуси комах 547
- Амбліопія 495
- Амебна дизентерія (амебіаз) 319–320
- Аменорея 787–788
- Аналізи крові 344, 386, 870  
у новонароджених немовлят 28
- Анальні тріщини 352
- Анамнез матері 133
- Анамнез харчування 98
- Анатомічна табакерка 557
- Анафілаксія 224, 547, 814, 819  
невідкладна допомога 814, 820, 849
- Анемія 371, 378, 452–457  
гемолітична 450  
залізодефіцитна 115, 450, 456–457  
паліативна допомога 739  
серповидноклітинна 686  
хронічних захворювань 451
- Аненцефалія 640
- Анкілозуючий спондилоартрит 477
- Анкілостоми 332, 333, 334
- Аномалії еритроцитів 460
- Аномалії рефракції 493
- Антибіотики, дозування 908–926  
для новонароджених 927  
місцеві 934, 936, 937, 938  
протитуберкульозні 945–946
- Антибіотикиасоційована діарея 308, 318
- Антигіпертензивне лікування 383–384
- Антигістамінні препарати 936
- Антирабійний імуноглобулін 545, 909
- Антиретровірусна терапія (АРТ) 192, 698, 699, 700–701, 768–771
- дозування 939–944  
для новонароджених немовлят 939  
постконтактна профілактика ВІЛ 768, 770
- Антисептики 932
- Антропометричні вимірювання 23
- Анус  
вроджені стани у новонароджених 159, 174  
зміщення ануса вперед 159, 174  
неперфорований анус 159, 174  
обстеження новонароджених немовлят 26
- Апендицит 262, 470  
біль у животі/поширення болю 262, 308, 345, 346, 351, 470  
блювання 338  
гарячка, діарея 262, 308  
гострий живіт 845
- Аритмії 360, 372, 373–375, 378
- Артеріальний тиск 381–384  
вимірювання 878–879  
високий *див.* «Гіпертонія, артеріальна»  
систоличний *див.* «Систоличний артеріальний тиск»
- Артрит 475–479  
генералізований (хвороба Стілла) 477  
ентерит-асоційований 477  
«мігруючий» 270  
недиференційований 478  
псоріатичний 477  
реактивний 469  
септичний 263, 467, 469  
ювенільний ревматоїдний *див.* «Ювенільний ревматоїдний артрит»
- Асиметрія обличчя 149
- Аспірин 257, 286, 567

лікарська форма і дозування 910  
отруєння 838  
Астигматизм 494  
Астма 654–668  
    біль у грудях 358  
    вакцинація при астмі 95  
    діагностика (за віком) 655–656  
    довготривале лікування 660–666  
    зменшення/збільшення дозування препаратів 667–668  
    препарати для контролю/«екстреної» допомоги 661, 662–663  
загострення 657–661  
    надання допомоги 657–660, 816  
    оцінювання тяжкості 657–658  
    фактори ризику 660, 667  
інгалятори, типи/використання 664–666  
інгаляційні препарати, дозування 929–930  
легкі/помірні загострення 658, 659  
моніторинг/контроль симптомів 666–668  
план дій 659, 950–951  
тяжкий дихальний розлад 813–816  
тяжкі загострення та загострення, що загрожують життю 657, 658, 814  
утруднене дихання або кашель 204, 230, 655  
хрипи (свистячі) 217–219, 655, 657  
Асфіксія при народженні 217  
Атеросклероз 98  
Атопічний дерматит/екзема 433, 436–438, 484  
Аускультация 15, 365

Аутоімунний гепатит 460  
Афективно-респіраторні напади 378, 379, 380, 525

## Б

Багатопрофільна допомога 2, 639  
Бактеріальна дизентерія 319–321  
Бактеріальна інфекція  
    небезпечні ознаки у новонароджених дітей 195, 196–198  
    при ВІЛ-інфекції 697  
    ознаки/симптоми, отоларингологічні 243  

див. також «Інфекції»; конкретні організми

  
Бактеріальний вагіноз 426, 934  
Бактеріурія 399, 400  
Баланіт 395, 418–420  
Бар'єрний метод контрацепції 764–765  
Барабанна перетинка, почервоніння і випинання 236  
Батьки *див.* «Опікуни/батьки»  
Безпека в алгоритмі оцінювання HEADSSS 751  
Безпека дитини 718  
Безперервність допомоги 2, 3  
Безсоння 608–612  
Бета<sub>2</sub>-агоністи тривалої дії (LABA) 661, 663, 923, 924, 931  
Бета<sub>2</sub>-агоністи короткої дії (SABA) 656, 661, 662–663  
Бешиха 436, 442  
«Бичача шия» 227  
Білірубін 458–462  
    вимірювання рівня білірубину 881  
    підвищений рівень білірубину *див.* «Гіпербілірубінемія»  
    порогові рівні для надання допомоги (ведення) 29, 172, 173

- рівень білірубину в сироватці у новонароджених 29
- Біль 564–569
- гострий 564
  - знеболення 566–569
    - при наданні паліативної допомоги 737
    - при серповидноклітинній анемії 687
    - при травмах 829
  - невербальні ознаки 564
  - оцінювання 564–566
  - під час статевого акту 761
  - при дисменореї 786, 787
  - при раку 694–695
  - хронічний 564, 566, 567, 568
  - шкала вимірювання болю 566
- Біль у горлі 241–244
- Біль у грудях 356–361
- диференціальна діагностика 358–360
- Біль у животі 343–355, 846
- гарячка і біль у животі 262
  - диференціальна діагностика 262, 345–349
  - після переривання вагітності 784
  - функціональний 345, 350
- Біль у мошонці 408–416
- гострий («гостра мошонка») 408
  - диференціальна діагностика 409–410
- Біль у навколупупкової ділянці 350
- Біль у суглобах/набряк суглобів 465–472
- гарячка і шуми в серці 263
  - диференціальна діагностика 467–471, 686
- Бінокулярний червоний рефлекторний тест 489
- Біполярний синдром 600, 610
- Блефарит 508
- Блідість 449–452, 693
- Блювання 335–342
- диференціальна діагностика 178–179, 336, 337–339, 694
  - паліативна допомога, лікування 738
  - постійне блювання і діарея 316
  - при цукровому діабеті, лікування 681
  - тривожні сигнали 336
  - у новонароджених немовлят 177–180
- Бородавки 447–448
- Ботулізм у немовлят 537
- Брадиаритмія 373
- Бранхіогенна кіста 485
- Бронхіоліт 204, 219–221, 814
- Бронхіт, гострий 204, 207–208
- Бронходилататори швидкої дії 217, 220
- Бронхоектатична хвороба 232
- Бронхолегенева дисплазія 231
- Бронхоспазм 816, 820
- Бруксизм 117
- Бруцельоз 291, 294–295, 484
- Бульозне імпетиго 438, 442
- В**
- Вага для віку 22
- графіки, розрахунок 888, 889, 890
- Вага для довжини тіла 22, 23, 570
- графіки, розрахунок 896, 897–898
- Вага для зросту 22, 23, 570
- графіки, розрахунок 896, 897–898
- Вага
- корегування на гестаційний вік 22

- моніторинг  
 планові профілактичні огляди 22  
 при цукровому діабеті 677  
 у період після народження 138
- Вагальний маневр 374
- Вагінальна кровотеча 427, 783, 784
- Вагінальний огляд, ІПСШ 766
- Вагініт 395, 425–427
- Вагітність (підліткова) 777–780  
 аборт (переривання вагітності) 780–785  
 блювання 777  
 ведення вагітності 778–780  
 оцінювання 778, 779  
 оцінювання знань 759  
 надмірне вживання алкоголю під час вагітності 181–182, 606, 648–650  
 після сексуального насильства 717, 719  
 позаматкова 777, 846  
 тестування на вагітність 344, 717, 766, 778  
 ускладнення, біль у животі 349, 777
- Вазовагальне синкопе 378, 379
- Вазооклюзивний криз 690
- Вакцина БЦЖ 83, 87, 93, 195, 709
- Вакцина з компонентами КДП 84
- Вакцина КДП 84, 87, 93, 233
- Вакцина КПК 82, 93, 79
- Вакцина проти ВПЛ 85, 88, 719
- Вакцина проти жовтої гарячки 93
- Вакцина проти менінгококового (серогрупи С) менінгіту 85, 88
- Вакцина проти менінгококового (серогрупи А) менінгіту 85, 88
- Вакцина КДП 84, 87, 93–94, 233
- Вакцинація *див.* «Імунізація»
- Вакцини 83–86  
 (Hib) (гемофільної інфекції типу b) 84, 87, 703  
 алергії/алергічна реакція на вакцини 93, 95  
 БЦЖ (проти туберкульозу) 83, 87, 93, 195, 709  
 введення вакцин 91–92  
 живі 82, 93, 703  
 з компонентами КДП 87  
 інактивовані 82  
 КДП 84, 87, 93, 233  
 КПК 92, 93, 94  
 менінгококова чотиривалентна 85, 88  
 міркування, що впливають на вакцинацію 87–88  
 міфи про вакцини 94–95  
 неправильне поводження з вакцинами 92  
 пневмококова (кон'югована) 85, 87  
 побічні ефекти (можливі) 92–93  
 поліомієлітна 83, 94  
 проти вітряної віспи 86  
 проти ВПЛ 85, 88, 719  
 проти гепатиту А 85, 88  
 проти гепатиту В 83, 87, 193, 719  
 проти грипу 71, 88, 95, 267  
 проти епідемічного паротиту 86  
 проти жовтої гарячки 93  
 проти кліщового енцефаліту 86, 88  
 проти кору 85, 87, 95  
 проти краснухи 85, 88  
 проти менінгококів серогрупи С 85, 88  
 проти менінгококів серогрупи А 85, 88

- проти правця 543  
 проти *Haemophilus influenzae* типу b 84, 87, 703  
 реакції на вакцини, надання допомоги вдома 92, 93  
 ротавірусна 85, 87
- Вальпроева кислота 533, 811, 911  
 Варикоцеле 410, 414–415  
 Васкуліт, асоційований із імуноглобуліном А (хвороба Шенлейна-Геноха) 348, 389, 445–447, 470  
 Вегани, дефіцит мікроелементів/вітамінів 115  
 Вегетаріанське харчування, дефіцит заліза 115  
 Ведення записів, моніторинг росту 22  
 Везикули 191, 442  
 Венозний шум 364  
 Венооклюзивна хвороба 461  
 Вентиляція легень за допомогою мішка Амбу 806  
 Верхівка серця 15  
 Вживання алкоголю і психоактивних речовин/зловживання ними 6, 600, 607, 610, 725–730  
 алгоритм оцінювання HEADSSS 751  
 надання допомоги 728–730  
 типи поведінки 726, 727–728  
 тривожні сигнали 726
- Вживання алкоголю підлітками 610, 725  
 Вживання тютюну 725  
 Вивих ліктьового суглоба 554  
 Вигадування захворювань (делегований синдром Мюнхгаузена) 293, 623, 715  
 Вигинання спини 341  
 Виділення з носа 206, 219, 244–246, 261
- Виділення з пеніса 772  
 Виділення з піхви 425–427, 772  
 кров'янисті 427  
 у новонароджених немовлят 158, 425
- Виділення, паліативна допомога при виділеннях 738  
 Викривлення носової перегородки 245, 247, 248–249  
 Винні родимі плями (*naevus flammeus*) 170–171
- Випадкові травми  
 запобігання травмам 124–128  
 місце розташування, фізичне насильство чи випадкова травма 713
- Випорожнення  
 особливості випорожнень при діарейі 305, 306  
 частота випорожнень 351
- Виразки вульви 428–429  
 Виразковий коліт 323, 331–332  
 Висип 254, 272–289, 430–447  
 везикулярний або бульозний 442–444  
 висип, що нагадує наждачний папір, скарлатина 276, 279  
 вітряна віспа 276, 286–288, 442  
 гарячка і висип 272–289  
 завезений випадок гарячки 303  
 диференціальна діагностика 432, 433–436  
 інфекційна еритема 276, 281–282  
 кір (макулопапульозний висип) 276, 277  
 краснуха (макулопапульозний висип) 276, 281  
 макулопапульозний 433–442  
 із гарячкою 274–276, 436

- без гарячки 433–436  
 пелюшковий дерматит 145,  
 168–169, 396, 419, 433  
 пурпуровий або петехіальний  
 444–447  
 пурпуровий висип, що не блідне  
 при натисканні 272, 432, 444  
 раптова екзантема (розеола) 276,  
 282–283
- Висип на щоках, що нагадує сліди  
 від ляпасів 276, 282
- Виснаження 573
- Високорослість 582–583
- Висування нижньої щелепи вперед  
 804
- Висування язика 117–118
- Витрати на охорону здоров'я 6
- Витратні матеріали 867
- Вігабатрин 533, 911
- Відносини (стосунки)  
 довірчі стосунки для обстеження  
 дітей 12  
 між опікунами і дитиною 130
- Відносини з іншими (ключові показ-  
 ники розвитку) 42, 46, 50, 52, 55,  
 58, 75, 76, 77
- Відставання в розвитку у підлітків  
 792
- Відсутність дихальних шумів 813
- Віктимізація 6
- ВІЛ-інфекція/СНІД 696–705  
 використання заміників грудного  
 молока 109  
 гарячка, пов'язана з ВІЛ-  
 інфекцією/СНІДом 292, 697  
 грудне вигодовування і ВІЛ-  
 інфекція/СНІД 192  
 діагностика/тестування 698, 699,  
 769  
 доконтактна профілактика 705
- лікування 700–703  
 антиретровірусні препарати  
 (АРВП), дозування 939–944  
 лімфаденопатія 484, 697  
 новонароджені діти матерів із  
 ВІЛ-інфекцією/СНІДом, ризик  
 192–193, 698  
 ознаки/симптоми 697–698  
 подальше спостереження, моні-  
 торинг 703–705, 703–705  
 постконтактна профілактика 705,  
 768–771, 776  
 постнатальна профілактика 944  
 профілактику передавання ВІЛ від  
 матері до дитини 192–193, 944  
 розкриття діагнозу 700  
 сексуальне насильство і ВІЛ-  
 інфекція/СНІД 719  
 у новонароджених немовлят  
 192–193, 696, 699, 702, 939  
 у підлітків 697, 698, 702, 705  
 оцінювання знань 759  
 хронічний кашель 231
- Вірус вітряної віспи (VZV) 286
- Вірус гепатиту В (ВГВ) 462–464
- Вірус гепатиту А (ВГА) 462–464
- Вірус Епштейна-Барр (ВЕБ) 283
- Вірус Коксаки групи А, інфекція  
 270, 359
- Вірус папіломи людини (ВПЛ), інфі-  
 кування ВПЛ 91, 447  
 вакцина 85, 88, 719
- Вірус простого герпесу 190–191, 773
- Віруси грипу 266
- Вірусна інфекція  
 гарячка з висипом 272  
 головний біль при вірусній інфек-  
 ції 515  
 лімфаденопатія 482

