

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний педагогічний університет
імені А.С. Макаренка

До 95-річчя
Сумського державного
педагогічного університету
імені А.С. Макаренка

Кондратюк С.М., Лянна О.В.

ОСНОВИ ПЕДІАТРІЇ

Навчальний посібник

2-е видання

перероблене і доповнене

СУМИ – 2019

УДК 616- 053.2 (075.8)

К 64

*Рекомендовано Вченою радою
Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка
(протокол № 4 від 25 листопада 2019 року)*

Рецензенти:

доктор педагогічних наук, професор Г. С. Тарасенко;
доктор педагогічних наук, професор І. П. Рогальська-Яблонська ;
кандидат медичних наук, доцент В. І. Котелевський.

Кондратюк С.М., Лянна О.В.

К 64 Основи педіатрії. 2-е вид., перероб. та доп. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільне навчання». – Суми: Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2019– 202 с.

Навчальний посібник рекомендований для підготовки фахівців за спеціальністю «Дошкільна освіта», складений відповідно до навчального плану. При його створенні враховано наробки низки дослідників з означених питань, нормативні документи: закони України «Про вищу освіту», «Про дошкільну освіту», Конвенція про права дитини та ін.

Матеріали посібника охоплюють широкий спектр проявів різних хвороб дітей дошкільного віку, гігієнічні основи організації життя дітей, особливості їх виховання і навчання в дошкільних закладах.

Навчальний посібник також буде в нагоді всім, хто цікавиться питаннями збереження здоров'я дітей.

УДК 616- 053.2 (075.8)

© Кондратюк С.М., Лянна О.В., 2019

© Вид-во СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2019

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА	4
РОЗДІЛ І. ПЕДІАТРІЯ ЯК НАУКА ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБИ ДИТИНИ	6
1.1. З історії розвитку педіатрії в Україні	7
1.2. Вікова періодизація та психофізична характеристика вікових періодів	14
1.3. порушення фізичного розвитку дітей	20
1.4. Функції та повноваження навчальних закладів системи дошкільної освіти	23
1.5. Особливості харчування дітей дошкільного віку	30
1.6. Поняття про здоров'я і хворобу	40
РОЗДІЛ 2. ХВОРОБИ СИСТЕМ І АПАРАТІВ ОРГАНІВ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	51
2.1. Захворювання опорно-рухового апарату	51
2.2. Патології серцево-судинної та лімфатичної систем	59
2.3. Хвороби органів дихання	66
2.4. Захворювання травної системи	77
2.5. Захворювання ендокринної системи	94
2.6. порушення статевого розвитку	100
2.7. Патології нервової системи у дітей	102
РОЗДІЛ 3. ІНФЕКЦІЙНІ ДИТЯЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ	113
3.1. Поняття про інфекційні хвороби. Особливості інфекційних захворювань. Імунітет, його види	113
3.2. Інфекції дихальних шляхів. Епідемічний паротит та отит у дітей	120
3.3. Інфекційні ураження центральної нервової системи	131
3.4. Захворювання на ВІЛ-інфекцію у дітей	139
3.5. Інфекційні захворювання шкіри	142
3.6. Інфекційні хвороби шлунково-кишкового тракту	152
ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК	164
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	172
ДОДАТКИ	177

ПЕРЕДМОВА

Висока стресогенність соціально-економічних факторів, несприятливі демографічні процеси в нашому суспільстві, а також негативний вплив екологічних факторів, умови і спосіб життя сімей супроводжуються різким погіршенням фізичного, соматичного та психосоціального стану здоров'я дітей. Саме тому збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління нині визнані проблемами загальнодержавного масштабу.

В Україні основні підходи до збереження і зміцнення здоров'я дітей визначені у Законі України «Про охорону дитинства», у Державних національних програмах «Діти України» та «Освіта» (Україна XXI століття), міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації», національній доктрині розвитку освіти України XXI століття. Так, основним завданням національної програми «Діти України» є «створення оптимальних умов для фізичного, психічного, соціального і духовного розвитку дітей, формування гармонійно розвиненої особистості, виховання громадянина, здатного до повноцінної життєдіяльності в усіх сферах виробництва, освіти, науки і культури».

Для успішного здійснення здоров'язбереження дітей, починаючи з раннього віку, майбутній вихователь повинен оволодіти знаннями з основ педіатрії, що і передбачено освітньо-професійною програмою підготовки бакалаврів спеціальності 6.010101 «Дошкільна освіта», де однією з провідних фахових дисциплін є «Педіатрія». Завданням цього навчального курсу є ознайомлення майбутніх вихователів з питаннями фізіології дітей раннього і дошкільного віку; гігієнічними основами виховання здорової дитини та загартовування її організму; основними захворюваннями, які часто зустрічаються у дітей раннього та дошкільного віку з метою своєчасного виявлення, надання невідкладної долікарської допомоги. Знання профілактичних заходів і їхнє повсякденне застосування дадуть можливість вихователю своєчасно виявити та ізолювати хвору дитину, сприятимуть зниженню захворюваності дітей, а також допоможуть правильно організувати навчально-виховну та оздоровчо-профілактичну роботу.

У процесі вивчення дисципліни студенти повинні знати всі необхідні нормативи та правила, дотримання яких забезпечить успішне проведення навчально-виховної роботи; анатоμο-фізіологічні особливості дітей

раннього та дошкільного віку; гігієну нервової системи, органів дихання, травлення, зору та ін.; знати про гігієну навколишнього середовища: природний і штучний мікроклімат, планування, будівництво й обладнання дошкільних закладів; гігієну предметів дитячого вжитку (іграшок, одягу, взуття, навчальних посібників, дидактичного матеріалу тощо) та ін.; раціональний режим життя різних вікових груп та фізичного виховання для збереження здоров'я дітей; гігієнічні основи харчування як джерела здоров'я та нормального фізичного розвитку; методи профілактики інфекційних хвороб для попередження їх виникнення та розповсюдження.

У навчальному посібнику «Основи педіатрії» описані основні закономірності фізичного та нервово-психічного розвитку дітей дошкільного віку; клінічне значення вікових анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму; семіотику синдромів ураження різних систем та найбільш поширених дитячих інфекційних захворювань; принципи раціонального вигодовування та харчування здорових дітей раннього віку відповідно до сучасних тенденцій нутриціології.

Пропонований навчальний посібник складено відповідно до діючої програми і містить зміст, передмову, основну частину, бібліографічний опис та додатки. Навчальний матеріал основного тексту посібника структуровано на розділи, назви яких відповідають назвам змістових розділів дисципліни «Педіатрія». Окрім переліку необхідної для засвоєння теми літератури, подано контрольні питання, тестові завдання та наведено термінологічний словник.

Посібник розрахований на студентів спеціальності «Дошкільна освіта», також буде в нагоді всім, хто цікавиться питаннями збереження здоров'я дітей.

РОЗДІЛ І

ПЕДІАТРІЯ ЯК НАУКА ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБИ ДИТИНИ

Кожний народ гідно живе і розвивається тільки у разі повноцінного забезпечення умов для росту і всебічного розвитку свого майбутнього – підростаючого покоління.

Педіатрія – галузь медицини, яка вивчає причини виникнення, механізм розвитку, особливості проявів, лікування і профілактики захворювань в період дитинства з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей організму дитини.

Основним завданням педіатрії є збереження або повернення (при хворобі) здоров'я дитині, що дозволяє їй максимально повно реалізувати свій природжений потенціал життя.

Умовно в єдиній практичній науці педіатрії виділяють: *профілактичну, клінічну, наукову, соціальну, екологічну педіатрію.*

Профілактична педіатрія – система заходів, що сприяють попередженню захворювань та інвалідизації (профілактичні щеплення, асептики, профілактика рахіту, скринінг-програми на виявлення спадкових захворювань, планові диспансеризації та ін).

Клінічна педіатрія має основним завданням діагностику, лікування і етапну реабілітацію хворої дитини.

Наукова педіатрія має завданням формулювання парадигм, якими керується на сучасному етапі лікар-педіатр у своїй практичній роботі.

Соціальна педіатрія розглядає два кола проблем: 1) оптимальна організація управління охорони здоров'я, в тому числі економіки і планування, 2) вплив соціальних факторів на здоров'я дітей; практика медичної допомоги, проведення профілактичних заходів, взаємовідносин між медиками та громадськими організаціями, фондами; медичну освіту і виховання населення.

Екологічна педіатрія вивчає вплив природних факторів на здоров'я дітей; кліматичних, географічних, а також шкідливих факторів навколишнього середовища в тому чи іншому регіоні (інсектициди, пестициди, фенол, діоксид, двоокис сірки, свинець, проникаюча радіація та ін.).

1.1. З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ

Початок розвитку педіатричних знань відноситься до глибокої давнини. Медичне обслуговування дітей проводилось з найдавніших часів існування людства на планеті. Пильна увага приділялась цьому питанню в часи Київської Русі, куди знання та досвід лікування та догляду за дітьми надійшли з Греції та Риму. Онука Володимира Мономаха Євпраксія займалася лікуванням при княжому дворі, вона написала книгу грецькою мовою, де виклала весь свій досвід з медицини, і яка, по суті є медичною енциклопедією. Книга охоплює питання терапії, фармакології, акушерства, проблеми новонароджених дітей. Ця праця зберігається у Флоренції.

Значну роль в історії української медицини загалом і педіатрії зокрема відіграв Києво-Печерський монастир, заснований у XI ст. преподобними Антонієм та Феодосієм. Перші ченці Печерського монастиря прийшли з Афонської гори, де за імператора Романа при монастирі була закладена святим Афанасієм «Лікарня хворих заради», і принесли з собою лікарські знання. Печерський Патерик доносить до нас відомості про кількох подвижників печерських, що уславилися своїм лікарським мистецтвом. Монастирська медицина породила перші на Русі лікарні. Найперші згадки про них належать до XI ст. У 1063 р. ігумен Києво-Печерської Лаври Феодосій Печерський (1036 – 1074) запровадив перший в Україні монастирський статут, який передбачав, зокрема, організацію при монастирях опікування хворих та калік.

До другої половини XIX ст. педіатрія розвивалась поряд з акушерством і гінекологією.

Засновником педіатрії, як окремої науки, вважається Степан Хомич Хотовицький (1796 – 1889 рр.), українець за походженням, професор медико-хірургічної академії у Петербурзі. Завдяки його наполегливим вимогам педіатрія була відокремлена від акушерства в окрему науку. У рукопису «Педіатрика» (1847 р.) С. Х. Хотовицький зазначав, що дитина – це не доросла людина в мініатюрі. Організм дитини суттєво відрізняється від організму дорослої людини не тільки розмірами, а й тим, що вона постійно росте, розвивається і вдосконалюється. Це мають урахувати не лише батьки та ті, хто доглядає за дитиною, а й хто досліджує її ріст і розвиток.

Видатним педіатром був також українець за походженням О. А. Кисіль, який народився в Києві (1859 – 1938 рр.) та закінчив Київський університет Св. Володимира. Він опублікував чисельну кількість

наукових праць (понад 600), де були висвітлені питання туберкульозу, ревматизму та інших інфекційних хвороб у дітей.

Боротьбу з дитячою смертністю і роботу щодо підготовки лікарів-педіатрів в Україні проводив професор І. В. Троїцький (1856 – 1923 рр.), який є автором 150 наукових праць і декількох підручників з педіатрії, історії педіатрії та дитячої гігієни. Його «Курс лекцій з хвороб дитячого віку» (1887 р.), по суті, був першим повноцінним підручником з педіатрії в Україні. Учений працював у галузі антенатальної профілактики, гігієни дітей, з'ясування етіології та патогенезу дитячих інфекційних хвороб. Він довів вплив соціально-економічних умов на розвиток рахіту і рівень дитячої смертності, а також необхідність заходів щодо охорони здоров'я матері для нормального розвитку дитини.

Значну роль у розвитку сучасної педіатрії в Україні відіграли вчені Т. Н. Сперанський, М. С. Маслов, О. Ф. Тур, О. М. Хохол та інші.