- отоларингологічна, ознаки/  
симптоми 243
- Вірусний гепатит 348, 458, 460,  
462–464  
гострий, контрацепція при го-  
строму вірусному гепатиті 764
- Вірусний круп 223, 224–228
- Вітамін А, дозування 911
- Вітамін В<sub>12</sub> 115
- Вітамін D 114–115  
дефіцит 114–115, 473, 474, 475
- Вітамін К 30, 32, 35  
профілактика після народження  
114, 133, 911
- Вітаміни, дефіцит вітамінів 114
- Вітряна віспа 90, 275, 276, 286–288,  
442  
вакцина 86
- Внутрішньовенне введення глюкози  
812
- Внутрішньовенне введення препара-  
тів 882–883
- Внутрішньокісткова інфузія 884–886
- Внутрішньом'язові ін'єкції 91,  
881–882
- Внутрішньочерепна кровотеча 518
- Внутрішньочерепний тиск, підвище-  
ний 265, 513, 515, 642
- Водіння 534, 679, 730
- Волосиста частина голови, себореї-  
ний дерматит немовлят 166–167
- Волосоголовці людські 332, 334
- Воші 6, 448, 484, 933
- Вплив алкоголю, пренатальний  
181–182, 606, 648–650
- Вразливі категорії населення 5–8  
*див. також* «Неналежне пово-  
дження з дитиною»
- Вроджена глаукома 154
- Вроджена дисплазія кульшового  
суглоба 26, 140, 163–165, 468
- Вроджена катаракта 511–512
- Вроджена краснуха 188
- Вроджена цитомегаловірусна інфек-  
ція 187
- Вроджене порушення метаболізму  
184–185, 538  
блювання 179, 339  
*див. також* «Метаболічні розлади»
- Вроджений гіпотиреоз 174, 185–186
- Вроджений дермальний меланоци-  
тоз 169
- Вроджений мелиноцитарний невус  
(родимка) 169
- Вроджений птоз 155
- Вроджений сифіліс 188–189
- Вроджений стридор (ларингомаля-  
ція) 184
- Вроджений токсоплазмоз 189–190
- Вроджені вади серця 182–183, 364,  
650  
ознаки/симптоми 182–183, 232,  
650  
у новонароджених немовлят 28,  
182–183
- Вроджені інфекції 186–195
- Встановлений катетер 884
- Встановлення орофарингеального  
повітропроводу (Гведела) 805
- Втома, паліативна допомога 740
- Вторинна профілактика 71
- Втрата ваги  
при раку 695  
у дітей молодшого віку, дітей,  
підлітків 572–573  
у період після народження/у  
немовлят 138, 572
- Втрата крові  
гостра, блідість 450  
під час менструації 786
- Вугілля, активоване 835, 838, 911

Вузечка язика, коротка/товста або щільна 149

Вузлики 788

Вульвовагініт 395, 425–427, 773

Вухо

біль (оталгія) 234–240, 261

вроджені варіації 152

обстеження 15

препарати для місцевого застосування 938

сторонній предмет у вусі 559

у новонароджених немовлят 152

«Вухо плавця» (зовнішній отит)

234–236

## Г

Гарячка (лихоманка/підвищення температури тіла) 252–304

висип і гарячка 272–289, 303

диференціальна діагностика 274–276, 276, 436

гарячка невідомого походження 293

гарячка, що триває 7 днів або менше 257–272

гарячка з місцевими ознаками 261–263, 398

гарячка без місцевих ознак 260, 302, 385

гарячка, що триває більше ніж 7 днів 289–299, 304

диференціальна діагностика 290–293, 304, 693, 697

діарея і гарячка 303

жовтяниця і гарячка 303

збільшення селезінки і гарячка 304

надання допомоги 256–257

в домашніх умовах 206, 207, 212, 258, 258

небезпечні ознаки 19, 272

неврологічні симптоми і гарячка 303

пневмонія 209, 212

повторювані епізоди гарячки 299–301

респіраторні симптоми і гарячка 302

стани, що загрожують життю 254–256, 262, 263

у дитини, що приїхала з-за кордону (завезений випадок) 301–304

ускладнення COVID-19 216

Гарячка після укусу кліща 295–299

Гастроєзофагеальна рефлюксна хвороба 176, 178, 337, 341–342  
хронічний кашель 230

Гастроєзофагеальний рефлюкс 341

Гастроентерит (гостра діарея) 262, 308, 309–317

біль у животі при гастроентериті 345

блювання і гастроентерит 178, 316, 335, 337

відсутність зневоднення 310, 311, 313

зневоднення, оцінювання 309, 310

лікування 311–317

план лікування А (вдома) 311, 313

план лікування В 311, 315

план лікування С 311, 317

тяжке зневоднення 311, 316, 317  
у новонароджених немовлят,

блювання і гастроентерит 178  
помірне зневоднення 311, 314,

315

Гельмінти, діарея, спричинена

гельмінтами 308, 332–334

Гемангіома 170, 486

Гематома 165, 544

Гематурія 388–392

- Гемоглобін  
гемоглобін S 686  
глікований (HbA1c) 672, 677  
рівні гемоглобіну при анемії  
453–454
- Гемоліз 460
- Гемолітико-уремічний синдром  
391, 445
- Гемолітична анемія 450
- Геморагічний шок 450, 819, 821
- Гемоторакс 828
- Гемофілія 470
- Генералізований артрит 477
- Генетичні синдроми, гіпотонія при  
генетичних синдромах 538
- Генітальний герпес 190, 395, 773  
лікування 775
- Гепатит 262  
аутоімунний 460  
вірусний *див.* «Вірусний гепатит»
- Гепатит А 91, 462  
вакцина 85, 88
- Гепатит В 90, 108, 193  
новонароджені діти матерів із  
гепатитом В 193–194  
вакцина/вакцинація 83, 87,  
193–194  
після сексуального насильства  
719
- Гепатит С 108
- Герміногенна пухлина 695
- Герпангіна 262, 270, 288
- Герпесвірус людини типу 6 282
- Герпетична інфекція 443–444  
генітальна *див.* «Генітальний  
герпес»
- Герпетичний гінгівостоматит 262,  
268–270
- Герпетичний кон'юнктивіт 153
- Гетерохромія 693
- Гігієна (гігієнічне оброблення) рук  
13, 215, 864
- Гігієна 8  
гігієна рук 13, 215, 864  
неналежне дотримання правил  
гігієни, пов'язані симптоми 6  
особиста гігієна, лікування бала-  
ніту 419–420  
профілактика діареї 312  
рекомендації у випадку наявності  
гостриків 334
- Гігієна ротової порожнини 117–119
- Гігієна ротової порожнини, огляд  
118–119
- Гігрома 485
- Гідратация при наданні паліативної  
допомоги 736
- Гідроцеле 158, 410, 415
- Гідроцефалія 642
- Гімен, неперфорований 158
- Гінгівостоматит, герпетичний 262,  
268–270
- Гінекологічні скарги 425–429
- Гіперактивність 599–601, 636–638,  
722  
диференціальна діагностика 600
- Гіпербілірубінемія 458  
порогові рівні, надання допомоги  
(ведення) 29, 172, 173  
скринінг (немовлят) 29, 139  
у новонароджених немовлят 139,  
171–172, 173  
*див. також* «Жовтяниця»
- Гіперзапальний синдром при  
COVID-19 216
- Гіперменорея 786
- Гіперметропія 492–493
- Гіпертелоризм 180, 639
- Гіпертермія 823, 825
- Гіпертонічна енцефалопатія 383, 518
- Гіпертонічний криз 383

- Гіпертонія, артеріальна 381–384, 385  
 граничні значення артеріального тиску 381, 382  
 контрацепція при гіпертонії 764  
 лікування і подальше спостереження 383–384  
 при цукровому діабеті 678  
 причини 381, 382
- Гіпертрофічний пілоростеноз 179
- Гіпертрофія аденоїдів 247, 247
- Гіповолемічний шок 818, 821, 821
- Гіповолемія 818
- Гіпоглікемія 140, 371, 680–681  
 алгоритм ABCDE 801  
 легка гіпоглікемія 674  
 летаргія, кома, втрата свідомості 377, 823, 825  
 невідкладна допомога 812, 825  
 об'єм глюкози для в/в введення (за віком) 812  
 при цукровому діабеті 673–674, 680, 682  
 лікування 680–681, 812  
 тяжка гіпоглікемія, тривожні сигнали 673–674, 680  
 у новонароджених немовлят 140, 198
- Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія 140
- Гіпоксія, свистячі хрипи, лікування 217
- Гіпотиреоз, вроджений 174, 185–186
- Гіпотонія 535–539, 645  
 гостра 535, 537, 539  
 диференціальна діагностика 537–538
- Гіфема 693
- Глаукома 510–511  
 вроджена 154
- Глибокі сухожильні рефлекси 536
- Гломерулонефрит, постстрептококовий 390–391
- Глоткова перетинка 227
- Глюкоза  
 внутрішньовенне введення 812, 848  
 рівень глюкози в крові/плазмі 673, 675  
 у підлітків 679  
 рівні глюкози та цільові показники 680  
 низький рівень глюкози *див.* «Гіпоглікемія»  
 вимірювання рівня глюкози 879–880  
 скринінг новонароджених немовлят 141
- Гнів 601–604
- Годування сумішами *див.* «Дитячі суміші, годування»
- Годування  
 гастроезофагеальна рефлюксна хвороба і годування 341–342  
 дітей молодшого віку 97–99  
 лікування діареї 313, 315, 317  
 лікування стійкої діареї 323–325  
 немовлят 96–111  
 грудне вигодовування *див.* «Грудне вигодовування»  
 прикорм 97, 99, 107–108  
 консультування щодо годування немовлят 30, 32, 35, 42, 96–99  
 суміші *див.* «Дитячі суміші, годування»  
 сповільнення росту 572  
 рекомендації за віком 97–98  
 блювання 177–180  
 новонароджених немовлят із розщепленням губи/піднебіння 150

- при дитячому церебральному паралічі 647  
проблеми з годуванням, блювання і годування 337
- Голковий торакоцентез 886
- Голова і шия  
гарячка, ознаки 254  
обстеження 15, 254  
новонароджених немовлят 134
- Голова  
варіації розміру голови 583–586  
велика голова 584–586, 684  
кивання головою 202, 798  
макроцефалія 584–586  
мікроцефалія 583–584  
травми *див.* «Травми голови» у новонароджених немовлят 27, 146–148  
фенотипні відхилення (у новонароджених) 27
- Головка стегнової кістки  
аваскулярний некроз головки стегнової кістки 468  
епіфізеоліз головки стегнової кістки 468
- Головний біль 513–522  
головний біль напруги 516, 519–520  
диференціальна діагностика 515–518  
після струсу мозку 517  
тривожні сигнали 515
- Головний біль після струсу мозку 517
- Гонорея 773, 775–776
- Гордеолум (ячмінь) 508–509
- Горло  
обстеження 15  
сторонній предмет у горлі 560–561
- Гормони щитоподібної залози 185
- Гостре ураження нирок 392
- Гострий геморагічний набряк у немовлят 445
- Гострий грудний синдром 359, 687, 689
- Гострий живіт 344, 845–847
- Гострики 332–334, 395, 426
- Гранульова, пупкова 156–157
- Графіки росту 22, 887–906  
вага для віку 888, 889, 890  
вага для довжини тіла/зросту 896, 897–898  
зріст/довжина тіла для віку 891, 892–895  
ІМТ для віку 899, 900–903  
окружність голови для віку 904, 905–906
- Грибкова інфекція, макулопапульозний висип 434, 438–439
- Грижа  
пахова *див.* «Пахова грижа»  
пупкова *див.* «Пупкова грижа»
- Грип 91, 261, 266–267  
вакцина 86, 88, 95, 267
- Грудна клітка, нижня частина, западання на вдиху 196, 203, 209, 219
- Грудна клітка, утруднене дихання 202–203
- Грудне вигодовування 30, 32, 97, 99–108  
блювання у немовлят 177–180  
відмова/небажання смоктати грудне молоко 103–104  
заохочення/підтримка 99, 100, 103  
консультування 99, 106, 142  
контрацепція під час грудного вигодовування 765

- лікування діареї та грудне вигодування 313, 316, 324  
 матері з ВІЛ-інфекцією 192  
 неправильні практики/«недостатньо молока» 102–103  
 оцінювання 100–102, 142, 176  
 подолання труднощів 102–104  
 положення для грудного вигодування 100, 101, 102  
 прикладання немовлят до грудей 101  
 рекомендації 97, 572  
 техніка 100–104  
 тривале грудне вигодування, добавки з вітаміном D 114–115
- Грудне молоко 99  
 замітники, причини використання 108–109  
 зберігання 104–105, 106  
 збільшення кількості 103  
 зціджування 100, 103, 104, 105, 106  
 надмірна кількість, зменшення кількості 104  
 недостатня кількість 102–103  
 стимулювання виділення 106
- Губа, розщеплення губи 150–151
- Д**
- Дакріoadеніт 504, 506–507  
 Дакріостеноз 509–510  
 Дакріоцистит 504, 507–508  
 Дактиліт 687, 689  
 Далекозорість (гіперметропія) 492–493  
 Деконтамінація ШКТ 836  
 Дексаметазон 225, 226, 848, 912, 947  
 Делегований синдром Мюнхгаузена 293, 623, 715  
 Делірій, паліативна допомога 741
- Депресія і поганий настрій 586–591, 600, 722–723  
 паліативна допомога 741  
 проблеми зі сном 610
- Дерматит  
 алергічний контактний 434, 440  
 atopічний 433, 436–438, 484  
 при ВІЛ-інфекції 697  
 себорейний 433, 484  
 себорейний дерматит немовлят 166–167
- Дерматофітія голови 439  
 Дерматофітія тулуба 438  
 Дермоїдна кіста 485  
 Дефекти нервової трубки 160, 640–644
- Дефіцит маси тіла 571–576, 571, 615–616  
 тяжкий 571
- Деформація черепа 148  
 Дизентерія 308, 319–321, 337  
 Дизурія 394–401  
 диференціальна діагностика 394–396
- Дисліпідемія 98, 679  
 Дисменорея 346, 786–787  
 Дисплазія кульшового суглоба 26, 140, 163–165, 468
- Дисфункція сечового міхура та кишечника 406, 642
- Дитяча абсансна епілепсія 531  
 Дитячий папульозний акродерматит 434
- Дитячий церебральний параліч 538, 644–648
- Дитячі суміші, годування 30, 100, 103, 108–109  
 неналежне годування дитячими сумішами, гігієна ротової порожнини і дитячі суміші 118  
 кількість/частота годування 111

- консультування щодо годування дитячими сумішами 110–111  
приготування та зберігання 110
- Диференціальна діагностика 18
- Дифтерія 89, 224, 227, 243, 814
- Дихальний розлад 219, 813–817  
ознаки 14, 15, 210, 800  
лікування, паліативна допомога 738–739  
тяжкий 798, 800, 813–817
- Дихальні шляхи  
алгоритм проведення реанімаційних заходів 802  
забезпечення (відновлення) прохідності дихальних шляхів при невідкладних станах 802, 804  
обструкція 151, 242  
оцінювання (алгоритм ABCDE) 797, 800  
сторонній предмет у дихальних шляхах 560–562
- Дихальні шуми 203, 209
- Дихання, обстеження 14, 15  
новонароджених немовлят 135  
оцінка за шкалою Апгар 27
- Дихання  
алгоритм проведення реанімаційних заходів 802, 804, 806  
гучне дихання, паліативна допомога 738–739  
оцінювання (алгоритм ABCDE) 797, 800  
прискорене дихання 196, 202–203, 209, 211, 365  
уповільнене 196  
штучне дихання, при невідкладних станах 802, 806
- Діабетичний кетоацидоз 339, 347, 673, 823, 825
- Діагностичні тести, швидкі 870
- Діазепам 811, 848, 912
- Діарея 19, 305–334  
антибіотикоасоційована 308, 318  
ВІЛ-інфекція 697  
гарячка і діарея 262, 303  
гостра *див.* «Гастроентерит (гостра діарея)»  
диференціальна діагностика 307–309  
кров'яниста (дизентерія) 308, 319–321  
неспецифічна діарея) 322, 328–329  
постійне блювання і діарея 316  
постінфекційна 322, 325  
при втраті цинку 117  
при цукровому діабеті, лікування 681  
стійка 306, 321–332  
у дітей раннього віку (функціональна/хронічна 328  
хронічна 328
- Діарея в дітей раннього віку 322, 328–329
- Діастолічний артеріальний тиск 381, 382
- Дієздатність, оцінювання дієздатності підлітків 746
- Дієти, непотрібні/без нагляду 113
- Діти з низькою масою тіла при народженні 108, 109, 155
- Діти молодшого віку, сповільнення росту/недоїдання 572–573
- Діти/підлітки, що є біженцями 7–8
- Діти/підлітки, що є мігрантами 7–8
- Добавки з вітамінами 114–116  
зайві добавки з вітамінами, уникання вживання зайвих добавок 113  
при стійкій діареї 324
- Добавки з вітаміном D 114–115