Значний внесок у розвиток педіатричної науки та вдосконалення медичного обслуговування дітей і майбутніх матерів належить Українському науково-дослідному інституту педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України. Він є провідним науковим закладом України, який протягом багатьох років здійснює організацію і координацію науково-дослідних робіт, спрямованих на вивчення проблем охорони здоров'я матері і дитини.

У сьогоденні перспективними напрямками наукових досліджень у педіатрії є:

- вивчення стану основних функціональних систем організму дитини, механізмів адаптації та адаптивну норму в дітей, в тому числі недоношених і підлітків у період постнатального онтогенезу, в різних соціально-екологічних умовах;

- наукове обґрунтування й розробка комплексних критеріїв оцінки стану здоров'я дітей, стандартизація протоколів комплексної оцінки стану здоров'я дитячого населення різних вікових груп і створення системи моніторингу здоров'я дітей у регіонах із різними соціально-економічними та екологічними умовами;

- обґрунтування епідеміологічних та клініко-статистичних показників для формування системи моніторингу стану здоров'я дітей, що визначають фактори його ризику;

- розробка комплексів біометричних показників (нервово-психічного розвитку, середніх статистичних показників фізичного

розвитку, периферичної крові, імунної системи тощо) для кожного критичного періоду розвитку дітей;

- оцінка особливостей фактичного харчування дітей критичних груп, його вплив на формування здоров'я дітей та показ його взаємозв'язку із розвитком поширених хвороб дитячого віку, а також розробка методів харчової та медикаментозної корекції недостатності харчування;

- вивчення факторів ризику розвитку соціально значущих хвороб і розробка нових профілактичних технологій, що забезпечать підвищення адаптаційних резервів дітей до несприятливих умов навколишнього природного та соціального середовища;

- розробка скринінг-програми виявлення вродженої, спадкової та набутої патології, а також комп'ютеризованих програм масових профілактичних оглядів дітей і підлітків;

- розробка нових алгоритмів діагностики й терапії різних захворювань періоду новонародженості, що передбачають зниження медикаментозного навантаження на недоношених дітей;

- наукове обґрунтування стандартів надання медичної допомоги та розробка протоколів діагностики й лікування соціально значущих захворювань дитячого віку;

- вивчення сучасної етіологічної структури інфекційної патології у дітей та розробка ефективних методів профілактики й лікування, приділення особливої уваги проблемі вакцинопрофілактики;

- сприяння розвитку нейропсихології раннього дитячого й підліткового віку, розвивання системи надання психологічної допомоги дітям і підліткам, створивши умови для формування їх соціально ефективного життєвого стилю;

- розробка наукових основ фізичного виховання, початкової, професійної освіти та підготовки до праці й служби в армії, а також створення стійкої системи управління здоров'ям дітей і підлітків у закладах освіти;

- розробка нових форм амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, нормативів, функціональних обов'язків діяльності лікаря-педіатра та удосконалення системи надання медичної допомоги дітям і підліткам;

- удосконалення системи додипломної та післядипломної підготовки спеціалістів у медичних та педагогічних вузах із проблем росту й розвитку здорової дитини, навчальних програм й посібників,

особливо для післядипломної підготовки, з питань профілактики, діагностики та лікування різних захворювань дитячого та підліткового віку, створення інформаційних та навчальних комп'ютерних систем з основних розділів педіатрії.

З 2012 року вперше в Україні впроваджується обов'язкова дошкільна освіта для дітей п'ятирічного віку. Важливим завданням реформи освіти є створення умов не лише для зміцнення інтелектуального потенціалу нації, а також і для збереження фізичного і психічного здоров'я кожної дитини. На сьогодні лише 2-5 % першокласників можуть бути визнані здоровими, 53-68 % мають різні функціональні відхилення, 30-42 % – хронічні захворювання.

Здоров'я нації визначається насамперед станом здоров'я її дітей. Дані численних досліджень показують, що витoki виникнення відмінностей у здоров'ї дорослих треба шукати в їхньому дитинстві. Здоров'я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства, а також тонким індикатором усіх соціальних та екологічних негараздів.

Останнім часом ситуація зі здоров'ям дітей наблизилась до критичної: підвищується рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань окремих органів і систем. Цьому сприяє зростання інтенсивності впливу на здоров'я дітей і підлітків факторів екологічного та медико-соціального ризику, погіршення структури харчування, зниження ефективності проведення традиційних профілактичних заходів. Важливою особливістю сучасності є стрімке зростання кількості та зміна співвідношення факторів ризику, які впливають на гомеостатичні, імунологічні показники, розвиток і стан здоров'я дитини.

У сучасних умовах стан здоров'я дітей має неабияке значення, оскільки саме від стану здоров'я підростаючого покоління залежить розвиток суспільства в майбутньому. Результати різноманітних досліджень свідчать про наявну тенденцію погіршення показників здоров'я дітей в Україні. Спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, зростає число дітей інвалідів. Викликає чималу стурбованість і той факт, що збільшується кількість дітей із розладами психіки та поведінки, відповідно зменшується група здорових дітей.

Це можна пов'язувати не тільки з погіршенням екологічної ситуації, зниженням рівня соціального забезпечення та медичної культури

населення, а і з недостатніми можливостями поширених методик оцінки стану здоров'я дітей для виявлення патологічних відхилень у дитини на донозологічному етапі. Наявність виражених несприятливих тенденцій у стані здоров'я підростаючого покоління зумовлює потребу у прийнятті якісно нових рішень під час організації та проведення медико-профілактичних заходів. Найбільш пріоритетним завданням сучасної педіатрії є розробка нових та удосконалення існуючих технологій щодо збереження здоров'я здорової дитини. Насамперед це пов'язано з тим, що, не вивчаючи ґрунтовно особливості стану здоров'я дітей у сучасних умовах, ми практично втрачаємо можливість ранньої профілактики його порушень.

У науковій літературі існує багато визначень поняття «здоров'я». Вперше офіційне визначення здоров'я подав Річард Сігеріст (США) на початку 1940 р.: «Здоров'я – це не просто відсутність хвороб: це щось позитивне, радість життя, бадьоре сприйняття особистістю всієї відповідальності, покладеної на людину життям». Він зазначав, що ми повинні сприймати здоров'я не тільки як фізичний чи душевний стан людини, але і як соціальне явище. Це надихнуло експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на визначення поняття «здоров'я» у контексті концепції Р. Сігеріста, що й було в 1946 р. прийнято як частину преамбули Статуту ВООЗ: «Здоров'я – це стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб».

Отже, здоров'я – це природний стан організму, який характеризується врівноваженістю його з навколишнім середовищем і відсутністю яких-небудь хворобливих станів, де врівноваженість організму із зовнішнім середовищем – це ступінь його пристосованості, адаптованості до умов біологічного та соціального середовища, дієздатності.

Такий підхід до характеристики здоров'я особливо важливий стосовно дітей, оскільки врівноваженість із зовнішнім середовищем забезпечує своєчасність росту та розвитку дитячого організму. Це дає можливість відвідувати дошкільні заклади і оволодівати знаннями та навичками, відповідними до віку дитини, без виникнення ознак дезадаптації.

У педіатрів завжди виникало питання стосовно критеріїв оцінки стану здоров'я дитини. Комплексне оцінювання стану здоров'я дитини – це інтегрований показник впливу на її організм як позитивних, так і негативних чинників. За даними відділення проблем здорової дитини

РОЗДІЛ 1

Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, найбільш суттєвими критеріями, що характеризують індивідуальне та колективне здоров'я дітей, є:

- досягнутий фізичний, нервово-психічний та інтелектуальний розвиток дитини, що відповідає її хронологічному віку;
- достатня функціональна та соціальна адаптація дитини в досить широкому діапазоні пристосування;
- високий ступінь резистентності до несприятливих впливів з оптимальною імунологічною реактивністю та швидким подоланням стресових реакцій;
- відсутність у дитини пограничних станів та ознак хронічних захворювань.

Характеристика здоров'я дітей більш складна у порівнянні з характеристикою здоров'я дорослого населення. Вона включає рівень фізичного, розумового, функціонального розвитку в різні вікові періоди, фізичну та нервово-психічну адаптацію до мінливих умов зовнішнього середовища, рівень неспецифічної резистентності та імунного захисту. Тому здоров'я дитини треба розглядати як відповідний біологічному віку стан життєдіяльності, гармонійної єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, що зумовлені генетичними факторами і впливом зовнішнього середовища, формуванням адаптаційно-приспосувальних реакцій у процесі росту.

На сьогодні неможливо зрозуміти та визначити якість здоров'я дитини окремо від її соціального стану, конкретного середовища та місця проживання. Вплив цих факторів протягом життя дитини змінюється. Тобто здійснюється складна і постійна взаємодія, коли в одних випадках переважає спадкова основа, в інших – вплив оточуючого середовища. Так, у перші місяці життя дитини переважають біологічні фактори, а в наступні вікові періоди – соціально-гігієнічні та медико-організаційні. Вплив біологічних та соціально-гігієнічних факторів на процес формування здоров'я дитини в основному залишається на рівні сім'ї.

За результатами проведених досліджень встановлено, що режим дня значної частки дітей старшого дошкільного віку не відповідає їх віковим потребам та характеризується переважно статичною діяльністю з сенсорним, статичним та інформаційним компонентом. Визначено, що лише 46,0 % дітей міських дошкільних навчальних закладів та 28,0 % – сільських мають задовільну соціально-психологічну адаптацію до умов

навчання. Порушення постави мають 67 % дітей дошкільного віку (з них сколіотичну поставу – 8,4%); плоску стопу – 36 %, зниження зору – 26 %, порушення бінокулярного зору – 8,7 %. Доведено, що умови та організація навчання впливають на загальну захворюваність дітей, гармонійність фізичного розвитку, формування склепіння стопи; умови та організація занять з фізкультури впливають на формування постави вихованців, гармонійність фізичного розвитку, формування склепіння стопи.

Встановлено, що збереження високого рівня розумової працездатності та віддалення розвитку стомлення серед дітей старшого дошкільного віку залежать від функціонального стану кардіореспіраторної системи, вегетативної нервової системи, опорно-рухового апарату та розвитку дрібної моторики. Це визначає спрямування підготовки дітей до школи в старших групах ДНЗ насамперед на підвищення резервів здоров'я дошкільників, розвиток у них дрібної моторики та координації рухів, формування правильної постави.

Отже, однією із важливих умов забезпечення здоров'я дошкільників є організація оздоровчого режиму дошкільного навчального закладу, який розробляють для кожної вікової групи з урахуванням корекції (за умов функціонування груп компенсуючого типу).

У Базовому компоненті дошкільної освіти – Державному стандарті дошкільної освіти України – «зведено норми і положення, що визначають Державні вимоги до рівня освіченості, розвиненості та вихованості дитини дошкільного віку; сумарний кінцевий показник набутих дитиною компетенцій перед її вступом до школи». Однією зі складових життєвої компетентності є, зокрема, здоров'язберігаюча компетентність. Процес формування всебічно розвиненої, здорової особистості на різних вікових етапах неможливий без постійного взаємозв'язку ДНЗ, сімейного та суспільного виховання.

Контрольні питання

1. Дайте визначення педіатрії як клінічній галузі медицини.
2. Назвіть видатних українських вчених-педіатрів.
3. Охарактеризуйте напрями досліджень у педіатрії: профілактичний, клінічний, науковий, соціальний та екологічний.
4. Назвіть етапи зародження педіатрії на українських землях.
5. Визначте перспективні напрями наукових досліджень у педіатрії.
6. Визначте чинники, які впливають на стан здоров'я дітей дошкільного віку в Україні.

Література

1. Регуш Л. А. Педагогическая психология / Л. А. Регуш. – СПб.: Издательский дом "Питер", 2011 – 414 с.
2. Полушкін П. М. Історія медицини: Конспект лекцій. [Текст]: навч. посіб. / Полушкін П. М. – Д.: РВВ ДНУ, 2000. – 52 с.
3. Майданник В. Г. Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні / В. Г. Майданник // Здоров'я України. – 2006. – № 8.
4. Ткаченко С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С. К. Ткаченко. – К.: «Вища школа», 1991. – 442 с.
5. Ткаченко С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики / С. К. Ткаченко, Р. І. Поцюрка. – К., 2009.