консультування щодо добавок з вітаміном D 32, 35, 38, 42, 46  
 лікування рахіту 474, 475  
 максимальне дозування 115  
 у період після народження 133  
 Добробут, підтримка добробуту 129–130  
 Доброякісна внутрішньочерепна гіпертензія 516  
 Доброякісна роландична епілепсія 531  
 Доброякісний неонатальний міоклонус сну 525, 613  
 Довжина тіла 896  
 вимірювання, планові профілактичні огляди 22, 23  
 Довжина тіла для віку 22, 23, 570  
 графіки, розрахунок 891, 892, 894  
 Догляд за пупком новонародженої дитини 145  
 Догляд за ротовою порожниною при хворобах серця 652–653  
 Догляд за шкірою під підгузком 145  
 Догляд за шкірою новонароджених 144, 145–146  
 при хворобах серця 652–653  
 Догляд, підтримувальний/емоційно чуйний догляд 73, 81  
 Дозувальний аерозольний інгалятор (ДАІ) 664, 665  
 Доказові допомога та лікування 4  
 Домашні пологи 132, 140  
 Допомога на кінцевому етапі життя 735  
 Допомога, орієнтована на потреби сім'ї 2–3, 628  
 ВІЛ-інфекція 700–701  
 Духовні страждання 741

## Е

Езофагіт 359  
 Екзема *див.* «Дерматит»  
 Експрес-аналіз сечі 259, 386, 388, 388, 389, 394  
 метод і результати 398, 398  
 Екхімози *див.* «Синці (екхімози)»  
 Електрокардіограма 357, 371  
 Емоційна підтримка дітей, які зазнали неналежного поводження 719–720  
 Емоційне насильство 714  
 Емоційні проблеми 722–725  
 надання допомоги 723–725  
 симптоми (за віком) 723  
 у підлітків 790–792  
 Емпієма 210  
 Ендокардит, інфекційний *див.* «Інфекційний ендокардит»  
 Ендокринні порушення 538  
 скринінг новонароджених 28, 138–140  
 Ентезит-асоційований артрит 477  
 Енурез 402–405  
 Енцефаліт 254, 517, 823, 825  
 Енцефалопатія  
 білірубінова (гостра/хронічна) 171  
 гіпертонічна 383, 518  
 гіпоксично-ішемічна 140  
 Енцефалоцеле 640  
 Епіглотит 224, 227, 814  
 Епідемічний паротит 261, 267–268  
 вакцина 86  
 наслідки, ускладнення 90, 267, 412  
 орхіт 267, 412  
 Епідидиміс  
 запалення 412–413  
 перекрут 409, 411–412  
 Епідидимоорхіт 410, 412–413

Епілепсія 522–523, 530–535  
 загальні заходи безпеки 534  
 при дитячому церебральному  
 паралічі 647  
 у підлітків 531, 534  
 Епілептичний статус 523, 811, 911  
 Епілептичні судомні напади 522–523  
*див. також «Судоми (конвульсії)»*  
 Епінефрин 226, 816, 820, 913  
 показання і дозування 849, 913  
 Епісклерит 496, 497  
 Епістаксис (носова кровотеча)  
 250–251  
 Епіфізарні переломи 557  
 Епіфізеоліз головки стегнової кістки  
 468  
 Епіфора 509–511  
 Ерекція статевого члена 760  
 Еритема 431  
 Еритроміцин 233, 233, 774, 913  
 Есенціальна гіпертонія 381  
 Етапи роботи 9–10  
 Етнічне різноманіття 3  
 Етосуксимід 532, 914  
 Ефект Сомоджі 676  
 Еякуляція 760

## Ж

Живіт, обстеження 16, 254  
 у новонароджених немовлят 27,  
 135  
 Жири (споживання) 113  
 Жовтяниця 171–173, 458–464  
 гарячка (завезений випадок) і  
 жовтяниця 303  
 диференціальна діагностика  
 460–462  
 патологічна 171–172  
 тривожні сигнали 459  
 у новонароджених немовлят 139,  
 171–172, 173, 196

фізіологічна 171  
 Жовчнокам'яна хвороба 349, 461,  
 577

## З

Заворот кишок 846  
 Завчасне планування 628–629  
 Загальна затримка розвитку 606  
 Загальна затримка росту і розвитку  
 581  
 Задишка, паліативна допомога  
 738–739  
 Заклад охорони здоров'я 4  
 Закладеність носа 247–250  
 усунення 104, 206, 207, 219, 220  
 Закреп 345, 351–354  
 паліативна допомога 738  
 сильний закреп, гострий живіт  
 846  
 Закриття артеріальної протоки 183  
 Залежність від/толерантність до  
 опіоїдів 691  
 Залізо  
 дозування/добавки із залізом 914  
 переважання залізом 685, 689  
 потреби в залізі 109  
 отруєння 838  
 Залізодефіцитна анемія 115, 451,  
 456–457  
 Залозиста лихоманка (інфекційний  
 мононуклеоз) 262, 282–284, 483  
 Запальні захворювання кишечника  
 323, 331–332, 338, 347  
 Запальні захворювання органів тазу  
 349, 396  
 Запитання, відкриті 2, 10, 77, 750  
 Засоби для захисту шкіри 932  
 Засоби індивідуального захисту  
 (ЗІЗ) 865  
 Застійна серцева недостатність  
 452, 462

- Затримка росту 23, 24, 579–582
- Затримка статевого розвитку (дозрівання) 754–758
- Захворювання ОЧП 308–309, 470
- пухлини 349
- у новонароджених немовлят 155–156
- Захворювання шкіри 430–448
- Захворювання щитоподібної залози 678
- Захворювання ясен/абсцес 516
- Захворювання, яким можна запобігти шляхом вакцинації 88–91
- консультування 88–89
- тяжкість перебігу, смертельні захворювання 95
- Захист від сонця 122, 122, 146
- Захист дітей 712
- Захитування 339, 340
- Заходи з контролю ваги 573
- Заходи з респіраторної гігієни 864
- Збирання анамнезу 10–12
- алгоритм SAMPLE 797, 801
- кроки 11–12
- у новонароджених 26, 133, 140
- у підлітків 749–752
- див. також конкретні симптоми/стани*
- Збільшення селезінки, гарячка (завезений випадок) і збільшення селезінки 304
- Збільшення щитоподібної залози 486
- Збудження, паліативна допомога 741
- Зв'язок із дитиною/батьками 10, 72
- Звернення по допомогу 9–10
- Звичайна застуда 201, 204, 206–207, 236, 261, 515, 614
- періодичні свистячі хрипи зі звичайною застудою 221–223
- Згода
- на обстеження дитини 12
- отримання згоди у підлітків 666–667
- Здорове харчування 1, 96, 98, 99, 109, 112–113
- Здорові моделі поведінки 98
- Зидовудин 192, 193, 702, 770, 9393, 942–944
- Зіниці
- акомодація 15
- білі (лейкокорія) 511–512, 693, 694
- однакові і реагують на світло та різного розміру 265, 489, 822
- Зір, розвиток зору 152, 154
- Зіткнення транспортних засобів 124, 828
- Зловживання психоактивними речовинами *див.* «Вживання алкоголю та психоактивних речовин/зловживання ними»
- Зміцнення здоров'я 71–130
- підлітків 750
- роль надавача первинної медичної допомоги 1–2
- Знеболення/знеболювальні препарати (анальгетики) 566–568
- місцеві 932
- Зневоднення 306–307
- діарея зі зневодненням 309–311
- лікування 313, 315, 317
- стійка діарея 321, 323
- оцінювання ступеня зневоднення 309, 310, 323
- при корі 277, 278
- тяжке 255, 306–307, 310, 798, 800, 823
- лікування 311, 316, 317, 824
- гіповолемічний шок 818, 821, 821

гостра гіпотонія при тяжкому зневодненні 537  
 Зовнішній вигляд, алгоритм ABCDE 797, 801  
 Зовнішній отит 234–236  
 Зригування 177  
 Зріст 896  
   вимірювання, планові профілактичні огляди 22, 23  
   високорослість 582–583  
   генетичний/цільовий 579  
   низькорослість 579–582  
 Зріст для віку 22, 23, 570  
   графіки, розрахунок 891, 892–895  
 Зрощення статевих губ 396, 428  
 Зубна паста з фтором 116, 117, 118  
 Зубний карієс 516  
   профілактика 116, 117, 118  
 Зупинка дихання 799, 802, 813  
 Зупинка серця 799, 802

## I

Ібупрофен 256–257, 258–259, 361, 566, 787  
   дозування 914  
 Ігрова діяльність, ключові показники розвитку 42, 46, 50, 53, 55, 58, 75, 76, 78  
 Ідіопатична внутрішньочерепна гіпертензія 516  
 Ідіопатична низькорослість 581  
 Ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура 445  
 Імпакція 352  
 Імпетиго 433, 438, 439, 442  
 Імпульсивність, надмірна 637, 722  
 Імунізація 82–95  
   введення вакцин 91–92  
   гарячка як реакція на імунізацію 260

документування в карті вакцинації 82  
 згода, отримання згоди перед імунізацією 91  
 зменшення болю при імунізації 91–92  
 із затримкою (прострочення імунізації) 82, 87–88  
 консультування щодо імунізації 88–91  
 міркування (конкретні вакцини) 87–88  
 міфи, спростування міфів 94–95  
 новонароджених 132  
 перерваний курс імунізації 82  
 помилки, запобігання помилкам 92  
 препарати, яких слід уникати при імунізації 92  
 при ВІЛ-інфекції 703  
 при серповидноклітинній анемії 688  
 при цукровому діабеті 677  
 протипоказання 93–94  
 реакції на імунізацію, лікування реакцій на імунізацію 92, 93  
 рекомендації для груп високого ризику 85  
 рекомендації для жителів певних регіонів 86  
 рекомендації щодо програм імунізації з певними характеристиками 86  
 рутинна імунізація, календар імунізації, рекомендований ВООЗ 82, 83–86  
 хибні уявлення про протипоказання 93–94  
*див. також «Вакцини»*

- Імунітет, набутий внаслідок вакцинації 95
- Імунітет, природний імунітет та імунітет, набутий внаслідок вакцинації 95
- Імуноглобулін проти гепатиту В 193
- Імунодефіцит 322
- Імунодефіцит, хронічний кашель при імунідефіциті 231
- Імуноопосередкована реакція гіперчутливості 470
- Ін'єкції 881–882  
зменшення болю при ін'єкціях 91–92  
методи проведення ін'єкцій 881–882
- Інвагінація кишечника 308, 347, 537, 846
- Інгалятор сухого порошку (ІСП), що активується диханням 665
- Інгалятори, типи/використання 664–665
- Інгаляційні кортикостероїди (ІКС) 661, 662–663, 668, 929–931
- Інгаляційні препарати, астма 929–931
- Інгібітори протонної помпи 354
- Індекс маси тіла (ІМТ) 22, 24, 98, 571, 576  
графіки ІМТ для віку 899, 900–903
- Індивідуальні вироби для утримання на поверхні води 125
- Інсулінотерапія  
моніторинг під час інсулінотерапії 675, 677–679  
схеми 674–675  
техніка/місця введення інсуліну 683  
типи інсуліну 676
- у підлітків 673–675
- Інсульт, ішемічний 518, 691
- Інтелектуальна інвалідність 606
- Інтернет  
небезпечні для здоров'я наслідки використання 731  
проблематичне використання 607, 609, 730–733  
рекреаційне використання 731
- Інтертриго 439
- Інфантильна гемангіома (полунична гемангіома) 170
- Інфантильні спазми 531
- Інфекції м'яких тканин 263
- Інфекції шкіри 263
- Інфекції  
біль у суглобах/набряк суглобів, спричинені інфекцією 471  
блідість, спричинена інфекцією 451  
блювання у немовлят, спричинене інфекцією 178, 337  
гостра гіпотонія при інфекції 537  
жовтяниця, спричинена інфекцією 461  
запобігання інфікуванню ран, порізів, саден 542  
інфекції, інші ніж шлунково-кишкові інфекції, і блювання 337  
інфіковані рани, лікування 542, 546  
лімфаденопатія, спричинена інфекцією 482–485  
після переривання вагітності 784  
при серповидноклітинній анемії 687–688, 690  
стійка діарея і інфекція 324  
тяжкий дихальний розлад, спричинений інфекцією 814, 817  
у новонароджених, фактори ризику 134, 140

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) 6, 345, 771–776  
 диференціальна діагностика 773  
 дослідження, лікування 773, 774–775  
 знання/консультування щодо ІПСШ 759, 760, 774  
 незахищений статевий акт у підлітків 768–776  
 профілактика 761, 762–763, 776  
 сексуальне насильство і ІПСШ 6, 715, 717, 719, 772  
 у матерів, вроджений сифіліс 188–189

Інфекційна еритема 274, 276, 281–282

Інфекційний ендокардит 291, 366–367, 444, 652  
 ознаки/симптоми 291, 367, 444  
 профілактика 367, 652

Інфекційний мононуклеоз 262, 283–284, 483

Інфекційні захворювання  
 міфи про вакцини 95  
 новонароджені діти матерів із інфекційними захворюваннями 186–195  
 серед вразливих категорій населення 6  
 серед мігрантів і біженців 7  
*див. також «Інфекції»*

Інфекція сечовивідних шляхів 260, 290, 346, 395, 397–401

Інформаційно-комунікаційні технології (ІКТ) 607, 730–733  
 проблематичне використання 730–733  
 рекреаційне використання 731

Інтрапілю бромід 657, 659, 816, 915

Істерики 601–604

Історія вагітності 11, 26, 133

Історія розвитку 11  
 Ішемічний інсульт 518  
 Ішемія, біль у грудях 360

## І

Їдкі сполуки, отруєння 837

Їжа  
 збалансована різноманітність, здорове харчування 112–113  
 прикорм 97, 107–108  
*див. також «Годування»*

Їзда на велосипеді, запобігання травмам 124, 127

## Й

Йод, дефіцит йоду 117–118, 185

## К

Кальканеовальгусна деформація стоп 162

Кальцій, споживання в раціоні 109

Камені в нирках 348, 396, 401

Кандидоз/кандидозні інфекції при ВІЛ-інфекції 697, 698  
 ротової порожнини 104, 150, 169, 697  
 у новонароджених немовлят 150, 169

Карбамазепін 272, 532, 568, 915

Карбаматні сполуки, отруєння 837

Кардіогенний шок 819, 820

Каротидний шум 364

Карта вакцинації 82

Катаракта 511–512

Кашель 19, 201–233  
 астма 204, 655  
 диференціальна діагностика 201, 204–206, 207, 213, 218–219, 261  
 лікування, паліативна допомога 739

- пароксизмальний 232  
пневмонія 201, 209, 209, 210  
хронічний 202, 228–232
- Кашлюк 89, 205, 230, 232–233
- Кератит 496, 497, 502
- Керіон 439
- Кетамін 829, 833, 847, 849, 915
- Кефалогематома 147, 147
- Киснева терапія при невідкладних станах 807
- Кишкові гельмінтози 308, 332–334
- Кишкові шуми 16
- Кінцівки, травми (ушкодження)  
кінцівок 161, 827
- Кір 90, 274, 276, 277–279  
вакцина 85, 87, 95
- Кіста щитозязикової протоки 485
- Кіста  
бранхіогенна 485  
дермоїдна 485  
кіста шкіри у підлітків 788  
кіста щитозязикової протоки 485  
на яснах 150
- Кісти на яснах 150
- Кістки  
біль/набряк 465–472  
диференціальна діагностика  
467–471, 686  
прояви онкологічних захворювань  
471  
пухлини 471
- Кістковий мозок, дефекти/пригніч-  
чення функції 451
- Кіфосколиоз 643
- Клей, закриття рани 874, 875
- «Клейке вухо» (середній отит із  
випотом) 238–239
- Клейкий пластир, закриття рани  
874, 876, 876
- Клишоногість 162
- Клінічне обстеження дитини *див.*  
«Огляд (фізикальний)»
- Кліщова гарячка 291
- Кліщова рецидивуюча гарячка 297
- Кліщовий енцефаліт 91  
вакцина 86, 88
- Клоксацилін 928
- Клоназепам 532
- Ключиця, перелом 161
- Ключові показники *див.* «Ключові  
показники розвитку»
- Ключові показники розвитку 11, 74  
1 місяць 35  
3 місяці 38  
6 місяців 41–42, 74–75  
1 рік (14 місяців) 45–46, 74–75  
2 роки 49–50, 75–76  
3 роки 52–53, 75–76  
4 роки 55  
5 років 58  
втрата попередньо досягнутих  
ключових показників 79  
надання допомоги (у разі досяг-  
нення/недосягнення ключових  
показників) 78, 79  
оцінювання 16, 73, 77–78
- Когнітивний розвиток підлітків 745
- Когнітивні порушення 643, 647
- Коліки в немовлят 175–177
- Колобома 154
- Кома 801, 848–852  
диференціальна діагностика  
823–824
- Комбіновані оральні контрацептиви  
в пігулках 762, 763, 619764–765,  
789
- Комедони 788
- Компресії грудної клітки 802, 808
- Компресійний веретеноподібний  
перелом 556–557
- Комунікація 4, 12, 22, 871

- з дитиною 10  
з підлітками 750, 752, 758  
при дитячому церебральному паралічі 647  
при наданні невідкладної допомоги 796  
при наданні паліативної допомоги 734–735  
труднощі/дефіцити 605–608  
щодо направлення 871
- Кон'юнктивіт, гострий 495–496, 497–501  
алергічний 498, 501  
бактеріальний 497, 500  
вірусний 497, 500  
неінфекційний незапальний 498, 501  
у новонароджених немовлят 153, 497
- Конвенція ООН про права дитини 4–5, 7, 712, 746
- Конверсійний розлад 623
- Конвульсії *див.* «Судоми (конвульсії)»
- Консультації щодо виховання при емоційних/поведінкових проблемах 724–725
- Консультування щодо харчування 25, 97–113  
ВІЛ-інфекція 702–703  
планові профілактичні огляди 34, 38, 42, 46  
цукровий діабет 677
- Контагіозний молюск 435, 441
- Контакт із отруйною рибою 871
- Контрацепція 758, 761–765  
екстрена 766–768
- Контроль діабету 676–677
- Контрольні візити/подальше спостереження 10, 18–19, 79
- Конфіденційність інформації про підлітків 747
- порушення конфіденційності, ризик самогубства 593
- Координатор допомоги 2
- Координація допомоги координація паліативної допомоги 734  
при ВІЛ-інфекції 700  
при вроджених вадах серця 650  
при дефектах нервової трубки 641  
при дитячому церебральному паралічі 646  
при муковісцидозі 669–670  
при потребах у комплексному догляді 526–628  
при раку 695  
при серповидноклітинній анемії 687  
при синдромі Дауна (трисомії 21-ї хромосоми) 639  
при труднощах у розвитку 632  
при ювенільному ревматоїдному артриті 478
- Корегування на гестаційний вік 22, 77
- Коричневі плями 169
- Коров'яче молоко 325, 342  
алергія 176, 179, 322, 327, 337  
надмірне споживання 115–116
- Коронавірусна хвороба 2019 *див.* «COVID-19»
- Короста 435, 441, 935
- Коротка вуздечка язика 149
- Короткозорість (міопія) 492–493
- Кортикостероїди місцеві 933  
інгаляційні 661, 662–663, 668, 929–931  
системні, порівняння 947
- Косоокість 489, 494–495, 693  
у новонароджених немовлят 152

- Костохондрит 358
- Крайня плоть  
анатомічні варіації 159  
нездатність відвести крайню плоть (фімоз) 420–422  
скарги 418–424  
травми, нанесені застібною-блискавкою 423–424
- Краніотабес 148
- Краснуха 90, 274, 276, 281  
вакцина проти краснухи 85, 88  
вроджена 188
- Кривошия 151
- Крижова ямка 160
- Криптококовий менінгіт 698
- Крипторхізм (неопущення яєчка) 158, 416
- Критерії Джонса, переглянуті 271
- Кришталік, помутніння кришталіка 154
- Крововилив під апоневроз 147
- Кровообіг  
алгоритм проведення реанімаційних заходів 802  
оцінювання (алгоритм ABCDE) 797, 800
- Кровотеча (крововилив)  
внутрішньочерепна кровотеча 518  
крововилив під апоневроз 147
- Кровотеча  
геморагічний шок 450, 819, 821  
зовнішня, контроль зовнішніх кровотеч 830  
паліативна допомога 739  
при травмах 830  
прояви при раку 693
- Кропив'янка 434, 440
- Круп 204  
алергічний 224  
вірусний 223, 224–227, 814
- невідкладна допомога 816, 848–849, 848, 849  
коровий 278
- Культурне різноманіття 3
- Кульшовий суглоб  
дисплазія кульшового суглоба 26, 140, 163–165, 468  
позражене стегно (транзиторийний синовіт кульшового суглоба) 467, 472
- Купання новонароджених 144, 145
- Куріння, хронічний кашель 230
- ## Л
- Лабораторне дослідження на предмет венеричних захворювань 189
- Лабораторні дослідження 869–871
- Лактазна недостатність 325, 326
- Лактат Рінгера 316, 816, 819, 820, 821, 824, 825, 844, 847
- Лактулоза 352, 738, 916
- Ламотриджин 532, 916
- Лампи сонячного світла, уникання ламп сонячного світла 122
- Ларингомаляція (вроджений стридор) 184, 224
- Леветирацетам 532, 811, 917
- Легенева емболія 764
- Легені, перкусія/аускультация легень 15
- Лейкемія 484, 694
- Лейкокорія (біле око) 511–512, 693, 694
- Летаргія 801, 822–826
- Лицьова маска (маска для обличчя) для подачі кисню 807  
для профілактики інфікування COVID-19 215
- Лікарські засоби/препарати  
*див.* «Ліки (лікарські засоби/препарати)»

Ліки (лікарські засоби/препарати)  
 використання замінників грудного  
 молока через прийом ліків 108  
 гарячка як реакція на лікарські  
 засоби 260  
 для невідкладної допомоги  
 848–851, 868  
 дозування 907–926  
 астма 929–931  
 ВІЛ-інфекція 939–944  
 для новонароджених 927–928  
 туберкульоз 945–946  
 жовтяниця, спричинена лікар-  
 ськими засобами 461  
 зберігання, запобігання отруєнню  
 126  
 лікарські форми 907  
 лімфаденопатія і прийом ліків 485  
 місцеві 932–938  
 отруєння ліками 834  
 пальпітації, пов'язані з прийомом  
 ліків 371  
 Ліктьова кістка, перелом ліктьової  
 кістки 162  
 Ліктьовий суглоб, вивих ліктьового  
 суглоба 554  
 Лікування нудоти, паліативна допо-  
 мога 738  
 Лімфаденіт, гострий бактеріальний  
 483, 487  
 Лімфаденопатія 480, 481  
 диференціальна діагностика  
 483–485, 694  
 доброякісна і зляккісна 480,  
 481–482, 487  
 при раку 694, 694  
 при туберкульозі 707  
 Лімфангіома 485  
 Лімфатичні вузли 480, 481

збільшення лімфатичних вузлів  
*див.* «Лімфаденопатія»  
 Лімфома 484, 694  
 Лімфома Ходжкіна 484  
 Лінії Лангера 875  
 Лоразепам 811, 850, 917  
 Лососеві плями («кукуси лелеки») 170  
 Лямбліоз 323, 329–330, 338

## М

М'язова сила 536  
 М'язовий тонус  
 знижений м'язовий тонус *див.*  
 «Гіпотонія»  
 оцінка за шкалою Ангар 27  
 оцінювання 16, 536  
 підвищений м'язовий тонус, дитя-  
 чий церебральний параліч 644  
 М'які тканини, потрапляння сторон-  
 нього предмета у м'які тканини  
 560  
 Макроглосія 181, 639  
 Макроцефалія 584–586  
 Макули 431  
 Мальабсорбція 115  
 «Мальтійська гарячка» (бруцельоз)  
 291, 294–295, 484  
 Маневр (проба) Вальсальви 408, 513  
 Марсельська гарячка 291, 298  
 Маса тіла при народженні, низька  
 маса тіла при народженні 108,  
 109, 155  
 Мастоїдит 240–241, 261  
 Мастурбація 760  
 Медикаментозний анамнез 11  
 Медична інформаційна система 4  
 Медична карта 82  
 Медичний анамнез 11  
 Медичні працівники на базі громади  
 721

- Медичні працівники  
надавач первинної медичної допомоги, роль надавача первинної медичної допомоги 1–3, 6, 7, 26  
обов'язки/ключові принципи 4–5
- Мезентеріальний аденіт 346, 350–351
- Меконій 26  
затримка у відходженні меконію 173–175
- Меланома 169
- Меланоцитоз, вроджений дермальний 169
- Менархе (початок менструації) 427, 754, 785
- Менінгеальні ознаки 197, 264, 514, 515, 524
- Менінгіт 90, 254, 264–265, 823  
бактеріальний 264–265  
блювання при менінгіті 338  
висип, що не блідне при натисканні 272, 432, 444  
головний біль при менінгіті 517  
епідемічний паротит 267  
криптококовий 698  
невідкладна допомога 825  
ознаки 97, 264, 514, 515, 524  
у новонароджених немовлят 197
- Менінгококова інфекція, ускладнення 90
- Менінгококова септицемія 90, 444
- Менінгококова чотиривалентна вакцина 85, 88
- Менінгоцеле 159, 641
- Менструальна історія (історія менструації) 785–786
- Менструальний цикл 785  
проблеми з менструальним циклом 785–788
- Метаболічні розлади  
блювання при метаболічних розладах 179, 339  
використання заміників грудного молока 108  
жовтяниця, спричинена метаболічними розладами 461  
скринінг (новонароджених) 28, 138–140, 184–185  
у новонароджених немовлят 179, 184–185
- Метод «кенгуру» 142–143
- Метод RICE (відпочинок, лід, стиснення, підняття) 553
- Мігрень 338, 377, 516, 520–522, 526  
без аури 521  
з аурую 521, 764
- Мігруюча еритема 296
- Мідазолам 811, 850, 919
- Міеломенінгоцеле 160, 641
- Мізопростол 782
- Мікобактеріальна інфекція 483
- Мікроелементи  
дефіцит 114, 115, 116  
добавки з мікроелементами 114–117, 324  
зайві добавки з мікроелементами, уникання вживання зайвих добавок 113
- Мікроцефалія 583–584
- Міліуми 167
- Мімічна відповідь (реакція), оцінка за шкалою Апгар 27
- Міокардит 255, 360, 372
- Міопія 492–493
- Місцева анестезія 932
- Місцеві анестетики 569
- Мітральна регургітація 364
- Міфепристон 782

## Мова 10

ключові показники розвитку 41,  
45, 49, 52, 55, 58, 74, 75, 77  
мовні проблеми 606

Можливості для раннього навчання  
73, 81

Молоко для дітей молодшого віку  
110

Молоковідсмоктувач 105, 106

Молочниця (кандидоз) ротової  
порожнини 104, 150, 169, 697

Молочні залози (груди)  
набряк грудей у новонароджених  
немовлят 157

нагрубання (у матерів) 104  
інфекції у новонароджених не-  
мовлят 157

розвиток у період статевого  
дозрівання 756, 757

«Монгольська пляма» 169

Моніторинг росту 17, 22–25, 98  
у новонароджених 136, 138

Мононуклеозоподібний синдром 283

Морфін 567, 739, 829, 838  
лікарські форми/дозування 850,  
919

отруєння 838

Мотиваційне інтерв'ю 752

Мошонка

збільшена мошонка у новонарод-  
жених немовлят 158  
травми мошонки 410, 413–414

Муковісцидоз 668–671

відходження меконію, затримка у  
відходженні меконію 174  
ознаки/симптоми 231, 322,  
668–669

скринінг новонароджених немов-  
лят 28, 668

Мультисистемний запальний син-  
дром у дітей (MIS-C) 216, 256

## Н

Набір ваги

недостатній набір ваги 572, 573  
страх перед набором ваги 615–  
621

Набряк мошонки 408–416

диференціальна діагностика  
409–410

Набряк обличчя 261

Навмисне спричинення захворювань  
(делегований синдром Мюнхгау-  
зена) 293, 623, 715

Навмисні травми 469

Надавач первинної медичної допо-  
моги, роль надавача первинної  
медичної допомоги 1–3, 6, 7, 26

Надмірна вага 24, 576–579, 617

Надмірна сонливість у денний час  
608–612

Надмірне вживання алкоголю 648

Надшлуночкова тахікардія 373–375

Назальні канюлі 807

Напади здригання у немовлят 526

Напої рослинного походження 110

Направлення 2, 4, 7, 871–872  
транспортування пацієнта у разі  
направлення 872

*див. також конкретні стани*

Нарколепсія 611

Народження

збирання пологового анамнезу  
11, 26, 133  
обстеження після народження  
132–137

Насильство 6, 7

захист дітей від неналежного  
(жорстокого) поводження 130

Натискання на грудину 803

Натрій, потреби в натрії 116

Нафтові сполуки, отруєння 837

- Небезпечні ознаки 19  
у новонароджених немовлят/  
немовлят молодшого віку 142,  
195–198  
*див. також «Тривожні сигнали»*
- Неблагополучні райони, діти, що  
проживають у неблагополучних  
районах 6
- Небулайзер із маскою для обличчя  
664
- Невербальне спілкування 10
- Невідкладна допомога 796–797  
алгоритм ABCDE 541, 797, 800–  
801, 827  
алгоритм проведення реанімацій-  
них заходів 802  
алгоритм SAMPLE 797, 801  
аспірація стороннього предмета  
817  
встановлення орофарингеального  
повітропроводу 805  
глюкоза (в/в) 812  
дихальний розлад (тяжкий) 813,  
815–817  
дихальні шляхи, забезпечення  
(відновлення) прохідності дихаль-  
них шляхів 802, 804  
компресії грудної клітки 808  
конвульсії 811, 822–826  
летаргія, кома 822–826  
непритомна дитина, розміщення  
непритомної дитини 810  
новонародженим немовлятам 198  
обладнання для надання невід-  
кладної допомоги 867  
подача кисню 807  
покроковий підхід 796–797  
розчини для інфузійної терапії  
809  
травми 829–830  
удавлення 803  
укуси отрутних видів 840–842  
шок 818–821  
штучне дихання 806
- Неврологічний статус, алгоритм  
ABCDE 797, 801
- Неврологічні порушення 623, 697
- Неврологічні симптоми/ознаки 623  
блювання із неврологічними  
симптомами/ознаками 336  
гарячка (завезений випадок) із  
неврологічними симптомами/  
ознаками 303  
раку 694  
синкопе 376–380  
травми 827
- Невус, вроджений мелиноцитарний  
невус (родимка) 169
- Недоїдання 23, 24, 571–576, 617,  
697
- Недоношені немовлята *див. «Пе-  
редчасні пологи/недоношені  
немовлята»*
- Нейробластома 694
- Нейрокутанні синдроми 517
- Нейропатія, діабетична 678
- Нематооди 332, 334
- Неналежне (жорстоке) поводження з  
дитиною 6, 712–721  
виявлення випадків, повідом-  
лення про них та направлення  
пацієнтів 8, 716–718  
документування 717–718  
емоційне насильство, тривожні  
ознаки 714  
захист дітей від неналежного  
(жорстокого) поводження 130  
надання допомоги, подальше  
спостереження 718–721  
нехтування, тривожні ознаки 6,  
712

- оцінювання/обстеження 716–717  
розкриття інформації дитиною 716  
сексуальне насильство *див.* «Сексуальне насильство»  
фізичне насильство 713–714, 827  
надання допомоги дітям, що зазнали фізичного насильства 719  
переломи 555  
синдром струшеної дитини 175, 714  
синці 544, 713  
травми голови 551, 714  
тривожні ознаки 540, 544, 713–714
- Неналежне поводження *див.* «Неналежне (жорстоке) поводження з дитиною»
- Неотримання освіти 6
- Непереносимість глютену (глютенова ентеропатія) 322, 330–331
- Непереносимість лактози 323, 326–328, 337, 346
- Непереносимість харчових продуктів 325–326
- Неперфорований анус 159, 174
- Неперфорований гімен 158
- Непритомна дитина, розміщення непритомної дитини з нормальним диханням 810
- Непрохідність кишечника 339, 347
- Непрохідність тонкої кишки 179
- Нервова анорексія 619
- Нервова булімія 619
- Нервова-м'язові розлади 537
- Неслухняність 601–604
- Нетримання сечі 402–407  
нічне/під час сну 402–405  
у денний час 402, 405–407
- Неуважність 599–601, 637, 722
- Нефритичний синдром 388
- Нефробластома 392
- Нефролітіаз (камені в нирках) 348, 396, 401
- Нефропатія, діабетична 678
- Нефротичний синдром 388
- Неходжкінська лімфома 484
- Низькорослість 579–582
- Нирки, пальпація, перкусія нирок 16
- Ниркова колика 348
- Ниркова недостатність 385, 451, 653–654
- Нирковий тубулярний ацидоз 339
- Нігті, догляд за нігтями новонародженої дитини 144, 145
- Німецький кір *див.* «Краснуха»
- Ніс  
закладеність носа, усунення закладеності носа 104, 206, 207, 219, 220  
носова кровотеча (епістаксис) 250–251  
обстеження 15  
препарати для місцевого застосування 937  
сторонній предмет у носі 245, 247, 250, 559–560
- Нітрат срібла 156
- Нічне нетримання сечі (енурез) 402–405
- Нічні жахіття 525
- Новонароджені немовлята/післяпологовий (неонатальний) період 131–198  
варіанти норми/відхилення 146–171  
*див. також конкретні анатомічні структури*  
*див. також конкретні стани*