1.2. Вікова періодизація та психофізична характеристика вікових періодів

Віковий період – відрізок життя індивіда, який досягає певного ступеня розвитку і має характерні, відносно стійкі якісні особливості. Визначення періодів, стадій, фаз розвитку особистості необхідне для створення оптимальної системи навчання й виховання, використання в повному обсязі можливостей дитини на кожному віковому етапі.

Вікова періодизація є умовним поділом цілісного життєвого циклу на вікові періоди, що вимірюються роками. Відомо, що розвиток дитини відбувається за кілька періодів, які послідовно змінюють один одного. Цей процес є обов'язковим і передбачуваним. Оскільки не можна молодшого школяра повернути до дошкільного рівня розвитку, але можна передбачити, яким він стане у підлітковому віці. Критеріями їх визначення є системні суттєві якісні ознаки – психічні й соціальні зміни на певному етапі життя дитини.

У межах періоду відбуваються кількісні та якісні зміни психіки, що дає змогу виділити певні стадії, які послідовно змінюють одна одну. Тобто розвиток психіки людини має періодичний і стадійний характер. У межах стадій розрізняють менші часові відрізки розвитку – фази (наприклад, у періоді раннього дитинства виділяється стадія немовляти, а в межах цієї стадії – фаза новонародженості).

Важливе значення має розуміння зв'язку між періодами і стадіями розвитку, оскільки набуті знання і навички на попередній стадії переходять у наступну і використовуються в нових, складніших взаємовідносинах особистості із суспільним середовищем.

Здавна педагоги і психологи намагалися вирішити проблему визначення вікових періодів розвитку особистості. Зокрема, грецький філософ Аристотель (IV ст. до н. е.) зробив першу спробу визначити основні етапи розвитку людської психіки, вбачаючи в них повторення етапів родової еволюції органічного світу. Він розглядав цей процес як матеріалізацію природних можливостей, які згодом перетворюються на реальність і поєднують людину із зовнішнім світом. Аристотель розділив розвиток дитини на три періоди (по сім років кожен) назвавши їх відповідно: рослинний, тваринний, розумний.

Під впливом суспільних вимог до навчання й виховання молодого покоління визначний чеський педагог Ян-Амос Коменський (1592 – 1670) обґрунтував принцип «природовідповідності» процесу навчання, обстоював потребу вивчати природу дітей і молоді, їх вікові особливості, зважати на них під час визначення змісту і методів шкільного навчання. Своє розуміння вікових особливостей психічного розвитку дітей він застосував під час вироблення теорії навчання. Його вікова періодизація складається з чотирьох етапів (по шість років кожен): дитинство, отрочтво, юність, змужнілість. В основі її – особливості розвитку і виховання дітей відповідно до періодів шкільного навчання.

На сучасному етапі розвитку педагогіки існують різні підходи до визначення вікової періодизації: за психолого-педагогічними критеріями, що враховують характерні для кожного віку рівень розвитку, зміст і форми навчання й виховання, основну діяльність, відповідний їй рівень свідомості й самосвідомості особистості. Природною основою вікових особливостей розвитку є анатомо-фізіологічне дозрівання організму, його органів, центральної нервової системи, залоз внутрішньої секреції.

Цілком обґрунтованою вважається вікова періодизація В. Крутецького: новонароджений (до 10 днів); немовля (до року); ранній дитячий вік (1-3 роки); переддошкільний період (3-5 років); дошкільний (5-6(7) років); молодший шкільний (6(7)-11); підлітковий (11-15 років); вік старшокласників (15-18 років). Перехід від попереднього періоду до наступного часто має кризовий характер.

Вікова криза – нетривалий за часом (до 1 року) період розвитку людини, що характеризується бурхливими психологічними змінами.

Кризи проявляються в негативних симптомах поведінки, фактах важкої виховуваності, тимчасового зниження навчальної працездатності, маючи не тільки негативне, а й позитивне значення у розвитку

особистості. У дошкільному віці виділяють: кризу першого року життя, кризу трьох років, кризу 6-7 років.

Внаслідок багатьох причин розвиток дошкільнят відбувається по-різному, тому особистість кожної дитини поряд із загальними, типовими для певного віку має також індивідуальні риси. Здебільшого від них залежить ефективність виховних впливів. Тому вихователеві важливо знати риси, якості кожної дитини на певному етапі розвитку. Знаючи причини появи у дитини нових рис або якостей, педагог ефективніше вирішуватиме конкретні виховні завдання.

Отже, глибокі знання загальних закономірностей психічного розвитку дитини, чинників, що сприяють формуванню її особистості на різних вікових етапах, дають змогу вихователеві оптимізувати навчально-виховний процес.

Розвиток людини розпочинається ще до її народження і проходить такі етапи: зародження (утворення зі статевих клітин зародка), розвиток в організмі матері, народження дитини.

Пренатальна стадія. В організмі матері створюються оптимальні умови для розвитку зародка, які відповідають його фізіологічним особливостям, і в яких він найкраще захищений від температурних коливань, травм та впливу хвороботворних мікробів. Зародок із самого початку існування взаємодіє з організмом матері. У його розвитку реалізується спадково закріплена і передана в генах батьків програма побудови людського організму, систем його органів та їх функцій.

Період від запліднення яйцеклітини до народження дитини триває дев'ять місяців (280 днів). Розвиток дитячого організму протягом цього часу проходить дві фази: ембріональну (перші три місяці) та фетальну (від трьох місяців до народження). В ембріональній фазі людський зародок у стислі строки проходить скорочено основні стадії еволюції живих організмів – від одноклітинних істот до приматів. У фетальній стадії він стає плодом, набуваючи виразних людських рис у будові тіла, нервової системи. Швидко розвивається головний мозок. У його корі, утворення якої починається вже на восьмому тижні, після чотирьох місяців посилюється ріст зовнішнього її шару. Внутрішній шар росте повільніше, внаслідок цього утворюються борозни й звивини. Формуються інші шари головного мозку, утворюються механізми безумовних рефлексорних актів.

Протягом пренатального періоду всі життєві потреби дитячого організму забезпечує мати, її організм здійснює зв'язок плоду із зовнішнім середовищем. Уже на цьому етапі розвитку дитячого організму

виявляються різні рефлекторні акти і мимовільні рухи плода, зачатки тактильної, температурної, больової, вестибулярної, звукової, вібраційної, смакової, нюхової чутливості. При повторенні одного й того самого подразника реакція плода згасає.

Це свідчить про їх рефлекторну природу, про виникнення явищ внутрішнього гальмування у корі головного мозку плода. Експериментально доведено можливість утворення умовних рефлексів у плода та в недоношених дітей. Це означає, що в останні місяці свого утробного існування плід може не тільки реагувати на різні зміни середовища, а й переживати перші відчуття.

Постнатальна стадія – стадія немовляти, фаза новонародженості. У позаутробному житті дитини, а саме у першій стадії немовляти (від народження до року) виділяють коротку, але надзвичайно важливу фазу новонародженості (триває до чотирьох тижнів). Починається вона з акту народження – радикальної зміни способу життя дитини, перевірки її готовності до позаутробного існування, пристосування до нових умов. Відокремившись фізично від матері, немовля починає дихати легенями, отримуючи кисень з повітря, а не з крові матері, ззовні приймати їжу, перетравлювати її і виділяти непотрібні організму речовини. Протягом перших тижнів життя організм певною мірою адаптується до нового (сухішого, холоднішого, світлішого, різноманітно озвученого) середовища, в якому безупинно відбуваються зміни, часом різкі й несподівані. Новонароджена дитина має своєрідні анатомо-фізіологічні ознаки: вагу, довжину тіла, розвиток м'язів і кісток, нервової системи. Так, 70 % її тіла становить вода, вага – приблизно 3-3,5 кг, довжина тіла – 48-50 см. М'язи, зв'язки, кістки ще дуже слабкі, нервові механізми не сформовані. Проте нервова система дитини морфологічно (за зовнішнім виглядом, будовою) вже складена. Вага головного мозку становить приблизно 372-400 г. У корі великих півкуль є основні борозни й звивини, така сама кількість нервових клітин, що й у мозку дорослої людини. Проте більшість нервових провідних шляхів ще не покриті мієліновою оболонкою, наслідком чого є дифузний (розсіяний) характер усіх реакцій дитини. Нервові клітини головного мозку малої дитини мають ще невеликий потенціал працездатності, швидко втомлюються. Тому в перші тижні життя дитина майже увесь час спить. Активність її виявляється у вроджених чуттєвих і рухових реакціях.

Ранній дитячий вік (від одного до трьох років) – період істотних змін в анатомо-фізіологічному, психічному розвитку, спілкуванні з дорослими.

РОЗДІЛ 1

Розвиток психіки і пізнавальної діяльності. Цей період характеризується значним розвитком психічних процесів і пізнавальної діяльності дитини.

Психіка – здатність мозку відображати об'єктивну дійсність у формі відчуттів, уявлень, думок, інших суб'єктивних образів об'єктивного світу.

Психічні процеси – різні форми єдиного, цілісного відображення суб'єктом об'єктивної дійсності (відчуття, сприймання, пам'ять, уява, уявлення, мислення, увага, почуття, воля).

Основою розвитку психічних процесів у дитини є її власна активність, що виявляється в спілкуванні з дорослими, маніпулюванні предметами, самотійному пересуванні та ін. Рухаючись самотійно, дитина знайомиться з новими предметами, виявляє їх якості, створює їх цілісні образи. Тобто дії зумовлюють розвиток відчуття й сприймання.

Переддошкільний вік (від 3 до 5 років) має свої анатомофізіологічні особливості розвитку, особливості психіки і пізнавальної діяльності, особистісного формування дитини. У переддошкільному віці вдосконалюються сенсорні можливості дітей. Вони можуть добирати за зразком основні геометричні фігури з різного матеріалу, предмети основних кольорів та називати ці кольори. Протягом переддошкільного віку дитина навчається розрізняти всі спектральні кольори.

Дошкільний вік (від п'яти до шести років) – останній віковий період дошкільного дитинства. На п'ятому році характерний для переддошкільників швидкий ріст організму дещо уповільнюється і знову прискорюється наприкінці дошкільного дитинства. Середнє щорічне збільшення зросту дошкільника становить близько 6 см, дівчатка дещо випереджають хлопчиків. Щорічно вага дитини збільшується на 1,5- 2 кг, змінюються пропорції тіла, видовжується тулуб і особливо ноги.

Завдяки загальному фізичному розвитку дошкільників удосконалюються структура і функції мозку, відбуваються прогресивні зміни вищої нервової діяльності, для якої характерною стає особлива жвавість орієнтувальних реакцій. Розвивається умовне гальмування, посилюється регулятивний вплив кори великих півкуль головного мозку на функціонування підкірки, що зумовлює фізіологічну основу цілеспрямованості й організованості поведінки.

Функціональні зміни в роботі центральної нервової системи дитини пов'язані з морфологічними змінами в будові головного мозку, збільшенням його ваги, яка наприкінці шостого року досягає 1350 г (90 % маси мозку дорослої людини), розвиваються його функції. Ускладнюється

структура аналітико-синтетичної діяльності, розширюється сфера впливу словесних подразників, сигналів на розвиток діяльності дитини, що є передумовою психічного розвитку дитини.

Дошкільний вік – період засвоєння прикладу дорослих (норм, правил поведінки), формування механізмів особистісної поведінки, підкорення свого ставлення до речей та людей ідеальним зразкам, засвоєним від дорослих. Зазнає змін спілкування дошкільників з дорослими. Воно набуває нових форм: від зовнішнього контакту дитина переходить до свідомого й добровільного підкорення дорослому. Крім практичного спілкування з дорослими, виникає інтелектуальне співробітництво, що знаходить свій вияв у дитячих запитаннях. Прагнення до активного спілкування з дорослими виявляється у намаганні прилучити їх до власних переживань, почути думку про свої дії або обговорити чийсь вчинки. Отже, комунікативна діяльність розгортається на основі пізнавальних та особистісних мотивів і містить елемент ініціативи та самостійності.