- догляд за новонародженою дитиною 132–137
- домашні пологи, міркування 140
- допомога в рамках кожного прийому в післяпологовому періоді 132–133
- збирання анамнезу 26, 133, 140
- консультування в післяпологовому періоді 141–146
- небезпечні ознаки 142, 195–198
- обстеження (огляд) новонародженої дитини 27, 132, 134–137, 140
- показники життєдіяльності, нормальні значення 136, 797
- препарати для новонароджених, дозування 927–928
- скринінгові тести *див.* «Скринінг/скринінгові тести»
- сон новонароджених 143, 144
- Ноги**
- виразки на ногах 690
- вроджені стани 162–163
- переломи ніг 163, 827
- Носові пазухи, розвиток носових пазух 244–245**
- 0**
- Обладнання 867–868**
- для надання допомоги при невідкладних станах 867
- очищення/дезінфекція 866
- розміри обладнання для дітей 953
- Обличчя у новонароджених немовлят 134, 149**
- Обсесивно-компульсивний розлад 598**
- Обстеження нервової системи 16 новонароджених 137**
- Обструктивне апное сну 610, 614**
- Обструкція дихальних шляхів під час сну 151, 610, 614**
- Овочі і фрукти 112**
- Огляд (фізикальний) 12–17**
- загальний підхід 12–13, 14
- комплексний, компоненти 14, 15–17
- новонароджених немовлят 27, 132, 134–137, 140
- домашні пологи 140
- небезпечні ознаки 142, 195–198
- підлітків 753, 755
- порядок проведення 13–14
- спостереження 13–14, 15, 16
- Огляд шкіри 15, 431–432**
- новонароджених немовлят 134
- Одяг 123, 124**
- Ожиріння 24, 576–579, 617**
- Ознак необхідності невідкладної допомоги, оцінювання 796–797, 798**
- Ознаки, клінічні 13–14**
- Око 488–512**
- запалення навколо очей 504–508
- запалість при зневодненні 310
- збільшення розміру ока у новонароджених 154
- інфекції при корі 279
- надмірна сльозливість 509–511
- огляд (обстеження) 15, 489–492
- потрапляння отруйних речовин, лікування 837
- почервоніння 154
- почервоніння 495–504
- препарати для місцевого застосування 936
- при раку 693
- профілактика захворювань ока, кон'юнктивіт, спричинений профілактикою захворювань ока 153
- рухливість, оцінювання рухливості 489

- у новонароджених немовлят 152–155
- Окружність голови 583, 584  
варіації окружності голови 583–586  
вимірювання, планові профілактичні огляди 22, 23  
розрахунок окружності голови для віку 904, 905–906
- Окскарбазепін 533
- Олігоартрит 477
- Олії у здоровому харчуванні 113
- Ондансетрон 316, 522, 920
- Онїхомікоз 439
- Онкологічне захворювання *див.* «Рак»; конкретні типи пухлин
- Опіки 127, 128, 224, 547–550, 831–833  
запобігання 128  
локалізація/глибина, оцінювання локалізації/глибини 548, 831, 832  
направлення (термінове) 548, 833  
тяжкі/обширні опіки, лікування 548, 833
- Опікові контрактири 549
- Опікуни/батьки 2, 10  
аборт у підлітків та опікуни/батьки 780, 781  
аргументи проти вакцинації 89  
взаємодія, неналежне поводження з дитиною 720  
діти з потребами в комплексному догляді 628  
емоційний добробут 142  
збирання анамнезу в опікунів/батьків 10  
зміцнення психічного здоров'я і добробуту дітей 130  
інформація про ранній розвиток дитини 81
- інформування про суїцидальну поведінку 593  
надання допомоги в разі вживання алкоголю і психоактивних речовин/зловживання ними 728–729  
обстеження підлітка та опікуни/батьки 748, 753–754  
паліативна допомога, комунікація/підтримка 734–735  
післяпологовий період, заспокоєння/консультування 132, 141  
планові профілактичні огляди 22  
поведінкові проблеми у дітей/підлітків 722  
поради, емоційні/поведінкові при обстеженні дитини 13  
проблематичне використання інтернету/соціальних мереж 730–733  
проблеми 724  
рак у дітей 695–696  
розширення можливостей 142  
техніки позитивного батьківства 81  
у рамках підходу, орієнтованого на потреби сім'ї 2  
фетальний алкогольний спектр порушень, підтримка 649  
чуйний догляд, оцінювання чуйного догляду 73
- Опістотонус 265, 525
- Опозиційно-викличний розлад (ОВР) 600, 601, 607
- Опорно-руховий апарат обстеження 16  
новонароджених немовлят 135  
причини болю у грудях 358
- Оральні звички 117
- Орбітальний целюліт 504, 506

- Організація допомоги (первинної медичної допомоги) 863–872  
дослідження 869–871  
інфекційний контроль *див.* «Профілактика інфекцій та інфекційний контроль (ПІІК)»  
комфортне для дитини/підлітка середовище 12, 863  
направлення 871–872  
обладнання 867–868  
транспортування пацієнта у разі термінового направлення 872  
тріаж при зверненні 863–864
- Ортостатична гіпотонія 378, 379  
Ортостатична протеїнурія 387  
Орхіт, паротитний 267, 412  
Освіта, алгоритм оцінювання HEADSSSS 751
- Особливі потреби в медичній допомозі 6
- Остеомієліт 263, 290, 469  
Остеосаркома 694  
Оталгія 234–240, 261  
Отоакустична емісія (ОАЕ) 138  
Отоларингологічні проблеми 234–251  
гарячка і отоларингологічні проблеми 261, 262
- Отоскопія 239, 239
- Отруєння 126, 815, 823, 834–839  
біль у животі, спричинений отруєнням 348  
в домашніх умовах 126, 834  
запобігання 126  
конкретні отруйні речовини 834, 837–838  
направлення 838–839  
невідкладна допомога 826, 834–839  
конкретні отруйні речовини 837–839
- пальпітації, спричинені отруєнням 372  
потрапляння отруйних речовин у очі 837
- Отруєння опіатами 838  
Отруєння саліцилатами 838  
Отруєння чадним газом 838  
Офлоксацин 774, 920  
Офтальмія новонароджених 152–153  
Охорона здоров'я дітей, що є мігрантами або біженцями 7–8  
Оцінка за шкалою Ангар 26–27  
Оцінювання HEADSSSS 726, 751–752, 759  
Оцінювання віку 8  
Оцінювання харчового статусу 22, 570–571  
дітей віком більше ніж 5 років 24, 571  
дітей віком до 5 років 23, 570  
підлітків 25
- Ошпарювання 127, 128, 547–550, 831–833  
запобігання 128
- П**
- Падіння 126, 127, 828  
Паліативна допомога 696, 733–741  
надання допомоги 734–741  
гідратація/харчування 736  
емоційна/психологічна/духовна підтримка 735  
лікування поширених симптомів 736–741  
підтримка пацієнта/опікунів 735  
стани здоров'я, при яких існує потреба в паліативній допомозі 733
- Пальпація 15  
Пальпітації 370–373  
Пальці ніг

- зайві пальці на ногах у новонароджених немовлят 160–161  
переломи 558  
фіксація пошкодженого пальця ноги до сусіднього 876
- Пальці рук  
зайві пальці на руках у новонароджених немовлят 160–161  
переломи 558  
фіксація пошкодженого пальця руки до сусіднього 876
- Панічна атака 206, 597, 598  
Панкреатит, гострий 348  
Папули 431, 788  
Параліч Ерба 161  
Парасомнія 613, 614  
Парафімоз 422–423  
Парафінова олія 352, 920  
Парацетамол 258, 361, 366, 566  
дозування 920  
отруєння 838  
Пахова грижа 157, 410, 417, 418  
защемлена 347, 417–418, 846  
Пахова ділянка, набряклість у паховій ділянці 417–418  
Педикульоз голови (зараження вошами) 448  
Пелюшковий дерматит 145, 168–169, 396, 419, 433  
Пеніс (статевий член), скарги 418–424  
Пептична виразка 347, 354–355, 846  
Первинна медична допомога  
організація *див.* «Організація медичної допомоги»  
середовище надання первинної медичної допомоги 863  
Первинна профілактика 71  
Первинна цилиарна дискінезія 232  
Перебування на сонці 122, 122
- Перевантаження рідиною 385  
Переведення до системи медичного обслуговування дорослих 2, 794  
Перевірка гостроти зору 489–490  
Перевірка колірного сприйняття 491  
Перевірка стереоскопічного зору 491  
Передчасне статеве дозрівання 754  
Передчасні пологи/недоношені немовлята  
годування 108, 109  
краніотабес 148  
оцінювання розвитку після передчасних пологів 77  
моніторинг росту після передчасних пологів 22  
Переїдання 619  
Перекладачі 8, 10  
Перекрут яєчка 340, 344, 348, 411  
Перекрут яєчника 349  
Перекуси 108, 113  
Переломи 469, 554–558, 828  
дистального відділу променевої кістки 556  
епіфізарні 557  
кистей/пальців рук 558  
ключиці 161  
компресійний веретеноподібний перелом 556–557  
ніг або стоп у новонароджених 163  
по типу «зеленої гілки» 557  
руки у новонароджених 161  
спіральный перелом великогомілкової кістки в дітей молодшого віку 468, 558  
стабілізація, невідкладна допомога 830  
стоп/пальців ніг 163, 558  
човноподібної кістки 557–558  
щиколотки 552, 558

- Переломи дистального відділу променевої кістки 556
- Переломи по типу «зеленої гілки» 557
- Переломи човноподібної кістки кисті 557–558
- Перикардит 255, 360, 364
- Перитонзилярний абсцес 242
- Перитоніт 255
- Періодичні гарячкові синдроми 299–301
- Перлини Епштейна 150
- Перфорація шлунково-кишкового тракту 846
- Петехії 432
- Печінка, пальпація печінки 365  
у новонароджених немовлят 135
- Печінкова енцефалопатія 459
- Печінкова недостатність, гостра, ознаки 459
- Підвищений артеріальний тиск *див.* «Гіпертонія, артеріальна»
- Підлітки 743–794  
вагітність *див.* «Вагітність (підліткова)»  
дієздатність, оцінювання дієздатності 746  
збирання анамнезу 749–752  
згода, отримання згоди 747  
зміцнення здоров'я 109, 750  
зріст і маса, набір зросту й маси 109  
консультування/мотиваційне інтерв'ю 752  
конфіденційність, забезпечення конфіденційності 747  
недоїдання/дефіцит маси тіла 573  
обстеження 753, 755  
оцінювання віку 8  
оцінювання стану психічного здоров'я 790–791
- переведення до системи медичного обслуговування дорослих 2, 794
- підлітки, що належать до вразливих категорій населення 6–7
- підхід до діагностики 748–754
- побудова довірчих стосунків 749–750, 752
- показники життєдіяльності, нормальні значення 797
- потреби в харчуванні 109
- психічне здоров'я/добробут, підтримка психічного здоров'я/добробуту 129–130
- психологічний/когнітивний розвиток 745
- розвиток, етапи розвитку 744–746, 755
- сексуальне/репродуктивне здоров'я, потенційні проблеми 758–765
- середовище надання первинної медичної допомоги 863
- сон, здоровий сон 611
- спосіб життя, аналіз способу життя 726–727, 751, 759
- фізичний розвиток 745, 754
- хронічні захворювання у підлітків 792–794  
*див. також* «Період статевого дозрівання»; *конкретні стани*
- Підлітковий вік, етапи 745–746, 793–794
- Піднебіння, розщеплення піднебіння 150–151
- Підтримка з боку однолітків 7
- Підтримувальні пов'язки для рук 877
- Підходи до діагностики 9–19  
збирання анамнезу *див.* «Збирання анамнезу»

- обстеження див. «Огляд (фізикальний)»  
 підлітків 748–754  
 планові профілактичні огляди, звернення по допомогу та контрольні візити 9–10
- Піелонефрит 397–401
- Пікова об'ємна швидкість видиху (ПОШвид) 656
- Післяпологовий (неонатальний) період див. «Новонароджені немовлята/післяпологовий (неонатальний) період»
- Пітливість, рясне потовиділення/пітливість уночі 692
- Пітниця (тепловий висип) 168
- Плавання 125
- План догляду 626–627
- План першої допомоги при судомах 528
- Планові профілактичні огляди 9–10, 21–69, 117
- Планування і початок курсу лікування 18
- Планування сім'ї 141
- Плач  
 тривалий плач у немовлят 175–177  
 раптовий початок плачу в немовлят 175
- Плевральний випіт 203, 210
- Плеврит 359
- Плевродинія 359
- Плечова кістка, перелом плечової кістки 162
- Плями на шкірі 431
- Пляшечки, підготовка пляшечок для годування дитячими сумішами 110–111
- Пневмококова (кон'югована) вакцина 84, 87
- Пневмококова інфекція 90
- Пневмонія 208–213, 214  
 атипова 209  
 біль у грудях при пневмонії 359  
 біль у животі при пневмонії 346  
 класифікація за тяжкістю 210–211  
 клінічні ознаки 204, 209, 219, 255, 261, 344, 815  
 при корі 278  
 тяжка 210, 255  
 тяжкий дихальний розлад при пневмонії 815, 817  
 у новонароджених немовлят 196  
 утруднене дихання 204, 210, 255, 815
- Пневмонія, спричинена *Pneumocystis jiroveci* 698, 702
- Пневмоторакс 203, 359, 815, 817  
 біль у грудях 359  
 напружений 361, 817, 886  
 невідкладна допомога 817, 830, 886  
 при травмах 828  
 утруднене дихання 205, 815
- Пов'язки для закриття ран 542–543
- Поведінка/поведінкові проблеми 601, 603, 721–725  
 вживання алкоголю і психоактивних речовин/зловживання ними та поведінка/поведінкові проблеми 726  
 надання допомоги 603–604, 723–725  
 незвичайна поведінка під час сну 612–614  
 неналежне поводження з дітьми та поведінка/поведінкові проблеми 719–720, 721  
 при дитячому церебральному паралічі 648

- проблемна, відповідна для віку поведінка 603  
у підлітків 790–792
- Поведінковий анамнез 11
- Повіки 489  
запалення 508–509  
опущення повіки у новонароджених 155  
почервоніння, набряк 152–153
- Повітропровід Гведела, встановлення повітропроводу Гведела 805
- Поводження з відходами 866
- Повторювані симптоми незрозумілої етіології 621–624
- Поганий настрої *див.* «Депресія і поганий настрої»
- Погодження 747
- Подорожі, гарячка в дитини, що приїхала з подорожі 301–304
- Подразники, токсичні, хронічний кашель 230
- Пожежі 127
- Позаматкова вагітність 777, 846  
«Поза фехтувальника» 137
- Позитивне батьківство, техніки 81
- Показники життєдіяльності 16, 357  
вплив болю на показники життєдіяльності 565  
моніторинг показників життєдіяльності при невідкладних станах 801, 819–820, 824, 829, 835, 843  
нормальні значення 136, 797  
у новонароджених 136, 797
- Покарання, уникання фізичних покарань 130
- Поліартрит 477
- Полідактилія 160
- Поліетиленгліколь 352, 921
- Поліомієліт 89
- Поліомієлітна вакцина 83, 94
- Поліорганна недостатність при COVID-19 216
- Поліпи в носі 247, 249–250
- Пологи при тазовому передлежанні 26, 164
- Пологи  
анамнез 11, 26, 133  
інструментальні, синці у новонародженої дитини при інструментальних пологах 148
- Положення, ригідне 264, 265  
«Полуничний невис» 170
- Попереково-крижовий відділ (попереково-крижова ділянка) у новонароджених немовлят 160
- Порізи і садна 540–543
- Порушення дихання уві сні 609, 614–615
- Порушення згортання крові 764
- Порушення здатності до навчання, обумовлені розвитком/мовою 606
- Порушення здатності ходити, дефекти нервової трубки 643
- Порушення мозкового кровообігу 691
- Порушення нервово-психічного розвитку 537–538, 630
- Постіктальний стан 823
- Постстрептококовий гломерулонефрит 390–391
- Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) 8, 598, 720
- Постукування по спині при удавленні 803
- Потові протоки, блокування потових проток 168
- Потреби в комплексному догляді 626–629
- Початок менструації (менархе) 427, 754, 785