Контрольні питання

1. У чому сенс знання вихователем вікових особливостей дітей?
2. Обґрунтуйте різні підходи до визначення вікової періодизації розвитку особистості.
3. Охарактеризуйте динаміку фізичного розвитку дітей дошкільного віку.
4. Які особливості розвитку психіки та пізнавальної діяльності дітей дошкільного віку у різні вікові періоди?
5. Які психофізичні новоутворення виникають у дітей дошкільного віку?

Література

1. Аршавський І. А. Основи вікової періодизації. – У кн.: Вікова фізіологія / І. А. Аршавський – Л.: Наука, 2005. – С. 60.
2. Денисенко Н.Ф. Організація методичної роботи з фізичного виховання дітей у дошкільному закладі освіти // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки. Вип. 21. – Київ–Запоріжжя, 2001. – С. 302-307.
3. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
4. Савчин М. В. Вікова психологія.: навч. посібник / М. В. Савчин, Л. П. Василенко. – К.: Академвидав, 2005. – 202 с.

1.3. ПОРУШЕННЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

У дошкільному віці закладаються основи гармонійного розвитку особистості, її фізичні досконалості – основи здоров'я, довголіття, формується багато рухових навичок, розвиваються фізичні якості (спритність, швидкість, сила та ін.). Своєчасне та успішне формування рухової функції людини, особливо в дошкільний період її життя, має першочергове значення для повноцінного фізичного розвитку.

Порушення фізичного розвитку дітей зустрічаються досить часто, оскільки дитячий організм дуже чутливо реагує на зміни оточуючого середовища. У результаті цього інтенсивність фізичного розвитку може суттєво змінюватися. Серед різних форм порушень фізичного розвитку, які викликають найбільшу увагу лікарів і батьків, важливе місце посідає затримка зросту.

Поширеність затримки зросту серед дітей та частота виявлення окремих її форм досить варіабельні. У нашій країні у 3,5 % дітей спостерігається затримка зросту, причому вона зустрічається у 2 рази частіше у міських школярів, ніж у сільських, у хлопчиків – в 1,5-2,5 рази частіше, ніж у дівчаток.

Епідеміологічні дослідження, проведені в інших країнах, показали, що затримка зросту зустрічається у 1-16 % дітей. Таке високе варіювання пов'язане з відсутністю єдиного методу оцінки довжини тіла і підходу до визначення межі між нормальним і низьким зростом.

Затримка зросту у дітей в багатьох випадках є поліетіологічною. Існує багато факторів, що регулюють процеси зросту (генетичні, середовищні, ендокринні, соціально-економічні та ін.). Інтенсивність їх впливу в різні періоди розвитку дитини неоднакова. Тому важливо встановити головну причину затримки зросту на момент обстеження, оскільки від цього залежить лікувальна тактика.

Вважають, що на затримку зросту у дітей впливають не менше 8 основних причин.

Умовно до першої групи причин затримки зросту належать діти з ендокринопатіями і ураженнями головного мозку, що спричиняють порушення функції гіпоталамусу, яке врешті-решт проявляється зміною секреції гормонів гіпофіза. Порушення процесу росту спостерігається також у хворих на цукровий діабет.

До другої групи належать спадкові захворювання, для яких затримка зросту є провідним симптомом і зберігається, не зважаючи на лікування.

Третю групу причин затримки зросту становлять хронічні захворювання різних органів та систем дитячого організму, які обумовлюють порушення росту скелета за рахунок порушення гемодинаміки. Тривалий перебіг деяких захворювань травного каналу, серця, нирок, печінки, легень та інших органів може бути причиною затримки розвитку у дітей.

Четверту групу становлять діти, у яких затримка зросту обумовлена порушенням всмоктування і засвоєння харчових продуктів, а також порушеннями обміну речовин.

До п'ятої групи належать діти з затримкою зросту спадково-конституціонального генезу. Для дітей цієї групи характерні пізні статеве дозрівання і типовий сімейний анамнез (низький зріст батьків).

Шосту групу становлять діти, причиною затримки зросту у яких є хронічна екзогенна інтоксикація свинцем, фосфором, вісмутом та іншими хімічними речовинами, що впливають на росткову хрящову тканину.

До сьомої групи причин затримки зросту у дітей належить кількісно недостатнє або якісно неповноцінне харчування, що призводить до білково-енергетичної недостатності, порушення обміну речовин і процесу росту.

До восьмої групи входять діти з так званою психосоціальною низькорослістю. Ця форма затримки зросту вивчена недостатньо. Поряд з наявністю великої кількості соматогенних факторів, що затримують зріст дитини (поганий догляд і харчування, частий травматизм, недостатнє лікування гострих і хронічних захворювань).

Найбільш поширеною формою затримки зросту у дітей є спадково-конституціональна, яка становить 6 %.

Даних літератури про поширеність серед дітей високорослих мало. У тих випадках, коли величина зросту перевищує, мають на увазі гігантизм. Високий (прискорений) зріст, який на +25 перевищує середні показники зросту, спостерігається у 6,5 % міських і 8,8 % сільських школярів.

Останнім часом у розвинутих країнах відмічається тенденція до збільшення кількості дітей з надмірною масою тіла (НМТ) усіх вікових груп. За даними ВООЗ, ожиріння зустрічається у 10-18 % дітей, причому 80 % дорослих хворіють на ожиріння з дитинства. Статистичні дані свідчать, що з кожним роком поширеність тучності серед дітей збільшується приблизно на 1 %.

Серед інших клінічних форм порушення фізичного розвитку дітей першого року життя важливе місце посідає гіпотрофія (зменшення ваги

РОЗДІЛ 1

відносно зросту). Серед дітей першого року життя гіпотрофія діагностується у 7,4-13,7 %. Але треба відзначити, що поширеність гіпотрофії, особливо її тяжких форм, в дитячій популяції останніми роками значно зменшилась.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте особливості фізичного розвитку дітей дошкільного віку.
2. Визначте показники комплексної оцінки фізичного розвитку дитини.
3. Поясніть причини змін основних антропометричних показників у дітей.
4. Дайте характеристику поняття «здоров'я» та параметри його оцінки.
5. Проаналізуйте основні порушення фізичного розвитку дошкільнят.
6. Запропонуйте інструментарій для антропометричних вимірів та соматоскопії.

Література

1. Вільчковський Е. С. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку : навч. посібник / Е.С. Вільчковський. О. І. Курок. – Суми : Університетська енига, 2008. – 428 с.
2. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку: Навч. посібник. / Е.С. Вільчковський. – Київ.: ІЗМН, 1998. – 94 с.
3. Глазырина Л. Д. Физическая культура – дошкольникам: Программа и программные требования. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 144 с.
4. Сависько А. А. Популяционно-генетические исследования детей, рожденных от ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, и их родителей / А. А. Сависько, В. Н. Чернышов, М. М. Батюшин // Дитина і суспільство: проблеми здоров'я, розвитку та харчування : I Конгрес федерації педіатрів країн СНД, 19 – 21 травня 2009 р. : тези доп. – К., 2009. – С. 121.
5. Шабалов Н. П. Детские болезни. – СПб.: Питер . – Т.1,2. 2004. – 648 с., 687 с.
6. Хвороби ендокринної системи у дітей. Сенаторова Г. С., Чайченко Т. В., Тельнова Л. Г., Гриф МОН України, 2012. – 61 с.

1.4. ФУНКЦІЇ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

Заклад дошкільної освіти є ланкою системи освіти та інституційною основою педагогіки і виконує такі функції:

- задоволення потреби громадян відповідної території в здобутті дошкільної освіти;
- забезпечення відповідності рівня дошкільної освіти вимогам Базового компонента дошкільної освіти;
- створення безпечних та нешкідливих умов розвитку, виховання та навчання дітей, режиму роботи, умов для фізичного розвитку та зміцнення здоров'я відповідно до санітарно-гігієнічних вимог та забезпечення їх дотримання;
- формування у дітей гігієнічних навичок та основ здорового способу життя, норм безпечної поведінки;
- сприяння збереженню та зміцненню здоров'я, розумового, психічного і фізичного розвитку дітей;
- здійснення соціально-педагогічного патронату, взаємодія з сім'єю;
- осередок поширення серед батьків психолого-педагогічних та фізіологічних знань про дітей дошкільного віку;
- тримання фінансової дисципліни, зберігання матеріально-технічної бази;
- здійснення інших повноважень відповідно до статуту дошкільного навчального закладу.

Режим роботи дошкільного навчального закладу незалежно від підпорядкування, типу і форми власності, тривалість перебування в ньому дітей встановлюються його засновником (власником) відповідно до законодавства України за погодженням з відповідними органами управління освітою та відповідними органами управління охорони здоров'я.

За бажанням батьків або осіб, які їх замінюють, у дошкільному навчальному закладі може встановлюватися гнучкий режим роботи, який передбачає організацію різнотривалого, цілодобового перебування дітей, а також чергові групи у вихідні, неробочі та святкові дні.

У дошкільному навчальному закладі незалежно від підпорядкування, типу і форми власності не допускаються створення і діяльність організаційних структур політичних партій та релігійних організацій.

Відповідно до потреб громадян України створюються такі заклади дошкільної освіти, де забезпечується догляд за дітьми, а також їх розвиток і виховання відповідно до вимог Базового компонента дошкільної освіти:

1. Заклад дошкільної освіти (ясла) для дітей віком від двох місяців до трьох років.

2. Заклад дошкільної освіти (ясла-садок) для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років.

3. Заклад дошкільної освіти (дитячий садок) для дітей віком від трьох до шести (семи) років.

4. Заклад дошкільної освіти (ясла-садок) компенсуючого типу для дітей віком від двох до семи (восьми) років, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації. Заклади дошкільної освіти (ясла-садок) компенсуючого типу поділяються на спеціальні та санаторні.

Комплектування спеціальних дошкільних навчальних закладів (груп).

Спеціальні заклади дошкільної освіти (групи) комплектуються для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку:

- з порушеннями слуху (глухих, зі зниженим слухом);
- з порушеннями зору (сліпих, зі зниженим зором);
- з порушеннями мови;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з розумовою відсталістю;
- із затримкою психічного розвитку.

До дошкільного навчального закладу (групи) для дітей з латентною туберкульозною інфекцією та вилікованих від туберкульозу зараховуються діти з такими діагнозами: з ранніми проявами туберкульозної інфекції, діти із контакту з хворим на активний туберкульоз та хворими на туберкульоз тваринами, інфіковані мікобактеріями туберкульозу з супутніми неспецифічними захворюваннями в фазі ремісії, після вилікування з приводу активного туберкульозу органів дихання та позалегенового туберкульозу (після стаціонарного і санаторного лікування, після вилікування з приводу туберкульозного менінгіту (після стаціонарного і санаторного лікування за відсутності порушень інтелекту) після оперативних втручань з приводу туберкульозу після вилікування та висновку відповідного спеціаліста про можливість відвідування дошкільного навчального закладу.

Санаторні заклади дошкільної освіти (групи) комплектуються для дітей, які потребують відновлення здоров'я, тривалого лікування та реабілітації:

- з латентною туберкульозною інфекцією та післявилікування від туберкульозу;
- з хронічними неспецифічними захворюваннями органів дихання;
- із захворюваннями серцево-судинної системи;
- із захворюваннями ендокринної системи;
- з хворобами органів травлення;
- з психоневрологічними захворюваннями.

Протипоказаннями для прийому дітей до дошкільних навчальних закладів (груп) компенсуючого типу є:

- усі хвороби в період загострення;
- хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, травлення та ін. у період декомпенсації, ендокринні захворювання, що потребують індивідуального догляду і лікування;
- інфекційні хвороби до закінчення строку ізоляції, бацилоносії дифтерії та кишкових інфекцій;
- період лікування заразних та паразитарних хвороб очей та шкіри;
- злякисні захворювання крові, недостатність кровообігу будь-якого ступеня;
- активні форми туберкульозу;
- часті судомні пароксизми (денні і нічні);
- психічні захворювання, що супроводжуються тяжким та глибоким недоумством та іншими важкими нервово-психічними розладами;
- різні форми енурезу, енкопрезу;
- психопатія і психопатоподібні стани різного характеру;
- венеричні захворювання;
- тяжкі вади опорно-рухового апарату, що унеможливають самостійне пересування та обслуговування.