- Почервоніння ділянки шкіри навколо пупка 197
- Права дитини/дітей 4–5, 8  
 знання прав дитини та їх інтеграція в практику 5  
 Конвенція про права дитини 4–5, 7, 712, 746
- Права дітей *див.* «Права дитини/дітей»
- Правець 89  
 правцевий імуноглобулін 543, 922  
 статус вакцинації 543, 829
- Практичні процедури 874–886
- Преднізолон 225, 657–660, 816, 820, 850, 851, 859, 922, 947, 951
- Пренатальна діагностика, таласемія 685, 686
- Препарати для невідкладної допомоги 848–851  
 основні та інші препарати 868
- Пресептальний целюліт 504, 505
- Приведена стопа 163
- Привушні слинні залози, набряк 267, 697
- Прийом Геймліха 803
- Прийом у післяпологовому періоді 132
- Прийоми їжі 107, 129, 575, 578
- Прикорм 97, 99, 107–108
- Припікання 934
- Припухлості/ущільнення 480–487
- Прихильність до лікування (дотримання режиму лікування), консультування 666, 676–677, 705, 705, 770–771
- Приховане розщеплення хребта 160, 640
- Причина звернення 11
- Пріапізм 424, 690
- Проба (маневр) Вальсальви 408, 513
- Проба Манту 707
- Проблеми з зором 488–495  
 головний біль і проблеми з зором 516  
 дефекти нервової трубки 643  
 зниження гостроти зору 492–495  
 при дитячому церебральному паралічі 647  
 скринінг на проблеми з зором 95, 138–139  
 у новонароджених немовлят 152–155
- Проблеми з легенями  
 муковісцидоз 668–671  
 серповидноклітинна анемія 691
- Проблеми з набором ваги 570–583  
 надмірна вага та ожиріння 576–579  
 недоїдання, дефіцит маси тіла 571–576
- Проблеми з нирками 385–392, 691
- Проблеми з психічним здоров'ям 6 серед мігрантів і біженців 7–8 *див. також* «Депресія і поганий настрій»
- Проблеми з ростом 570–583  
 високорослість 582–583  
 дефекти нервової трубки 643  
 низькорослість 579–582  
 оцінювання росту за наявності проблем із ростом 17, 22, 570–571, 579, 617  
 підлітки, що живуть із хронічними станами 792  
 серповидноклітинна анемія 690
- Проблеми з харчуванням 337, 615–621
- Проблеми з харчуванням, надання допомоги при проблемах із харчуванням 25, 98

- Проблеми зі сном 608–615  
 безсоння 608–612  
 надмірна сонливість у денний час 608–612  
 незвичні рухи/поведінка під час сну 612–614  
 паліативна допомога 740
- Проблеми психосоціального характеру  
 дефекти нервової трубки 644  
 труднощі в розвитку 1, 72, 77, 79
- Прогестеронові контрацептиви 762, 764–765, 789
- Проковтування кнопкових батарейок 562–564
- Пролапс уретри 427
- Променева кістка, перелом променевої кістки 162, 556
- Проносні лікарські засоби 352, 738
- Просвічування 409, 410
- Простагландин E1 183
- Проституція 6
- Протеїнурія 387–388
- Противірусні препарати 187, 775
- Противігрибкові препарати 426, 934
- Противіепілептичні препарати 531, 532–533
- Протиотрутний імуноглобулін 841, 922
- Противірацевий імуноглобулін 543, 922
- Протисвербіжні препарати 934
- Профілактика захворювань 71–130
- Профілактика інфекцій та інфекційний контроль (ПІІК) 864–866  
 при COVID-19 215
- Профілактика хвороб 1–2, 71–130  
 планові профілактичні огляди 21–22  
 у мігрантів і біженців 7–8
- Процедури отримання притулку 7
- Процентилі 24
- Психічне здоров'я  
 алгоритм оцінювання HEADSSSS 751  
 зміцнення психічного здоров'я 129–130  
 оцінювання психічного здоров'я підлітків 790–792
- Психічні травми у мігрантів/біженців 7, 8
- Психогенні причини  
 біль у грудях 360  
 неепілептичний напад 525  
 хронічний кашель 230
- Психологічна підтримка  
 емоційні/поведінкові проблеми 723–724  
 зловживання алкоголем і психоактивними речовинами 729  
 після неналежного поводження з дитиною 719–720
- Психологічний розвиток підлітків 745
- Психологічні проблеми при цукровому діабеті 679
- Психоосвіта 723–725
- Психосоціальна зрілість 744
- Психосоціальна підтримка 4, 703, 724  
 після неналежного поводження з дитиною 719–720
- Психосоціальний анамнез 588, 592, 596, 605
- Псоас-абсцес 294, 470
- Псоріаз 435
- Псоріатичний артрит 477
- Птоз, вроджений 155
- Пульс 15  
 оцінка за шкалою Апгар 26

оцінювання ознак необхідності невідкладної допомоги 798  
 Пульсоксиметрія 203  
 новонароджених 28, 139–140  
 Пупкова гранульома 156–157  
 Пупкова грижа 155–156  
 защемлена 156, 347, 846  
 Пупковий сепсис 197  
 Пупок новонароджених немовлят 145, 156  
 Пурпура 431  
 Пустули 431, 788  
 Пухирі 431  
 Пухлина Вільмса 392, 694  
 Пухлина головного мозку 339, 518  
 Пухлина, родова 146  
 Пухлини *див.* «Рак»  
 Пухлини нирок 392  
 Пухлини центральної нервової системи 694

**Р**

Рабдоміосаркома 695  
 Радіологічні дослідження 869–871  
 Рак 692–696  
 гарячка при раку 293  
 жовтяниця, спричинена раком 461  
 лімфаденопатія, спричинена раком 484  
 небезпечні ознаки/тривожні сигнали 692, 695  
 поширені дитячі онкологічні захворювання, клінічна картина 694–695  
 прояви з боку кісток 471  
*див. також конкретні типи пухлин*  
 Рак шкіри 122  
 Рани 540–543  
 від укусу 544, 545

забруднені/інфіковані рани, загоювання ран відкритими 542, 545, 874  
 закриття ран 542–543, 545  
 накладання швів, клею, пластрів 874–876  
 обстеження 541  
 опіки 549  
 профілактика інфекцій 542  
 Ранній розвиток дитини 72–81  
*див. також* «Ключові показники розвитку»  
 Ранула 149  
 Раптова екзантема (розеола) 274, 276, 282–283  
 Рахіт 470, 473–475  
 Рвані рани, закриття рваних ран, накладання швів/клею/пластрів 874–876  
 Реабілітація при труднощах у розвитку 634  
 Реактивний артрит 469  
 Реакції гіперчутливості 952  
 Реанімація 802–808, 849  
 Ревматична лихоманка, гостра 241, 263, 270–272, 292, 368  
 Ревматична хвороба серця 368–369, 652, 653  
 Ревматологічні захворювання 292, 484, 485  
 Регідраційна терапія 305  
*див. також* «Розчини для пероральної регідрації (РГР)»  
 Регуляція функцій сечового міхура, розвиток регуляції функцій сечового міхура 402  
 Резистентність до антибіотиків 320  
 Рекреаційне вживання алкоголю і психоактивних речовин 725, 727

- Рентген органів грудної клітки 204, 357
- Репродуктивне здоров'я, оцінювання стану репродуктивного здоров'я 758–759
- Респіраторний дистрес-синдром (у недоношених новонароджених) 195
- Респіраторні симптоми, гарячка (завезений випадок) із респіраторними симптомами 302
- Респіраторно-синцитіальний вірус 219
- Ресурси 3, 6
- Ретинобластома 511, 694
- Ретинопатія недоношених 155
- Ретинопатія, діабетична 678
- Ретрофарингеальний абсцес 224, 226–227, 242, 255, 815  
тяжкий дихальний розлад 815, 817
- Рефлекс автоматичної ходи 137
- Рефлекс Бабінскі 536
- Рефлекс Моро 137  
асиметричний 161  
відсутній 162
- Рефлекс повзання 137
- Рефлекси, перевірка рефлексів 16, 536  
у новонароджених немовлят 137, 536
- Риніт 247, 614
- Риносинусит 261
- Рогівка, помутніння рогівки у новонароджених 154
- Родимка (вроджений мелиоцитарний невус) 169
- Родова пухлина 146
- Рожевий лишай 435
- Розвиток головного мозку 72, 81, 641  
у підлітковому віці 744
- Розвиток  
інформація для опікунів 81  
несприятливий досвід, що впливає на розвиток 72, 81  
оцінювання/моніторинг 1, 16, 72–78  
підлітків 744–746, 754  
ранній розвиток дитини, надання допомоги 78–79, 81  
уникання тиску на дитину 80
- Роздування крил носа 196, 202, 209, 813
- Роздягання дитини 12
- Розеола (раптова екзантема) 274, 276, 282–283
- Розлад поведінки 600, 601, 603, 607
- Розлад ритмічних рухів 613
- Розлади аутистичного спектру (РАС) 605, 606, 634–636  
ознаки/симптоми (за віком) 635–636
- Розлади харчової поведінки 577, 617–621, 679  
блювання 338  
диференціальна діагностика 618, 619  
ознаки 573, 617
- Розміри порцій, здорове харчування 112
- Розроблені ВООЗ стандарти якості медичної допомоги 4
- Розтягнення зв'язок 552–554
- Розтягнення м'язів 358
- Розчин для пероральної регідратації (РПР) 312, 313, 317, 317, 323  
склад 948
- Розчин Гартмана 316

Розчини для інфузійної терапії 736, 882–886  
 введення через вену волосистої частини голови 883  
 введення через периферичну вену 882–883  
 канюля, догляд за канюлею 884  
 об'єм, лікування шоку 809, 819–821  
 при травмі з шоком 829  
 при тяжких опіках 833  
 при тяжкому зневодненні при діареї 316, 317  
 при шоку 809, 819–821  
 склад 949  
 техніка введення 882–886  
 у новонароджених немовлят 809  
 у підлітків 809

Розчини для парентерального введення *див.* «Розчини для інфузійної терапії»

Розширення можливостей сімей 3

Розщеплення губи та піднебіння 150–151

Розщеплення хребта 160, 640–641

Ротавірусна вакцина 85, 87

Ротавірусна інфекція 90, 311

Ротова порожнина  
 варіанти норми/відхилення у новонароджених 149–151  
 виразки в ротовій порожнині 268, 269, 270, 277  
 кандидозна інфекція 104, 150, 169, 697  
 обстеження 15  
 препарати для місцевого застосування 937

Рубці, гострий живіт 846

Руки у новонароджених немовлят 160–162

Руки  
 переломи 556, 557, 558  
 у новонароджених немовлят 160–162  
 фенотипні відхилення 27

Рутинна імунізація, рекомендована ВООЗ 82, 83–86

Рутинний догляд  
 за дітьми з потребами в комплексному догляді 629  
 при вроджених вадах серця 651–652  
 при дитячому церебральному паралічі 646  
 при раку 695

Рух  
 ключові показники розвитку 41, 45–46, 49, 52, 55, 58, 74, 75, 77  
 порушення руху, дефекти нервової трубки 643  
 рухи уві сні 612–614

Рухові стереотипи 526

Рятувальний жилет 125

**С**

Садна 540–543

Сальбутамол 217, 657–661, 816  
 дозування 923

Самогубство 591–594

Самостійність (ключові показники розвитку) 42, 46, 50, 52, 55, 75, 75, 78

Самоушкодження 590, 591–594, 835  
 оцінювання на предмет самоушкодження 591–593

Саркома Капоші 698

Саркома Юінга 694

Сатурація крові киснем  
 вимірювання 15  
 при бронхіоліті 220

- при вроджених вадах серця в новонароджених 182, 183  
 при пневмонії 210, 211  
 скринінг новонароджених 28, 139–140
- Сахароза 576
- Свербіж, паліативна допомога 740
- Свистячі хрипи/хрипіння 217–223, 813  
 астма 217, 218, 655  
 диференціальна діагностика 204, 218–219, 222  
 періодичні 204, 218, 221–223, 655
- Свідомість (притомність)  
 зниження рівня свідомості, гарячка та зниження рівня свідомості 264  
 короткочасна/очевидна втрата свідомості *див.* «Синкопе»  
 рівень притомності, оцінювання ознак необхідності невідкладної допомоги 798, 801, 822
- Себорейний дерматит немовлят 166–167
- Себорейний дерматит 433, 484
- Сезонний грип *див.* «Грип»
- Секвестраційний криз селезінки 691
- Сексуальне здоров'я, оцінювання стану сексуального здоров'я 758–759
- Сексуальне насильство 6, 714–715  
 ІПСШ і сексуальне насильство 6, 717, 719, 772  
 надання допомоги дітям, що зазнали сексуального насильства 719  
 обстеження 717  
 постконтактна профілактика ВІЛ 770
- тривожні сигнали/ознаки 425, 428, 714–715, 720  
 ушкодження аногенітальної ділянки 413, 427, 713, 714
- Сексуальні освіта/консультування 760–761
- Сексуальність, алгоритм оцінювання HEADSSS 751
- Сепсис/септицемія 214, 255, 819, 821, 825  
 гостра гіпотонія при сепсисі 537  
 менінгококова септицемія 90, 444  
 невідкладна допомога 825  
 ознаки у новонароджених немовлят 181, 191  
 пупковий сепсис 197
- Септичний артрит 263, 467, 469
- Септичний шок 214, 819, 821
- «Середземноморська лихоманка» (бруцельоз) 291, 294–295
- Середземноморська плямиста гарячка (марсельська гарячка) 291, 298
- Середній отит  
 гострий 236–238, 261  
 із випотом («клейке вухо») 238–239  
 хронічний (хронічний гнійний) 239–240, 697
- Середовище  
 дружнє для дітей середовище для проведення обстежень 12, 863  
 надання первинної медичної допомоги 863  
 фактори ризику труднощів у розвитку 73
- Серозний отит 238–239
- Серповидноклітинна анемія 460, 686–691

- Серцева недостатність 362, 365–366, 374  
 гостра гіпотонія при серцевій недостатності 537  
 застійна 452, 462  
 тяжкий дихальний розлад при серцевій недостатності 815  
 утруднене дихання при серцевій недостатності 205  
 шок при серцевій недостатності 819, 820
- Серцеві аритмії 360, 372, 373–375, 378
- Серцево-легенева реанімація 802, 808
- Серцево-судинна система, обстеження 15  
 у новонароджених немовлят 135
- Серцево-судинна система, причини болю у грудях 360
- Сеча  
 взяття і тестування зразків сечі 398  
 виділення сечі у немовлят (у перші 72 години з народження) 26  
 лейкоцити в сечі 398  
 мікроскопія 386, 398  
 нітрити 398  
 посів 399  
 червоний колір сечі 389
- Сидячий спосіб життя 120–121
- Симптоми *див. окремі симптоми*
- Симптоми з боку органів сечостатевої системи 393–429
- Симптоми з боку сечовидільної системи 385, 394, 402–407
- Синдром  
 «рука-нога-рот» 275, 288–289, 442
- Аспергера 634  
 аспірації меконію 195  
 волосяного джгута 176, 423  
 Гійєна-Барре 94  
 Дауна (трисомія 21-ї хромосоми) 180–181, 638–640  
 у новонароджених немовлят 180–181  
 дефіциту уваги та гіперактивності (СДУГ) 600, 607, 636–638  
 дисфункції скронево-нижньощелепного суглоба 517, 519  
 затримки фази сну 610, 612  
 Кавасакі 275, 284–286  
 діагностичні критерії 285  
 ковзаючого ребра 358  
 Криглера-Найяра 641  
 Кушинга 578  
 натягнутого спинного мозку 642  
 перевантаження 468  
 періодичних рухів кінцівок 613, 614  
 Маршалла (PFAPA) 243  
 підвищеної нервово-рефлекторної збудливості 525  
 подразненого кишечника 323, 329  
 раптової дитячої смерті (СРДС) 143  
 профілактика (запобігання) 29, 143, 144  
 Сандіфера 176, 341, 525  
 струшеної дитини 175, 714  
 Тітце 358  
 токсичного шоку 436
- Синкопе 376–380  
 диференціальна діагностика 377, 378, 525
- Синусит 244–246, 506, 515