Якщо в період перебування у дошкільному навчальному закладі (групі) компенсуючого типу у дитини будуть виявлені зазначені протипоказання, вона відраховується із закладу.

5. Будинок дитини – заклад дошкільної освіти системи охорони здоров'я для медико-соціального захисту дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, а також для дітей з вадами фізичного та (або)

розумового розвитку від народження до трьох (для здорових дітей) та до чотирьох (для хворих дітей) років.

Згідно з Законом України виділяють такі типи дитячих будинків-інтернатів:

I профіль – для вихованців з фізичними вадами і збереженим інтелектом дошкільного та шкільного віку, для яких самостійне пересування є значно утрудненим або неможливим, які частково себе обслуговують (змішані за статтю).

Відділення *II профілю* – для вихованців з помірною та глибокою розумовою відсталістю та психічними розладами, які можуть навчатись, самостійно пересуватись і обслуговуватись (розділені за статтю);

Відділення *III профілю* – для вихованців з глибокою розумовою відсталістю та психічними розладами, які можуть самостійно пересуватись і не можуть самостійно обслуговуватись (розділені за статтю);

Відділення *IV профілю* – для вихованців з глибокою розумовою відсталістю та психічними розладами, які мають складні фізичні вади, не можуть самостійно пересуватись (або пересуваються з утрудненням) та самообслуговуватись (змішані за статтю).

6. Заклад дошкільної освіти (дитячий будинок) інтернатного типу забезпечує розвиток, виховання, навчання та соціальну адаптацію дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, дошкільного та шкільного віку, які перебувають у родинних стосунках та утримуються за рахунок держави.

7. Заклад дошкільної освіти (ясла-садок) сімейного типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, які перебувають в родинних стосунках і де забезпечуються їх догляд, розвиток, виховання і навчання відповідно до вимог Базового компонента дошкільної освіти.

Виховний потенціал ясел-садків сімейного типу, як форми сімейного виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, має об'єктивні переваги перед іншими соціальними інститутами, перш за все інтернатного типу, виходячи із таких міркувань:

- природність процесу виховання;
- основою виховного впливу є емоційний контакт дитини з батьками-вихователями, який базується на довірі дітей до дорослих;
- виховання в малій групі найповніше відповідає вимозі поступового залучення дитини до соціального життя;
- комплексний підхід у вихованні;

- індивідуальний підхід до кожної дитини;
- взаємозацікавлений характер стосунків вихователів та вихованців.

Метою створення ясел-садків сімейного типу є забезпечення належних умов для виховання в сімейному оточенні дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Ясла-садки сімейного типу – окрема сім'я, що створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, які беруть на виховання та спільне проживання не менш як 5 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Батьки-вихователі – особи, які беруть на виховання та спільне проживання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Після прийняття рішення про створення ясел-садків сімейного типу батькам-вихователям надається позачергово індивідуальний житловий будинок або багатокімнатна квартира за нормами, встановленими законодавством. Надане в користування житлове приміщення повинне бути обладнане необхідними меблями, побутовою технікою та іншими предметами тривалого вжитку. Користування наданим житловим приміщенням здійснюється в порядку, встановленому законодавством для користування службовими приміщеннями. У разі зменшення кількості вихованців внаслідок вибуття їх за віком або з інших причин за згодою сторін угоди вирішується питання про поповнення ясел-садків сімейного типу новими вихованцями.

До ясел-садків сімейного типу в першу чергу влаштовуються діти, які перебувають між собою у родинних стосунках, за винятком випадків, коли за медичними показаннями або з інших причин вони не можуть виховуватися разом.

8. Заклад дошкільної освіти (ясла-садок) комбінованого типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, у складі якого можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного, фізичного розвитку.

9. Заклад дошкільної освіти (центр розвитку дитини), в якому забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші навчальні заклади чи виховуються вдома.

Перелік дошкільних навчальних закладів (ясел-садків) компенсуючого типу визначається спеціально уповноваженим

РОЗДІЛ 1

центральним органом виконавчої влади у галузі освіти і науки за погодженням із спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Для задоволення освітніх потреб громадян заклад дошкільної освіти може входити до складу навчально-виховного комплексу «заклад дошкільної освіти – загальноосвітній навчальний заклад», «загальноосвітній навчальний заклад – дошкільний навчальний заклад» або до складу об'єднання з іншими навчальними закладами.

Для задоволення освітніх, соціальних потреб, організації ранньої корекційної та лікувально-відновлювальної роботи при спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах), загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах) можуть створюватися дошкільні групи.

Для забезпечення реалізації прав дитини на родинні зв'язки при загальноосвітніх школах-інтернатах для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, можуть створюватися дошкільні відділення.

Для задоволення освітніх, соціальних потреб громадян можуть створюватися заклади дошкільної освіти з сезонним перебуванням дітей.

Комплектування груп дошкільного навчального закладу.

Групи у дошкільному навчальному закладі комплектуються за віковими, сімейними, родинними ознаками.

Наповнюваність груп у дошкільних навчальних закладах становить:

- для дітей віком до одного року – до 10 осіб;
- для дітей віком від одного до трьох років – до 15 осіб;
- для дітей віком від трьох до шести (семи) років – до 20 осіб;
- різновікові – до 15 осіб;
- з короткотривалим і цілодобовим перебуванням дітей – до 10 осіб;
- в оздоровчий період – до 15 осіб.

Засновник (власник) може встановлювати меншу наповнюваність груп дітьми у дошкільному навчальному закладі.

У дошкільних навчальних закладах, розташованих у селах, селищах, кількість дітей у групах визначається засновником (власником) залежно від демографічної ситуації.

Для дошкільного навчального закладу (ясел-садка) компенсуючого типу незалежно від підпорядкування і форми власності кількість дітей у групах визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі освіти і науки за погодженням із спеціально

уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я та спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі фінансів.

Статус дошкільного навчального закладу.

1. Заклади дошкільної освіти можуть бути державної, комунальної та приватної форм власності.

2. Статус державного має дошкільний навчальний заклад, заснований на державній формі власності.

3. Статус комунального має дошкільний навчальний заклад, заснований на комунальній формі власності.

4. Статус приватного має дошкільний навчальний заклад, заснований на приватній формі власності.

Контрольні питання

1. Підготуйте міні-доповідь «Сучасний заклад дошкільної освіти в Україні: успіхи, проблеми, недоліки».
2. Запропонуйте власну модель дошкільного навчального закладу.
3. Запропонуйте права і обов'язки сучасного вихователя ДНЗ.
4. Підготуйте переконливу промову щодо необхідності відвідування дитиною дошкільного навчального закладу.
5. Запропонуйте режим роботи вихователю у молодшій, середній та старшій групі.

Література

1. Доманова О. О. Нові форми дошкільної освіти / О. О. Доманова // Матеріали XII підсумкової науково-практичної конференції викладачів МДГУ : зб. наук. праць / за заг. ред. К. В. Балабанова. – Маріуполь : МДГУ, 2010. – 370 с. – С. 201–203.
2. Закон України «Про дошкільну освіту»// Збірник законодавчих і нормативних актів про дошкільну освіту. – Запоріжжя : ТОВ «ЛІПС. Лтд.», 2003. – 246 с. – С. 8–9.
3. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні : наук.-метод. посіб. – К. : Ред. Журналу «Дошкільне виховання», 2003.
4. Степанова Т. М. Еволюція змісту дошкільної освіти у другій половині ХХ століття : [моногр.] / Т. М. Степанова. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. – 184 с.

1.5. ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Харчування є основною біологічною потребою і однією з найвагоміших форм взаємозв'язку організму людини з навколишнім середовищем. У сучасних умовах продукти харчування можуть мати не лише корисний, але й негативний ефект, враховуючи забруднення навколишнього природного середовища токсичними речовинами антропогенного походження (солями важких металів, нітратами, нітритами, пестицидами, радіонуклідами тощо). Разом з їжею ці сполуки потрапляють в організм дитини. Багато з них дуже стійкі, можуть в організмі накопичуватися або перетворюватися в не менш або навіть більш стійкі похідні. Вони спричиняють гострі і хронічні отруєння, провокують виникнення тяжких ендонкологічних хвороб, а окремі – віддалені наслідки, уражають генетичний апарат і позначаються на здоров'ї нащадків.

Харчування є одним з найважливіших факторів, що забезпечують нормальний потік процесів росту і розвитку дитини, стійкість до впливу несприятливих умов, високий функціональний рівень провідних систем організму.

Раціональне харчування – це харчування здорових дітей, що повністю відповідає віковим фізіологічним потребам організму в основних речовинах і енергії.

Раціональне харчування – це правильно організоване своєчасне постачання організму поживної їжі, що містить оптимальну кількість різних харчових речовин, які необхідні для життя, росту і розвитку організму.

Раціональне харчування базується на таких законах:

1. Закон відповідності енерговитрат організму енергомісткості раціону.
2. Закон відповідності хімічного складу раціону фізіологічним потребам організму.
3. Закон збалансованості.
4. Закон тимчасового розподілу їжі.
5. Закон адекватності.
6. Закон естетичного задоволення.
7. Закон санітарної доброякісності та епідемічної безпеки їжі.

Найбільш фізіологічним, природним способом годування новонароджених є грудне вигодовування. Молоко матері має високі поживні якості, що добре засвоюється разом з тим, грудне молоко – готова їжа для немовляти, натуральна, стерильна та тепла. Біологічно активні

речовини, що містяться в грудному молоці (гормони, ферменти, імунні комплекси та чисельні регуляторні фактори), допомагають новонародженим швидше здолати пологовий стрес та краще адаптуватися до умов життя в новому для них оточуючому середовищі. Діти, які вигодовуються молоком матері, рідко хворіють, а якщо захворіли, швидко одужують. Ризик виникнення шлунково-кишкових, респіраторних та алергічних захворювань у них набагато менший, ніж у дітей, які вигодовуються штучними сумішами. Значно рідше випадки раптової смерті, менший ризик розвитку хронічних захворювань органів травлення та дихання, щелепних, стоматологічних та ортопедичних порушень, а в майбутньому й таких тяжких хвороб обміну речовин, як ожиріння, цукровий діабет і атеросклероз.

Загальне число годувань здорових новонароджених – 6 разів на добу з перервою вночі 6,5-6 год. Раннє годування має біологічне значення для дитини: поліпшує перебіг адаптивного періоду, сприяє ставленню місцевого і загального імунітету, формуванню фізіологічної мікрофлори кишок, знижує ризик раннього інфікування.

Далі режим вигодовування змінюють залежно від віку дитини. У перші 4-5 міс. дитину продовжують годувати 6 разів на добу, починаючи з 5 міс. і до кінця 1-го року – 5 разів на добу (через 4 години з перервою вночі 8 год.).

Визначення потреби в їжі. Новонароджені протягом 1-ї доби життя можуть висмоктувати за одне годування 5-12 мл молока, протягом 3-ї доби – 30-35 мл, 7-ї – 70-80 мл. Для розрахунку потреби в молоці на одне годування новонародженого в перші 7-8 днів життя використовують формулу:

$10 \times n$, де n – кількість днів життя дитини.

Харчування дітей віком від 1 до 3 років є перехідним від вигодовування до харчування дорослої людини. До травлення підключаються всі групи слинних залоз, зміцнюються всі шари стінок стравоходу, шлунка, кишок, збільшується місткість шлунка з 250 мл у однорічної дитини до 300-500 мл у дитини 3-го року життя. Травлення їжі завершується через 4 години після вживання.

До 2,5-3 років життя у дітей вже достатньо добре розвивається жувальний апарат – є 20 молочних зубів, 8 з яких прорізуються до однорічного віку, а 12 – після. Завдяки йому дитина вже може досить добре жувати їжу. Під час цього процесу інтенсифікується вироблення травних

РОЗДІЛ 1

соків, їжа краще засвоюється, тому дуже важливо своєчасно привчити дитину до жування. Для цього необхідно, звичайно, не поспішаючи, якомога раніше замінювати рідку й напіврідку їжу більш густою і твердою. Якщо дитину другого року життя не привчати споживати їжу, яка вимагає жування, в майбутньому маля, в зв'язку з цим, не буде виявляти особливого бажання щодо таких продуктів як свіжі фрукти, сирі овочі, м'ясо шматочками тощо.

Дітям раннього віку рекомендується режим харчування з чотириразовим прийманням їжі і чотиригодинним інтервалом між ними. Найліпшим часом для прийняття їжі є такий:

сніданок – 8.00 - 8.30;

обід – 12.00 - 12.30;

підвечірок – 16.00;

вечеря – 19.00 - 19.30.

Щоденно діти раннього віку повинні отримувати не менше 600 - 650 мл цільного молока, в тому числі кисломолочних продуктів, зокрема кефір. Найкориснішими є кисломолочні продукти, засновані на спеціальних заквасках, що містять біфідо- і лактобактерії, які володіють захисними функціями проти патогенних бактерій, дисбактеріозів (порушеної кишкової мікрофлори) та інших розладів травлення.

Частину питного прісного молока можна використовувати для приготування молочних страв (каші, пюре з картоплі та інших овочів з молочним соусом, макаронні вироби).

Раціональне харчування дітей 3-6 років має велике значення у формуванні здоров'я. У цей період продовжують вдосконалюватися функції шлунково-кишкового тракту (розміри шлунка, кишок, печінки, підшлункової залози). У цьому віці в дітей починається зміна молочних зубів на постійні.

Причиною розвитку захворювань дітей дошкільного віку може бути: порушення структури харчування і технології його приготування. Внаслідок чого виникають такі захворювання: хронічні захворювання шлунка, дванадцятипалої кишки, жовчовивідних шляхів. З'являються чинники ризику щодо формування дегенеративних хвороб елементарного походження, такі як ожиріння, порушення опорно-рухового апарату, карієс зубів.

Залежно від віку, діти повинні щодня одержувати певну кількість енергії, живильних, мінеральних речовин і вітамінів.

При кожному прийомі їжі варто вживати продукти із всіх чотирьох груп. Кількість їжі повинна бути достатньою. Не треба переїдати. Необхідно уникати штучних напоїв. Їжа повинна бути якісною й свіжою.

БІЛКИ – «цеглинки» для будівництва клітин. ЖИРИ – продовольчі й паливні склади. ВУГЛЕВОДИ – паливо для клітин.

Добова витрата енергії у дитини становить:

1-3 років - 1540 ккал,

4-6 років - 1970 ккал,

7 років - до 2000 ккал.

Харчування буде правильним, якщо: їжа різноманітна; дотримуються санітарно-гігієнічні правила готування їжі й зберігання харчових продуктів; регулярне приймання їжі; ураховуються національні, кліматичні й сезонні особливості; вага тіла відповідає віковим показникам.

Раціональний режим харчування, збалансованість раціону є основними умовами для нормального росту і розвитку та підвищення опору дитячого організму до захворювань.

Харчування дітей здійснюється відповідно до норм, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 22.11.2005 № 1591 «Про затвердження норм харчування у навчальних та оздоровчих закладах».

Режим харчування залежить від режиму роботи дошкільного навчального закладу і затверджується керівником закладу. Їжу видають дітям у суворо визначений час, чотири - п'ять разів на добу, з інтервалами у 3 - 4 години.

Для груп, які працюють менше 6 годин, організація харчування, його форми і кратність визначаються за домовленістю з батьками чи особами, які їх замінюють. Якщо діти перебувають у дошкільному навчальному закладі не більше 4 годин, то їх за бажанням батьків харчуванням можна не забезпечувати. Діти, які перебувають у закладі понад 4 годин, обов'язково забезпечуються харчуванням. При цьому режим харчування може бути одно- або дворазовий з інтервалами між прийомами їжі не більше 3-4 годин. Це може бути сніданок або обід, а також сніданок і обід.

При 10,5 і 12 годинному перебуванні дітей у закладі режим харчування повинен бути триразовим: орієнтовно для ясельних груп – сніданок 8.00-8.20, обід 11.30-12.00, вечеря 15.30-16.00; для дошкільних груп - сніданок 8.30-8.50, обід 12.30-13.00, вечеря 16.30-16.50.

При перебуванні дітей у дошкільному навчальному закладі понад 12 годин необхідно організувати обов'язкове чотириразове харчування, при цьому вечерю передбачити о 19.00-19.30.

Для дітей, які перебувають у закладі цілодобово (інтернатна група), перед нічним сном необхідно організувати додатковий п'ятий прийом їжі (склянка кефіру, ряжанки, нарини, йогурту з хлібом або печивом тощо).

У санаторних дошкільних навчальних закладах (санаторних групах) у залежності від профілю: а) для дітей, які часто і тривало хворіють; б) для дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту; в) для дітей, народжених від батьків, які постраждали під час аварії на Чорнобильській АЕС; г) для дітей дошкільних навчальних закладів компенсуючого типу (порушення фізичного та (або) розумового розвитку) режим харчування повинен бути 4-и або 5-ти разовим за призначенням лікаря.

Під час оздоровчого періоду необхідно організувати додатковий прийом їжі – другий сніданок з 10.00 до 11.00 у вигляді фруктів, соків, які видаються під час прогулянки.

Для організації оптимального питного режиму потрібно забезпечити дітей водою за індивідуальною потребою. Кип'ячену воду дають після охолодження до кімнатної температури. Її зберігають у добре вимитому посуді і міняють не рідше ніж один раз на добу.

Розподіл їжі за калорійністю протягом дня повинен бути таким: сніданок – 25 %, обід – 35 %, підвечірок і вечеря – по 20 %. Тривалість сніданку, підвечірку і вечері – по 20 хв., обіду – 25-30 хв. Об'єм їжі повинен відповідати віку дитини.

Вихователі, помічники вихователів, які беруть участь в організації харчування дітей, повинні бути ознайомлені з питаннями гігієнічного та естетичного виховання дітей. Починаючи з раннього віку дитини, необхідно приділяти увагу вихованню культурно-гігієнічних навичок під час вживання їжі. За дитиною необхідно закріпити постійне місце за столом, при цьому розмір стола та стільця підбирається відповідно до зросту дитини.

Перед кожним прийомом їжі стіл сервірують згідно з меню. З дворічного віку дітей привчають користуватися серветкою. На четвертому році життя навчають користуватися виделкою, а на п'ятому році – негострим ножем.

Дітей привчають сидіти за стіл охайними, з чистими руками, сидіти за столом правильно і користуватися столовими приборами (згідно з вимогами навчальної програми). Руки необхідно мити безпосередньо перед тим, як дітей садять за обідні столи, і після приймання їжі. З чотирирічного віку дітей навчають чергувати у групі під час приймання

їжі з використанням санітарного одягу (фартушки, косинки або ковпаки), сервірувати столи і збирати використаний посуд.

Дітям потрібно давати страви у тому вигляді, що допомагає процесу їх вживання: довгі макаронні вироби перед варінням переламують; мандарин, апельсин надрізають; хліб нарізають невеликими шматочками. Масло дітям молодшого віку намазують на хліб, старші діти роблять це самі.

Для частування дітей у дні народження, інші свята можна використовувати приготовлені у закладі пиріг, пиріжки або принесені батьками фрукти, ягоди, цукерки, печиво (промислового виробництва). З метою попередження захворюваності гострими кишковими інфекціями та харчових отруєнь дітей суворо забороняється приносити у заклад дошкільної освіти кремові вироби (торти, тістечка), морозиво, напої, у тому числі солодкі газовані тощо.

Для збереження апетиту не рекомендується годувати дитину вдома вранці, перед відвідуванням дошкільного навчального закладу. Винятком можуть бути яблуко, морква, овочевий сік у кількості 50-100 г. Якщо дитина поснідала вдома, її і не треба примушувати снідати вдрузе.

Раціональне харчування в дошкільному навчальному закладі передбачає обов'язкове складання меню.

Примірне двотижневе меню складається з урахуванням забезпечення сезонними продуктами: свіжими (консервованими, квашеними) овочами, ягодами, фруктами (сухофруктами), соками, варенням тощо. Як приправи і спеції у літній і зимовий періоди року дозволяється використовувати зелень петрушки, кропу, селери, цибулі, часнику тощо, лавровий лист, сік лимону або лимонну кислоту. Зелень може бути парниковою або вирощеною у відкритому ґрунті. У харчуванні дітей забороняється застосування оцту, натуральної кави, напоїв з неї.

Ураховуючи можливі перебої у постачанні продуктів харчування, у дошкільному навчальному закладі повинен бути двотижневий запас рибних, м'ясних консервів, молочних продуктів тривалого терміну зберігання, фруктів. Запас овочів у дошкільному навчальному закладі повинен бути не більше ніж на 20 діб, круп, бобових – 30 діб.

Консерви м'ясні, рибні та овочеві можуть використовуватися як виняток, при відсутності м'яса, риби, свіжих овочів, але тільки після їх термічної обробки при приготуванні перших і других страв. При цьому необхідно закуповувати натуральні консерви без додавання олії, томату, оцту. Із консервованих фруктових компотів промислового виробництва

РОЗДІЛ 1

можна готувати страви тільки після розведення та обов'язкового повторного кип'ятіння. У харчуванні дітей, крім свіжих овочів, рекомендується використовувати солоні (огірки, капусту, яблука). Для кожного конкретного дошкільного навчального закладу за погодженням з територіальною санітарною епідеміологічною станцією при наявності необхідних умов допускається заготівля овочів, зелені тощо – висушування, соління, квашення овочів без їх герметичного закупорювання.

Щодня на кожний наступний день відповідно до наявності продуктів харчування та з урахуванням примірного двотижневого меню, картотеки страв необхідно скласти меню-розклад. Меню-розклад складається окремо для двох вікових груп – дітей віком до 3 років та дітей віком від 3 до 6 (7) років відповідно до затверджених норм харчування.

Видача готових страв дозволяється тільки після зняття проби медпрацівником (лікар, медсестра, дієтсестра) або при його відсутності іншою особою, відповідальною за організацію харчування (вихователь, методист тощо), призначеною за наказом керівника закладу (кухар не може бути відповідальним за зняття проб). Медпрацівник або особа, відповідальна за організацію харчування дітей, знімає пробу безпосередньо з казана за 30 хвилин до видачі їжі для груп після рівномірного перемішування страви в об'ємі не більше однієї порції відповідно до переліку страв, які наведено у меню-розкладці, і за тієї температури, за якої уживається страв.

При цьому визначають фактичний вихід страв, їх температуру, смакові якості, консистенцію, запах. Кожну частину страви оцінюють за такими критеріями: готовність, форма нарізки, відповідність рецептурі (наявність складових частин страви, у тому числі моркви, цибулі тощо, в котлетах – хліба), наявність сторонніх домішок (погано перебрана крупа, погано почищені овочі тощо).

Зняттю проби не підлягають продукти промислового виробництва – сосиски, тверді сири, кондитерські вироби (цукерки, вафлі, печиво тощо), хліб, масло вершкове, фрукти, ягоди. Оцінюється тільки вага порції цих продуктів.

Щодня необхідно залишати добові проби кожної страви раціону. Добова проба страв є показником якості роботи кухарів закладу.

Проби страв кожного прийому їжі зберігаються протягом доби до закінчення аналогічного прийому їжі наступного дня, наприклад сніданок до закінчення сніданку наступного дня, обід до закінчення обіду наступного дня тощо.

Поруч з вікном видачі їжі з харчоблоку обов'язково вивішується графік видачі їжі та денне меню із зазначенням виходу кожної страви, яке завірене керівником і медичним працівником закладу. Перед харчоблоком і в групах повинні бути вивішені таблиці, в яких визначається об'єм порції, що мають отримати діти кожної з вікових груп.

З метою охорони здоров'я і життя дітей видача готових страв здійснюється безпосередньо після закінчення їх приготування та бракеражу готової продукції. Працівники груп у чистому санітарному одязі (халат, фартух, хустка), чистими руками доставляють їжу у групи лише у промаркованих, закритих кришками відрах і каструлях. Робота харчоблоку повинна бути організована так, щоб готові страви на останній прийом їжі видавались безпосередньо після їх приготування або проміжок часу між закінченням приготування страви та вживанням її дітьми не перевищував 30 хвилин.