- Синці (екхімози) 432, 544  
 неналежне поводження з дитиною 544, 713  
 у новонароджених немовлят 148, 148, 165
- Сирваткова хвороба 470
- Система безпеки для дітей в автомобілях 124
- Система класифікації великих моторних функцій (GMFCS) 645
- Система органів дихання, причини болю у грудях 358–359
- Система шкільної освіти 6
- Системний червоний вовчак 292, 485
- Систолічний артеріальний тиск 381, 382  
 нормальні значення 797  
 оцінювання ознак необхідності невідкладної допомоги 798
- Сифіліс 773  
 вроджений 188–189  
 лікування 774
- Сіль, зменшення кількості солі у здоровому раціоні 113, 116
- Сім'ї  
 догляд за дитиною 2–3  
 розширення можливостей 3  
 хронічні захворювання у підлітків 792–794  
*див. також «Опікуни/батьки»*
- Сімейна гіперхолестеринемія 98
- Сімейна середземноморська лихоманка 300, 348
- Сімейний анамнез 12, 133, 386
- Скабіциди 935
- Сказ 545  
 антирабічний імуноглобулін 545, 909
- Скарлатина 274, 276, 279–280
- Склера, крововилив у склеру 154
- Склерит 496, 497
- Склерозуючий холангіт 461
- Скринінг контактних осіб, туберкульоз 709–710
- Скринінг/скринінгові тести 95–96  
 в дитячому віці 95–96  
 зору 95, 138–139  
 на втрату слуху 28, 96, 138  
 на глюкозу 141  
 на ендокринні/метаболічні розлади 28, 139  
 на ІПСШ і ВІЛ 6, 773  
 на муковісцидоз 28  
 на туберкульоз 709–710  
 новонароджених немовлят 28, 95–96, 138–140, 141, 184  
 на гіпербілірубінемію 29, 29, 139
- Слабкість м'язів у немовлят 535–539
- Слабкість, паліативна допомога 740
- Слізні протоки, блокування/звуження слізних проток у новонароджених 153–154
- Слізні протоки, звуження слізних проток 153–154
- Служби захисту дітей 8, 718
- Служби охорони здоров'я на базі громади, планові профілактичні огляди 22
- Слух  
 втрата слуху 239, 606  
 при дефектах нервової трубки 643  
 при дитячому церебральному паралічі 647  
 скринінг 28, 96, 138
- Сльозотеча, надмірна 509–511
- Сндром Жильбера 461
- Солярії, уникання соляріїв 122

- Соматоформні розлади 621–624
- Сон 119–120  
 для підтримки психічного здо-  
 ров'я 129  
 здоровий сон для дітей/підлітків  
 611  
 недостатній час сну 608  
 потреби у сні (за віком) 120, 143,  
 608  
 у новонароджених немовлят 143,  
 144
- Сонцезахисні засоби 122
- Сонячний (тепловий) удар 256, 823,  
 825
- Сонячний опік 434, 439
- Соціальна взаємодія, труднощі/  
 дефіцити 605–608
- Соціальна тривожність 597
- Соціальний анамнез 12, 343, 403
- Соціальний розвиток підлітків 746
- Соціальні детермінанти здоров'я 1
- Соціальні мережі  
 алгоритм оцінювання HEADSSSS  
 752  
 міфи про вакцинацію 94–95  
 проблематичне використання  
 607, 609, 730–733  
 пропагування дієт 113
- Соціальні працівники 6, 722
- Соціальні служби 8
- Спадкова низькорослість 581
- Спалахи гніву 526
- Спейсери, дозувальний аерозольний  
 інгалятор зі спейсером 664, 665,  
 666
- Спинний мозок, дефекти нервової  
 трубки 160, 640–644
- Спіральний перелом великогомілко-  
 вої кістки в дітей молодшого віку  
 468, 558
- Сплутаність свідомості, паліативна  
 допомога 741
- Сповільнення росту 23, 571–576,  
 617  
 у новонароджених немовлят 572
- Споживання калорій і потреби в  
 енергії 107, 109, 112
- Спосіб життя, оцінювання способу  
 життя підлітків 726–727, 751, 759
- Спостереження за дитиною 13–14,  
 15, 16  
 надання невідкладної допомоги  
 796, 800
- Спроможність підлітків 746
- Стабільне бокове положення 810,  
 822
- Стадії за шкалою Таннера 756
- Стандарти ВООЗ щодо росту дітей  
 22, 24
- Стандарти і принципи 3–5
- Стандарти якості медичної допомо-  
 ги, розроблені ВООЗ 4
- Стани з боку чоловічої сечостатевої  
 системи 470
- Стартл-рефлекс 182, 648
- Статеве дозрівання 745, 754  
 вікові діапазони початку статевो-  
 го дозрівання 754  
 затримка статевого дозрівання  
 754–758  
 оцінювання 755–758  
 передчасне статеве дозрівання  
 754  
 питання щодо статевого до-  
 зрівання, які можуть непокоїти  
 хлопців/дівчат-підлітків 760–761  
 стадії (за Таннером) 756  
 за віком 745  
 хронічні захворювання і статеве  
 дозрівання 792

- Статевий акт (у підлітків) 760, 761  
 незахищений 766–785  
 екстрена контрацепція 766–768  
 ІПСШ 771–776  
 постконтактна профілактика ВІЛ 768–771, 778
- Статеві органи (зовнішні)  
 обстеження 16, 408–409  
 при неналежному поводженні з дитиною 715, 717  
 у новонароджених немовлят 135, 157–159  
 ураження шкіри, ІПСШ 772
- Стафілококовий синдром ошпареної шкіри 443
- Стеноз легеневої артерії 364
- Стеноз слізних проток 153–154
- Стереотест Ланга 491
- Стоматолог, частота відвідування стоматолога 117
- Стопа *див.* «Стопи»
- Стопи  
 вроджені стани 162–163  
 переломи 163
- Сторонні предмети 559–564  
 аспірація стороннього предмета 561–562, 815  
 кашель/утруднене дихання 205, 231  
 невідкладна допомога 817  
 свистячі хрипи 218  
 стридор 223  
 в оці 496, 503–504  
 проковтування стороннього предмета 359, 562–564, 846  
 у вусі 559  
 у горлі 560–561  
 у м'яких тканинах 560  
 у носі 245, 247, 250, 559–560
- Страхи 594–599, 723–724  
 анамнез 595–596  
 відповідні для віку 595  
 перебільшені/нереалістичні, надання допомоги 724  
 страх перед набором ваги 615–621  
 страх перед неприйняттям у мігрантів/біженців 7  
*див. також* «Тривожність»
- Стремена Павлика 165
- Стрептококові інфекції групи А 430  
 гостра ревматична лихоманка 270–272, 368  
 тонзиліт 241–244
- Стресові переломи 468
- Стридор 204, 205, 206, 223–228, 813  
 вроджений (ларингомаляція) 184, 224  
 диференціальна діагностика 204, 205, 223–224
- Стриктурі уретри 396
- Субдуральний крововилив 179, 339
- Субкон'юнктивальний крововилив 154
- Судинної мальформації, головний біль 517
- Судоми (конвульсії) 522–535  
 диференціальна діагностика 377, 525–526, 823–824  
 епілептичні судомні напади 522–524  
 загальні заходи безпеки 534, 811  
 невідкладна допомога 811, 822, 824, 848, 850  
 неепілептичні явища (за віком) 525–526  
 оцінювання ознак необхідності невідкладної допомоги 798–799, 822

паліативна допомога 740  
 план першої допомоги 528  
 при дефектах нервової трубки 643  
 при корі 277  
 психогенний неепілептичний напад 525  
 у новонароджених немовлят 197, 811  
 у підлітків 526, 531, 534  
 фебрильні *див.* Фебрильні судоми/конвульсії  
 Суїцидальні думки 590, 591–595, 751

## Т

Таз, травми тазу 827  
 Таласемія 460, 684–686  
   лікування, профілактика 685, 686  
 Тахікардія 373–375  
 Температура тіла 253  
 Тепловий висип 168, 435  
 Тепловий удар 256, 823, 825  
 Терапія з використанням енурезного будильника 405  
 Термічні травми, запобігання термічними травмам 127, 128  
 Тест Барлоу 164  
 Тест Брюкнера 492  
 Тест із прикриттям, косоокість 491  
 Тест із прикриттям/відкриттям, косоокість 492  
 Тест на визначення ймовірності розладів харчової поведінки (EAT-26) 618  
 Тест Ортолані 165  
 Тест-слайди для мікробіологічного аналізу сечі 399  
 Тестування за місцем лікування 870  
 Тетрациклін 774, 923

Техніка звільнення шкіри, защемленої блискавкою 424  
 Техніки позитивного батьківства 81  
 Тики 526  
 Тім'ячко 197  
   випукле тім'ячко 148, 197  
   пальпація 15  
 Тканинний клей, закриття рани 874, 875  
 Токсини, жовтяниця, спричинена токсинами 461  
 Токсична еритема новонароджених 166  
 Токсоплазмоз, вроджений 189–190  
 Тонзиліт 241–244, 262  
 Тонзилофарингіт 241  
 Топірамаг 533, 923  
 Торакоцентез, голковий 886  
 Травма грудної клітки 358, 827, 828, 886  
 Травма шийного відділу хребта, підозри 810  
 Травми 827–830  
   анамнез, подальше оцінювання 827  
   біль у суглобах/кістках 468–469, 470  
   грудної клітки 358, 827, 828, 886  
   дизурія 396  
   невідкладна допомога 829–830  
   ознаки 828  
   проникаючі травми 829  
   травми голови *див.* «Травми голови»  
   травми з шоком, лікування 829  
   тупі травми *див.* «Тупі травми»  
   ушкодження, що характеризуються високим ступенем ризику 828–829

- див. також «Ушкодження (травми)»*
- Травми голови 550–552, 823, 827  
 блювання і травми голови 338  
 невідкладна допомога 830  
 ознаки 828  
 синдром струшеної дитини 175, 715  
 стабілізація шиї 810, 825  
 тривожні сигнали 551
- Травми живота 343, 346, 827, 828, 846
- Травми щиколотки 552, 552–554, 558
- Травми, нанесені застібкою-блискавкою 423
- Травмування в ДТП 124, 828
- Травмування голками, запобігання травмуванню голками 865
- Травмування гострими інструментами, запобігання травмуванню гострими інструментами 865
- Транзиторний синовіт кульшового суглоба 467, 472
- Транспортування до лікарні 198, 872
- Транспортування у випадку термінового направлення 198, 872
- Трахеобронхіт, гострий 207
- Трахеостравохідна фістула 179
- Третинна профілактика 71–72
- Тривалий плач 175–177
- Тривожні сигнали  
 блювання 336  
 бронхіоліт 220  
 вживання алкоголю і психоактивних речовин/зловживання ними 725–730  
 гіпоглікемія (тяжка), при діабеті 673–674, 680  
 головний біль 515
- діабетичний кетоацидоз 673  
 емоційні/поведінкові проблеми (у підлітків) 791  
 жовтяниця 459  
 збільшення лімфатичних вузлів 481  
 менінгеальні ознаки 197, 264, 514, 515, 524  
 небезпечні ознаки у новонароджених немовлят 195–198  
 переривання вагітності (відоме або підозрюване) 784  
 проблематичне використання інтернету/соціальних мереж 731–732  
 рак 692  
 розлади харчової поведінки 620–621  
 сексуальне насильство 425  
 суїцидальні думки, самоушкодження 592–593  
 травми голови 551  
 тривалий плач у новонароджених немовлят 175  
 труднощі в розвитку 630–631  
 ураження суглобів септичним артритом 467
- Тривожність 360, 371, 378, 594–599  
 відповідна для віку 595  
 диференціальна діагностика 598  
 надання допомоги 597–599  
 паліативна допомога 741  
 проблеми зі сном 610  
 типи 597
- Тривожність через розділення з батьками 597
- Трисомія 21-ї хромосоми *див.* «Синдром Дауна (трисомія 21-ї хромосоми)»
- Трихомоніаз 773, 775

Тріаж при зверненні 863–864  
 Тромбоз глибоких вен 764  
 Трофічна виразка 643  
 Труднощі в розвитку 1, 72, 96,  
 630–634  
   виявлення, планові профілактичні  
   огляди 21, 630  
   надання допомоги 631–634, 648  
   ознаки (за віком) 630–631  
   реабілітація 634  
   фактори ризику 72, 73, 78, 81,  
   631  
 Туберкулінова проба 707  
 Туберкульоз 705–711  
   активний (захворювання на ТБ)  
   706  
     дозування препаратів 945–946  
     лікування, подальше спостере-  
     ження 708–709  
   вакцина БЦЖ 83, 87, 93, 195, 709  
   використання заміників грудного  
   молока 109  
   гарячка 290, 706  
   кашель/утруднене дихання 205,  
   230, 706  
   латентна ТБ інфекція (ЛТБІ) 706,  
   710, 711  
   лікарсько-стійкий 708  
   наслідки та ускладнення 91  
   новонароджені діти матерів із ТБ  
   194–195  
   позалегеновий 706  
   при ВІЛ-інфекції 697  
   профілактика 709–710  
   скринінг на ТБ 709–710  
   ТБ легень 706  
 Тупий звук 203, 210  
 Тупі травми 544, 828  
   живота 343, 345, 346

## У

Увеїт 496, 497, 502  
 Удушення 560–562  
   невідкладна допомога 803  
 Ужалення медузи 840, 842  
 Ужалення скорпіона 840, 842  
 Укуси кліща 295, 296, 297, 299  
 Укуси змії 840, 841  
 «Укуси лелеки» (лососеві плями) 170  
 Укуси отрутних видів 544–546,  
 840–842  
   невідкладна допомога 840–842  
 Укуси собак 544  
 Укуси тварин 544–546  
 Укуси  
   кліщів 295, 296, 297, 299  
   комах 442, 547  
   тварин/людини 544–546  
 Укуси/ужалювання комах 442, 547  
 Ультразвукове дослідження органів  
   сечостатевої системи 399  
 Ураження електричним струмом 844  
 Ураження шкіри переддушною ділян-  
   ки 152  
 Уретрит 395  
 Утоплення 125, 843  
 Утруднене дихання 196, 201–206,  
 813  
   диференціальна діагностика/  
   причини 195, 204–206, 207, 261  
   у новонароджених немовлят 195,  
   196  
 УФ-індекс 122  
 Ухвалення рішень  
   допомога, орієнтована на потреби  
   сім'ї 2–3, 628  
   спроможність підлітків ухвалюва-  
   ти рішення 746

Учителі (педагоги), взаємодія з педагогами при емоційних/поведінкових проблемах 721, 725

Ушкодження (травми) 540–558

випадкові травми, місце розташування (фізичне насильство чи випадкова травма) 713

жорстоке поводження з дитиною *див.* «Неналежне поводження з дитиною»

запобігання травмам 124–128

опіки, ошпарювання *див.* «Опіки»; «Ошпарювання»

переломи *див.* «Переломи»

рани, порізи, садна 540–543

розтягнення зв'язок 552–554

травми голови *див.* «Травми голови»

тупі травми *див.* «Тупі травми»