Не дозволяється садити дітей за столи до закінчення сервірування. В ясельних групах годування дітей, які можуть їсти самотійно, організують так, щоб вони не чекали їжу. Їх годують невеликими групами, одночасно по 3-4 дитини за столом. Після вживання першої страви дітям необхідно відразу подавати другу страву тощо.

Велика кількість залишків їжі на тарілках (понад 15 % від об'єму порції) може свідчити про погане самопочуття дитини, низьку смакову якість страви, про нераціонально складене меню, помилки у режимі харчування (скорочені інтервали між прийомами їжі) тощо.

Для забезпечення дітей вітаміном С необхідно проводити обов'язкову С-вітамінізацію страв. За організацію проведення С-вітамінізації відповідають керівник, кухар та медичний працівник закладу. С-вітамінізація здійснюється аскорбіновою кислотою (пігулки, порошок), яку для попередження руйнування необхідно зберігати у темному прохолодному місці, у закритій тарі, під замком, при суворому дотриманні терміну придатності. Необхідно вітамінізувати перші або треті страви обіду (борщ, овочевий суп, компот, чай, кисіль). С-вітамінізація проводиться безпосередньо за 15 хвилин до видачі їжі при температурі страв не вище 45 - 600 С. Аскорбінова кислота вноситься з розрахунку: 30 мг для дітей віком до 1-го року, 35 мг – до 3-х років, 40 мг – від 3-х до 7-ми років.

В умовах ускладнення епідемічної ситуації: епідемія грипу, спалахи респіраторно-вірусних інфекцій в дошкільних навчальних закладах,

додаткову вітамінізацію необхідно проводити з жовтня або з моменту виникнення загрози розповсюдження захворювань. Полівітамінні препарати «Гексавіт», «Ундевіт», «Ревіт» тощо видають дітям віком від 2-х років за призначенням лікаря-педіатра. Полівітаміни дають під час сніданку чи обіду. При цьому С-вітамінізацію готових страв в цей час не відмінюють.

З метою підвищення ефективності вітамінізації необхідно нормалізувати функціональний стан мікробіоценозу організму, особливо у тих дітей, у яких були захворювання або порушення функції шлунково-кишкового тракту (гастрити, дискінезії жовчовивідних шляхів, холецистити, панкреатити, ентероколіти тощо). Для цього необхідно включати у раціони кисломолочні напої (кефір, наринне, ряжанка, йогурти тощо).

Добова норма харчування змінюється з віком дитини. Змінюється потреба в основних інгредієнтах і калоріях. Співвідношення між білками, жирами і вуглеводами має бути 1:1, 2:4 або 1:1:3.

Харчування дітей від 1-1,5 р.

Дитина отримує 5-разове харчування, але поступово зменшують до 4-разового. Загальний об'єм добового раціону повинен становити до 1100 мл. Дають житній хліб, каву з молоком, супи, салат з сирих овочів, вінегрет, пудинги і запіканки. Добовий набір продуктів повинен становити білка 45-50 г, жирів – 645-50 г, вуглеводів – 160 г, калорій – до 1300 г.

Харчування дітей від 1,5- 3 р.

Чотириразове харчування з загальним об'ємом до 1300-1400 мл., набір страв збагачується. Можна приготувати різні борщі, розсольники, використовувати різні негострі соуси і приправи. Об'єм молока в добовому раціоні повинен становити до 600-650 мл. Добовий раціон містить білків – 53-55 г, жирів 53-55 г, вуглеводів – 190-200 г, калорій – до 1600. Цим дітям можна давати яйця, домашній сир, молоко і кефір, кашу, хліб або булочки.

Харчування дітей від 3 до 7 р.

Чотириразове харчування з добовим об'ємом до 1800 мл. Сніданок включає до 23 % Ккал, обід – 35-40 % Ккал, полуденок – 10 % Ккал, вечеря 20-25 % Ккал. У меню можна додавати солені й гострі приправи. Дозволяють смажену картоплю, гуляш. Кількість білка в добовому раціоні має досягати до 63-65 % – у дітей 3-5 р. і 80 – у дітей 7 р. Аналогічно і кількість жирів, вуглеводів – до 230-320 в залежності від віку дитини, калорійність – до 2300 Ккал – у дітей 7 р. Цих дітей можна віддавати в дитячий садок. Їм можна давати домашній сир, сметану, яйця, хліб з маслом, булочки, молоко і квасне молоко, фрукти, різні овочі.

Лікувально-профілактичне харчування спрямоване на:

- унеможливлення проникнення шкідливих речовин з травного каналу у внутрішнє середовище організму людини, тобто зв'язування їх у шлунку або кишках;
- прискорення виведення шкідливих речовин із організму людини;
- підвищення загальної опірності організму до шкідливих чинників;
- захист окремих, найбільш уразливих, систем організму від шкідливої дії токсичних речовин;
- прискорення або, навпаки, уповільнення обміну токсичних речовин в організмі (з метою недопущення їх до внутрішнього середовища).

При організації лікувально-профілактичного харчування необхідно дотримуватися таких принципів:

1. Обмежувати кількість жирів, оскільки вони прискорюють всмоктування багатьох хімічних речовин, більшість з яких є жиророзчинними сполуками.

2. Лікувально-профілактичне харчування повинне бути забезпечене необхідною кількістю овочів та фруктів, які є джерелом багатьох водорозчинних вітамінів, каротину, мікроелементів, пектинових речовин та клітковини.

3. Лікувально-профілактичне харчування повинне мати лужну орієнтацію. Порушення кислотно-лужної рівноваги організму в бік ацидозу призводить до посилення надходження у кров шкідливих речовин, наприклад свинцю, а зсув у бік алкалозу сприяє затриманню та накопиченню в організмі багатьох шкідливих речовин. Лужні властивості притаманні молоку, молочним продуктам, овочам та фруктам.

4. Обмежувати вживання солі, оскільки вона сприяє затриманню рідини в організмі.

5. Лікувально-профілактичне харчування здійснювати на фоні загального раціонального харчування.

Контрольні питання

1. Назвіть шляхи впливу на здоров'я правильного харчування.
2. Які вимоги до організації режиму харчування дітей у дошкільних навчальних закладах?
3. Обґрунтуйте основні принципи лікувально-профілактичного харчування.

РОЗДІЛ 1

4. Запропонуйте, як підготувати дитину до харчування у дитячому садку (надайте низку рекомендацій батькам та вихователям відповідно до віку дитини).
5. Поясніть необхідність змінювати добову норму харчування з віком дитини.
6. Як відповідно до віку дитини змінюється потреба в основних інгредієнтах і калоріях?
7. Яка мета лікувальних дієт?

Література

1. Акопян Г. Р. Підручник: Медицина дитинства / Г. Р. Акопян, Ю. Г. Антипкін. – Київ : «Здоров'я», 1994. – 704 с.
2. Смоляр В.І. Сучасні проблеми дитячої нутриціології/ В.І. Смоляр // Проблеми харчування. – 2007. – №3. – С. 22-30
3. Гігієна харчування з основами нутриціології / За редакцією проф. В.І. Ципріяна. – К.: Медицина, 2007. – 544 с.
4. Коцур Н. І. Основи педіатрії і гігієни дітей раннього і дошкільного віку: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – XXI, 2004. – 576 с.
5. Інструкція з організації харчування дітей в ДНЗ (зі змінами від 26.02.2013 р.) – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0523-06>

1.6. ПОНЯТТЯ ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБУ

Здоров'я дітей – основа розвитку держави. Тому саме аспекти збереження здоров'я мають істотно більше значення в дитинстві, ніж у подальших вікових групах. Вчені стверджують, що за останні 5 років захворювання в Україні виросли на 25 %, інвалідність – на 21 %.

Здорова дитина – головна мета найближчого й віддаленого майбутнього будь-якої країни, тому що весь потенціал й економічний, і творчий, всі перспективи соціального й економічного розвитку, високого рівня життя, науки й культури – все це є підсумком досягнутого дітьми рівня здоров'я, фізичної й інтелектуальної працездатності.

Визначення поняття «здоров'я» є фундаментальною проблемою сучасної медико-біологічної науки. Оскільки це поняття має багато аспектів і обумовлене багатьма чинниками, то вимагає для свого розв'язання комплексного підходу. Всі добре уявляють собі, що «здоров'я – добре, а хвороба – погано». Пояснити сутність здоров'я складніше, ніж

сутність хвороби. Саме тому однозначного, прийнятного для всіх визначення поняття «здоров'я» поки що не існує. У преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) говориться, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте повне фізичне і душевне благополуччя може визначати лише ідеальне здоров'я, яке практично не зустрічається.

Вважається, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів. Тому основною ознакою здоров'я є здатність до значної пристосованості організму до впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Завдяки цьому здоровий організм може витримувати значні фізичні та психічні навантаження, не тільки пристосовуючись до дії екстремальних чинників зовнішнього середовища, але й повноцінно функціонувати в цих умовах. Отже, здоров'я доцільно розглядати і як здатність організму активно та повноцінно пристосовуватись до змін оточення. Можна сказати, що здоров'я – це здатність організму перебувати в рівновазі з оточенням.

Багато хто з вчених розглядає здоров'я як форму життєдіяльності організму, яка забезпечує йому необхідну якість життя і максимально можливу за даних умов його тривалість. Зрозуміло, що здоров'я – це похідне від численних впливів на організм, у тому числі природно-кліматичних, соціальних, виробничих, побутових, психологічних чинників, способу життя тощо.

Можна також сказати, що здоров'я – це функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства.

Стан здоров'я не є чимось статичним. Це динамічний процес, а, отже, стан здоров'я може покращуватись або погіршуватись. Кожна людина являє собою відкриту динамічну систему, тому існує широкий діапазон поняття «здоров'я» – від абсолютного здоров'я до граничних із хворобою станів.

Узагальнюючи всі наведені вище визначення поняття «здоров'я», доцільно сказати, що під здоров'ям треба розуміти процес збереження і розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, оптимальної

працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості активного життя.

Загального, прийняттого для всіх показника, за яким можна було б визначити рівень здоров'я чи його якості, немає. Результати будь-яких аналізів, дані будь-яких обстежень мають значний діапазон коливань в залежності від статі, віку, конституційного типу, функціонального стану організму, географічних та метеорологічних особливостей місця проживання, характеру та інтенсивності праці, способу життя, особливостей харчування та багатьох інших чинників. Функціональний стан організму та показники його діяльності змінюються у тої самої людини навіть протягом декількох годин (одразу після пробудження і після вставання з ліжка, до прийому їжі та після її прийому тощо).

Особливого значення набуває питання збереження здоров'я дітей, починаючи з дошкільного дитинства. Здоров'я – це базова цінність і необхідна умова повноцінного психічного, фізичного і соціального розвитку дитини. Не створивши фундамент здоров'я в дошкільному дитинстві, важко сформувати здоров'я в майбутньому.

Дошкільне дитинство – період інтенсивного росту і розвитку організму і підвищеної його чутливості до впливів природного і соціального середовища, в тому числі до профілактичних та оздоровчих заходів, що проводяться в дитячому саду. Ефективність цих заходів багато в чому залежить від того, наскільки природні і адекватні умови життєдіяльності дитини в дошкільному навчальному закладі відповідають закономірностям формування його організму.

У Базовому компоненті дошкільної освіти, редакція 2012 року, у змісті освітньої лінії «Особистість дитини» йдеться про необхідність формування у дитини усвідомленого ставлення до здоров'я як до цінності, його значення для повноцінної життєдіяльності, необхідність оволодіння елементарними знаннями про основні чинники збереження здоров'я.

Одним з головних завдань дошкільного навчального закладу має стати створення умов, що гарантують формування і зміцнення здоров'я вихованців.

Для цього традиційно виділяють такі компоненти здоров'я:

- психічне здоров'я;
- соціальне здоров'я;
- фізичне здоров'я.

Неможливо працювати над зміцненням і формуванням лише однієї складової здоров'я. Людина може бути здоровою тільки при наявності всіх компонентів здоров'я, розвинених на достатньому для її віку рівні.

Відомо, що здоров'я, більш ніж наполовину, залежить від способу життя, на чверть – від навколишнього середовища і набагато менше воно пов'язане зі спадковістю і станом охорони здоров'я в державі.