укуси комах 442, 547

укуси тварин 544–546

*див. також* «Травми»

Ущільнення та припухлості 480–487

## Ф

Фактори ризику, стратегії боротьби з факторами ризику 3

Фебрильні судоми/конвульсії 522, 528–530, 811

лікування, консультування 529, 530, 811

Фенітоїн 533, 811, 924

Фенобарбітал 533, 811, 851, 924, 928

Феномен «ранкової зорі» 675

Фенотипні відхилення 27, 28

Феохромоцитома 372

Феритин, граничні значення для встановлення діагнозу залізодефіцитної анемії 456

Фетальний алкогольний спектр порушень 181–182, 606, 648–650

Фізикальний огляд *див.* «Огляд (фізикальний)»

Фізична активність 121

для підтримки психічного здоров'я 129

при цукровому діабеті 681–682

рекомендації (за віком) 121

Фізична зрілість 744

Фізичне насильство *див.* «Неналежне поводження з дитиною»

Фізичний розвиток *див.* «Розвиток»

Фіксація пошкодженого пальця до сусіднього 876

Фільтрум, гладкий 182, 606, 648–649

Фімоз 420–422

Фобії 597

Фосфорорганічні сполуки 837

Фотофобія (світлобоязнь) 515

Фтор (фториди) 114, 116, 117, 118, 119

для місцевого застосування 119

## Х

Халязіон 509

Хапальний рефлекс 137

Харчова алергія 322, 325–326, 337, 346

Харчове отруєння 308, 318–319, 337

Харчові звички 615, 616

алгоритм оцінювання HEADSSS 751

у підлітковому віці 109, 617

*див. також* «Годування»

Харчування

потреби у підлітковому віці 109

при наданні паліативної допомоги 736

Харчування, здорове харчування 1, 96, 98, 99, 109, 112–113  
 «Хвилеподібна гарячка» (бруцельоз) 291, 294–295  
 Хвороба Гіршпрунга 174  
 Хвороба котячих подряпин 483  
 Хвороба Крона 323, 331–332  
 Хвороба Лайма (бореліоз) 291, 295–297  
 Хвороба Осгуда-Шляттера 468, 471–472  
 Хвороба Пертеса 468  
 «Хвороба поцілунків» (інфекційний мононуклеоз) 262, 283–284, 483  
 Хвороба серця 650–653  
 вроджені вади серця *див.*  
 «Вроджені вади серця»  
 серповидноклітинна анемія 691  
 структурна 378  
 Хвороба Стілла 477  
 Хвороба Шенлейна-Геноха (ге-морагічний васкуліт) 348, 444, 445–447, 470  
 Хо́да, спостереження за ходою 16  
 Ходунки дитячі 127  
 Холера 309  
 Холецистит 349, 461, 691  
 Хорея Сиденгама 272  
 Хребет у новонароджених немовлят 160  
 Хрипи, паліативна допомога при хрипах 738  
 Хрипле дихання 196, 202, 204, 209, 798  
 Хронічна ниркова недостатність 653–654  
 Хронічні захворювання у підлітків 792–794  
 Хропіння 609, 614–615

## Ц

Целиакія 322, 330–331, 347  
 Целюліт 433, 438, 504  
 орбітальний 504, 506  
 пресептальний 504, 505  
 Цефтріаксон 265, 272, 413, 506, 774–775, 776, 821  
 дозування 851, 926  
 Циліарна дискінезія, первинна 232  
 Цинк 117  
 дефіцит, фактори ризику 117  
 добавки з цинком 117, 312, 320, 926  
 Ципрофлоксацин 320, 775, 926, 938  
 Цироз 462  
 Цистит 397–401  
 Цитомегаловірусна інфекція, вроджена 187  
 Ціаноз 15, 182, 365, 798  
 диференціальний 182, 183, 365  
 центральний 196, 210, 657, 798, 800, 813  
 Цукор, зменшення кількості цукру у здоровому раціоні 113  
 Цукровий діабет 671–683  
 у підлітків 679

## Ч

Час заповнення капілярів 798  
 Час перебування перед екраном 120–121  
 Частота дихання 15, 135, 202, 657, 658, 797  
 нормальні значення 135, 797  
 Частота серцевих скорочень надшлуночкова тахікардія 373–375  
 нормальні значення 135, 797

## Червоний рефлекс

бінокулярний червоний  
рефлекторний тест (тест Брюкне-  
ра) 492  
відсутність червоного рефлексу  
138–139, 154

Черевний тиф 260, 292

Черезшкірний білірубінометр 881

Череп у новонароджених немовлят  
146, 148

синці на голові 148

Чищення зубів 119

## Ш

Шанкрод 773, 775

Шви 874

Шизофренія 598, 600, 607–608, 610

Шийна дистонія 176, 341, 525

Шийний комір 810

Шийний тонічний рефлекс 137

## Шия

вроджене об'ємне утворення в  
шийній ділянці 151

лімфаденопатія *див.* «Лімфадено-  
патія»

ригідність потиличних м'язів,  
менінгеальні ознаки 254, 264,  
515, 524, 585, 823

травми 822, 827

забезпечення (відновлення)  
прохідності дихальних шляхів  
804

розміщення непритомної  
дитини з травмою шиї 810

у новонароджених немовлят 151  
ущільнення/припухлості на шиї  
485–486

*див. також* «Голова і шия»

Шкала AVPU 798, 801, 822

## Шкіра

біль/набряк, гарячка і біль/набряк  
263

варіанти/відхилення у новонарод-  
жених 165–171

висип *див.* «Висип»

лінії натягу шкіри 875

отруєння, лікування 836

тестування на тургор шкіри 14,  
310

Шкірний контакт 97, 99, 103, 106,  
143

Шкірні проблеми/ураження шкіри  
запалення шкіри, пелюшковий  
дерматит 168–169

ІПСШ 772

лущення шкіри у новонароджених  
немовлят 166

підлітки зі шкірними проблемами/  
ураженнями шкіри 788–790

при цукровому діабеті 679

Шлунково-кишковий тракт, причини  
болю у грудях 359

Шок 800, 818–821, 826

внутрішньовенне рідинне замі-  
щення 809

геморагічний 450, 819, 821

гіповолемічний 818, 821, 821

диференціальна діагностика 819

кардіогенний 819, 820

невідкладна допомога 819–821,  
826

септичний 214, 819, 821

травми і шок, допомога при  
травмах і шоку 829

Шум над легеневою артерією 364

Шум Стілла 364

Шуми в серці 183, 362–369

гарячка і шуми в серці 263

патологічні 362, 363, 364

функціональні 362, 363–364

**Щ**

Щипковий тест 14

**Ю**

Ювенільна міоклонічна епілепсія 531

Ювенільний ревматоїдний артрит  
292, 470, 475–479, 484  
типи 477–478**Я**

Ядерна жовтяниця 171

Яєчка

відсутність яєчка 416  
втягування яєчок 416  
запалення 412–414  
неопущення яєчка 158, 416  
перекрут придатка яєчка 409,  
411–412  
перекрут яєчка 348, 349, 409,  
411, 470, 846  
пухлина яєчка 410, 415–416Яремний венозний тиск, підвищений  
203

Ячмінь (гордеолум) 508–509

**А**ABCDE (алгоритм) 541, 797, 800–  
801, 827

AVPU (шкала) 524, 550, 798, 801

**В***Bartonella henselae* 483*Borrelia burgdorferi* 295

Хвороба Лайма 291, 295–297

**С***Candida albicans* 150*Chlamydia trachomatis* 153, 345, 413,  
497, 498, 774  
лікування 774COVID-19 91, 205, 213–216, 261  
діарея, спричинена COVID-19 309  
новонароджені діти матерів із  
COVID-19 194**Е**EAT-26 (Тест на визначення ймовір-  
ності розладів харчової поведінки)  
618*Entamoeba histolytica* 319**Г***Gardnerella vaginalis* 426**Н**HEEADSSSS (алгоритм оцінювання)  
751*Haemophilus ducreyi* 773*Haemophilus influenzae* типу b (Hib)  
(Гемофільна інфекція типу b) 90,  
209, 227

вакцина 84, 87, 703

HbA1c 672, 677

*Helicobacter pylori* 354**Л**LABA ( $\beta_2$ -агоністи тривалої дії) 661,  
663, 923, 924, 931**М***Mycobacterium tuberculosis* 705**Н***Naevus flammeus* (винні родимі  
плями) 170–171*Neisseria gonorrhoea* 153, 345, 413,  
497, 498, 773**Р***Pseudomonas aeruginosa* 234

**R**

RICE (метод) 553

*Rickettsia conorii* 298**S**SABA ( $\beta_2$ -агоністи короткої дії) 656,  
661, 662–663

SAMPLE (алгоритм) 797, 801

SCOFF (опитувальник) 618

*Shigella* 319, 324SOCRATES (аббревіатура для оціню-  
вання болю) 465*Staphylococcus aureus* 208, 234, 430,  
438, 506, 507*Streptococcus pneumoniae* 208, 506*Streptococcus pyogenes* 208, 241,  
419, 420, 430, 438, 442  
інфекції шкіри 430, 438, 442**T**

«Tache noire» 291, 299

*Toxoplasma gondii* 189*Treponema pallidum* 188, 773*Trichomonas vaginalis* 425, 773**Z**

Z-показник 22, 24

# Примітки

## СПИСОК МІСЦЕВИХ КОНТАКТІВ

Запишіть у таблицю відповідні контактні дані для ваших країни чи регіону:

Невідкладна допомога	КОНТАКТНІ ДАНІ (НОМЕР ТЕЛЕФОНУ ТА ЕЛ. ПОШТА)	
	Диспетчерська невідкладної допомоги	
	Токсикологічний центр	
	Гаряча лінія у випадках самогубства	
	Лікарня для направлення дитини	
Спеціалісти та координація	Офтальмолог	
	Кардіолог	
	Невролог	
	Отоларинголог	
	Стоматолог	
	Психолог	
	Психіатр	
	Хірург-ортопед	
	Спеціаліст із паліативної допомоги	
	Дерматолог	
	Дієтолог	
	Аптека	
	Лабораторія	
Мікробіологічна лабораторія		
Соціальні служби та служби захисту дітей	Служби захисту дітей	
	Притулки	
	Транспортні служби	
	Соціальні працівники	
	Соціально-педіатричний центр	
	Служби фінансової допомоги	
	Служби освіти	
	Юридичні консультації	
	Служби медичної допомоги вдома	
	Групи психосоціальної підтримки	
Лінія підтримки з питань охорони психічного здоров'я		
Реабілітація	Логопед	
	Фізіотерапевт	
	Дієтолог	
	Ортезист	
Інші		

# Шкала болю



0  
Не  
болить  
зовсім



2  
Трохи  
болить



4  
Болить  
трохи  
більше



6  
Болить  
іще  
більше



8  
Болить  
дуже  
сильно



10  
Болить  
нестерпно



0  
Болю  
немає

2  
Легкий  
біль

4  
Помірний  
біль

8  
Сильний  
біль

10  
Нестерпний  
біль

## ПРЕПАРАТИ ДЛЯ НЕВІДКЛАДНОЇ ДОПОМОГИ

**Епінефрин** (адреналін)

- ▶ **Анафілаксія:** 0,15 мл розчину 1:1 000 в/м (0,3 мл для дітей віком > 6 років)
- ▶ **Тяжкий круп:** 0,5 мл/кг розчину 1:1 000 через небулайзер (макс. 5 мл/дозу)
- ▶ **Зупинка серця:** 0,01 мг/кг (= 0,1 мл/кг розчину 1:10 000) кожні 3–5 хв в/в або в/к (макс. 1 мг = 10 мл/дозу)

**Глюкоза:** 3 мл/кг 10% розчину глюкози, швидко в/в

**Кисень:** починайте з потоку 1–2 л/хв (0,5 л/хв для новонароджених дітей молодшого віку) через назальні канюлі для забезпечення сатурації крові киснем на рівні 94–98%

**Налоксон:** 10 мкг/кг в/в (макс. 400 мкг/дозу)

**Діазепам** (при судомомах): ректально 0,5 мг/кг (макс. 20 мг/дозу); в/в: 0,2 мг/кг (макс. 10 мг/дозу)

**Мідазолам** (при судомомах): інтраназально/трансбукально або в/м 0,2 мг/кг (макс. 10 мг/дозу); в/в: 0,15 мг/кг (макс. 7,5 мг/дозу)

**Фенобарбітал** (при судомомах у новонароджених): 20 мг/кг в/в

**Леветірацетам** (при конвульсіях тривалістю > 20 хв): 40–60 мг/кг в/в (макс. 4,5 г/дозу) протягом 15 хв або **фенітоїн** 20 мг/кг в/в (макс. 1,5 г/дозу) протягом 20 хв

## НОРМАЛЬНІ ЗНАЧЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЖИТТЄДІЯЛЬНОСТІ

**Нормальні значення показників життєдіяльності (5-й — 95-й процентилі)**

Вік	Прибл. вага (кг) <sup>a</sup>	Частота дихання (вдихів/хв)	Частота серцевих скорочень (ударів за хвилину)	Систолічний артеріальний тиск (мм. рт. ст.) <sup>b</sup>
1 місяць	3–5	25–60	110–180	50–100
1 рік	10	20–50	100–170	70–105
2 роки	12	18–40	90–160	70–105
5 років	18	17–30	70–140	75–110
10 років	30	14–25	60–120	80–120
> 15 років	50	12–18	60–100	100–130

<sup>a</sup> Розрахункова вага для дітей віком ≥ 1 рік: (вік + 4) x 2

<sup>b</sup> Мінімальний систолічний артеріальний тиск (мм рт. ст.): 70 + (вік x 2)

Цей кишеньковий довідник призначений для використання лікарями, медсестрами та іншими медичними працівниками, відповідальними за надання допомоги дітям і підліткам на первинному рівні медичної допомоги. У ньому резюмовано рекомендації щодо лікування та направлення дітей і підлітків із поширеними скаргами й захворюваннями. Він також містить інформацію, що дозволить медикам первинної ланки координувати процес надання безперервної допомоги дітям та підліткам із довгостроковими захворюваннями, якими займаються спеціалісти. Діяльність із профілактики захворювань та зміцнення здоров'я у дітей від народження до підліткового віку включас визначення графіку та предмету планових профілактичних оглядів, сприяння розвитку в ранньому дитячому віці та спілкування на тему важливості здоров'я в підлітковому.

Мета цього кишенькового довідника — вдосконалити діагностику й лікування поширених захворювань у дітей і підлітків, ведення яких можна здійснювати амбулаторно. Він має допомогти у підвищенні ефективності використання лабораторної та іншої діагностики, основних ліків та обладнання. Для випадків, коли дитина потребує направлення, в ньому містяться посилення на інший, пов'язаний документ *Pocket Book of Hospital Care for Children [Кишеньковий довідник для надання стаціонарної допомоги дітям]*. Обидва документа мають зручний формат, який дозволяє застосовувати їх у щоденній практиці для проведення оглядів, лікування та консультування.

Рекомендації, викладені в цьому кишеньковому довіднику, є застосовними в усіх країнах Європейського регіону ВООЗ і можуть адаптуватися країнами відповідно до місцевого контексту. У ньому резюмована інформація з чинних настанов ВООЗ та інші доказові рекомендації. Детальну інформацію щодо доказів, на яких ґрунтується цей довідник, можна знайти на вебсайті Європейського регіонального бюро ВООЗ. Довідник регулярно оновлюватиметься мірою появи нових доказів.

Він дозволить медичним працівникам забезпечувати найвищу якість первинної медичної допомоги за рахунок зосередження на доказових практиках і профілактиці та, як результат, забезпечувати отримання дітьми і підлітками саме тієї допомоги, якої вони потребують, та уникати непотрібних втручань і госпіталізацій.

**За додатковою інформацією звертайтеся до:**

WHO Regional Office for Europe  
WHO Athens Quality of Care Office  
Ploutarchou 3 - 10675 Athens, Greece  
Tel.: +30 210 523 5480  
E-mail: euqualityofcare@who.int  
Website: [www.euro.who.int/en/QoC](http://www.euro.who.int/en/QoC)  
[www.euro.who.int/en/child-and-adolescent-health](http://www.euro.who.int/en/child-and-adolescent-health)