Компонентами (складовими) здорового способу життя є:

- правильне харчування;
- раціональна рухова активність;
- загартовування організму;
- якісний і кількісний сон;
- збереження стабільного психоемоційного стану.

Початкові знання та навички з цими складовими повинні закладатися в основу фундаменту здорового способу життя (ЗСЖ) дитини.

Формування основ здорового способу життя дошкільників забезпечує високий рівень реального здоров'я вихованців та виховання валеологічної культури, тобто сукупність усвідомленого ставлення до здоров'я дитини, знань про здоров'я і умінь оберігати, зберігати і підтримувати його.

Умови дитячого саду повинні відповідати віковим потребам зростання і розвитку дитини та забезпечувати її гармонійний розвиток, навчання і виховання.

Отже, створення традицій ЗСЖ – це те, що повинно лежати в основі валеологічної роботи в дошкільних навчальних закладах, і те, до чого потрібно прагнути в кінцевому результаті.

Навколо дітей з самого раннього дитинства необхідно створювати таке навчально-виховне середовище, яке було б насичене атрибутами, символікою, термінологією, знаннями, ритуалами і звичаями оздоровчого характеру. Це призведе до формування потреби вести здоровий спосіб життя, до свідомої охорони свого здоров'я та здоров'я оточуючих людей, до оволодіння необхідними для цього практичними навичками і вміннями.

Захворюваність дітей, що відвідують дошкільні установи, продовжує залишатися високою й має тенденцію до збільшення. Особливу тривогу викликають дані досліджень про поширення серед дошкільників різних форм ортопедичних порушень, у тому числі порушень постави, які становлять близько 70 % від числа всіх захворювань.

Здоров'я і хвороба є формами життя з усіма притаманними їм різноманітностями. Основною характеристикою здоров'я є можливість пристосування організму до змін навколишнього середовища. Однак адаптація організму до шкідливих дій на нього не є безмежною. Стан здоров'я може переходити у передпатологічний стан. Якщо організм справляється з ним, то здоров'я відновлюється. У тому випадку, якщо пристосувальні та захисні сили організму виявляються недостатніми, його функції порушуються і виникає хвороба.

Головним біологічним призначенням хвороби є мобілізація захисних та пристосувальних механізмів організму. При захворюванні діє одночасно фактор, що його викликає, та захисна реакція організму. *Хвороба* – це боротьба факторів, що пошкоджують організм, з його захисними силами. Боротьба, в якій захисні сили перемагають хворобу, або тривалий час стримують розвиток патологічних процесів, чи капітулюють, тоді і хвороба розвивається поступово, або катастрофічно швидко.

Хвороба – це порушення нормальної життєдіяльності організму під впливом надмірних подразників, в результаті чого знижується його пристосувальні можливості.

Хвороби є основною причиною того, що більшість населення Землі помирає передчасно. Середня біологічна тривалість життя людини становить близько 90 років, тоді як середня фактична тривалість життя людей у розвинутих країнах – 74 роки, а в країнах, що розвиваються – 56 років. Отже ми не доживаємо 26 років до середньої біологічної тривалості життя.

Хвороб існує багато. На сьогодні відомо близько 10 тис. захворювань і понад 100 тисяч їх ознак. Для кожної епохи характерні свої захворювання. У наш час найбільшою проблемою є хвороби цивілізації – атеросклероз, ішемічна робота серця, ожиріння, діабет, нервово-психічні розлади. Психосоматичні захворювання є найбільш розповсюдженими в наш час, від яких передчасно старіють і помирають люди.

В основу класифікації хвороб взяті такі *критерії*:

Етіологічна класифікація оснований на наявності загальної причини для групи захворювань. Наприклад, хвороби інфекційні і неінфекційні. За цим же принципом можна згрупувати хвороби, причиною яких є інтоксикація (харчова, професійна), генні і хромосомні мутації (спадкові хвороби) та інші.

Топографо-анатомічна класифікація складається за органом принципом: хвороби серця, нирок, нервової системи і тому подібне. Вона

зручна практично. Крім того, вона відповідає сучасній спеціалізації лікарської допомоги. Вона поєднується з класифікацією за функціональними системами: хвороби системи крові, системи травлення, опорно-рухового апарата тощо.

Класифікація хвороб за віком і статтю. Розрізняють дитячі хвороби, хвороби старечого віку, хвороби жіночих статевих органів.

Екологічна класифікація хвороб виходить із умов існування людини – температури повітря, атмосферного тиску, сонячного освітлення.

Класифікація за наявністю загального патогенезу: алергічний, запальні хвороби, пухлини, шок, гіпоксія.

Кожна хвороба – страждання всього організму незалежно від розповсюдження пошкодження органів і тканин. У той же час існує певна локалізація і обмеженість патологічних змін, які властиві більшості захворювань.

Крім того, виникнення захворювання пов'язано із комплексом причин. Для маніфестації захворювання має значення реактивність організму людини в даний момент, його спадковість, конституціональні особливості та шкідлива для організму дія зовнішнього середовища. Однак в комплексі причин, що викликають захворювання, завжди є одна – основна причина, наприклад туберкульозні бактерії є основною причиною захворювання на туберкульоз. Однакові за силою причини не завжди викликають однаковий патологічний процес.

Причини захворювання поділяються на дві групи: зовнішні і внутрішні. Зовнішніми причинами хвороби можуть бути: аліментарний фактор, що характеризується порушенням режиму харчування (переїдання, недоїдання); фізичні (дія високої чи низької температури; атмосферний тиск тощо); хімічні (отрути); механічні (рани, розтягіння, переломи, струси тощо); біологічні (бактерії, віруси); психічні фактори, які лежать в основі неврозів, психічних розладів та психосоматичних хвороб (виразка шлунково-кишкового тракту, стійкі гормональні порушення; соціальні фактори, які визначають суспільне середовище людини (забруднення зовнішнього середовища, гіпокінезія, падіння моральних підвалин).

Внутрішні причини захворювань пов'язані з: спадковістю – порушеннями хромосомного апарату, які характеризуються структурними або кількісними його змінами (дальтонізм, гемофілія); конституцією людини, яка визначає її генетичний потенціал і, таким чином, схильність до певного захворювання (цукровий діабет, гіпертонія); особливостями

РОЗДІЛ 1

внутрішньоутробного розвитку, які обумовлюють вроджені хвороби (косолапість, дисплазія кульшового суглоба).

Відомо, що у 70 % виникнення хвороб залежить від способу життя самої людини: шкідливих звичок, порушення санітарно-гігієнічних норм, режиму праці і відпочинку, харчування, забруднення довкілля тощо. Найбільш розповсюдженою причиною психосоматичних хвороб є переоцінка власних можливостей, спроба підняти соціальний вантаж, який закінчується «психічною грижею». Отже, хвороба, як правило, є наслідком спотвореного, нездорового способу життя.

Категорія «хвороба» має досить конкретний характер та визначається особливостями патологічного процесу, стадією його розвитку, характером протікання, симптомами тощо). *Схема визначення хвороби наступна:*

- *анамнез* – містить отримання даних про виникнення і розвиток хвороби. Це є відповіді на запитання: коли почалося, на думку хворого, захворювання, як воно почалося і з яких причин, як перебігало до моменту звернення у лікарню, чи застосовувалося лікування і яка його ефективність;
- *етіологія* – причина виникнення хвороби;
- *патогенез* – механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму;
- *симптоми (клініка, ознаки)* – будь-яка відчутна зміна в організмі або його функціях, виявлена на підставі скарг хворого (суб'єктивний симптом) або виявлена при дослідженні лікарем (об'єктивний симптом).

При захворюванні людини в її організмі відбуваються патологічний процес, який характеризується тривалими реакціями органів систем, які виходять за межі фізіологічних норм і можуть залишати структурно-функціональні їх порушення.

За швидкістю розвитку та тривалістю протікання розрізняють гострі і хронічні хвороби. Гострі хвороби характеризуються швидким розвитком та важким її протіканням. До них належить низка інфекційних хвороб. Хронічні захворювання характеризуються поступовим розвитком, який може тривати роками з чергуванням періодів прогресування та загострення і періодами затухання та ремісії. Одне і те ж саме захворювання може мати гострий або хронічний характер, наприклад, бронхіт. Захворювання може розпочатися як гостре, а потім перейти у хронічну форму. І, навпаки, хронічне захворювання може загостритись під дією негативних чинників зовнішнього середовища.

У розвитку захворювання розрізняють 4 періоди.

Перший період – скритий, або *латентний* – період між дією причини та проявом перших ознак хвороби.

Другий період – *продромальний*, який характеризується проявом неспецифічних симптомів, що властиві багатьом захворюванням – головний біль, погіршення апетиту тощо.

Третій період – *повного розвитку*, який характеризується типовими симптомами конкретного захворювання з проявом специфічних симптомів.

Четвертий період – *завершення хвороби* з: повним одужанням (організм переходить у стан, що був до захворювання); переходом у хронічну форму; одужанням із залишковими явищами (коли в організмі залишається тривалий патологічний слід функціонального характеру, наприклад запальний процес в нирках після грипу); стійкими патологічними змінами (змінами морфологічного характеру, наприклад, вада серця після ангіни).

Якщо до основного захворювання додається хвороба, яка відрізняється від нього своїми симптомами, то це називається ускладненням хвороби.

Патологічний процес – це поєднання місцевих і загальних реакцій, які виникають в організмі у відповідь на пошкоджуючу дію хвороботворчого агента. Розвиток патологічного процесу залежить як від етіологічного фактора, так і від реактивних властивостей організму. Це поєднання процесів руйнування (пошкодження) і захисних компенсаторних реакцій, які виникають на різних рівнях організму під дією патогенного чинника.

Патологічний процес може розвиватись на молекулярному, клітинному, тканинному, органному і системному рівнях. Якщо патологічний процес охоплює організм в цілому, тобто порушує його життєдіяльність, то він перетворюється на хворобу. Тому патологічний процес – це не обов'язково хвороба, але не може бути хвороби без патологічного процесу.

Патологічні процеси можуть бути типовими, вони протікають однаково при різних патогенних впливах, в різних органах і в різних організмах. Прикладами таких процесів можуть бути запалення, гарачка, пухлинний ріст, місцеві розлади кровообігу, гіпоксія.

Патологічний стан – це патологічний процес, який розвивається більш повільно. При цьому порушення залишаються незмінними протягом тривалого часу (роки, десятиріччя). У широкому розумінні патологічний стан – це сукупність патологічних змін в організмі, які виникають

РОЗДІЛ 1

внаслідок розвитку патологічного процесу. У вузькому розумінні слова – це стійке відхилення від норми, яке має негативне біологічне значення для організму (рубець, втрата зубів). Патологічний стан часто є наслідком патологічного процесу. Можливий і зворотній перехід патологічного стану в патологічний процес.

Патологічна реакція – це неадекватна і біологічно недоцільна відповідь організму або його систем на дію звичайних або незвичайних подразників. Патологічна реакція завжди є руйнівним елементом патологічного процесу.

Можливі наступні наслідки хвороб: видужання (повне і неповне), рецидив, ремісія, ускладнення, перехід у хронічну форму, смерть.

Видужання – це процес, який веде до усунення порушень, викликаних хворобою, і відновлення нормальних співвідношень із середовищем, для людини – перш за все до відновлення працездатності. Повне видужання – це стан, при якому зникають всі ознаки захворювання і організм повністю відновлює свої пристосовні можливості. При неповному видужанні наявні наслідки хвороби. Вони залишаються надовго або назавжди. Видужання забезпечується терміновими і довготривалими захисно-компенсаторними реакціями організму.

Ремісія – це тимчасове покращення стану хворого, яке проявляється сповільненням або призупиненням прогресування хвороби, частковим зворотнім розвитком або зникненням клінічних проявів патологічного процесу.

Рецидив – це новий прояв хвороби після уявного або неповного її припинення.

Ускладнення – це вторинний по відношенню до наявної хвороби патологічний процес.

Перехід в хронічну форму означає, що хвороба протікає повільно з тривалими періодами ремісії (місяці і навіть роки). Так, в старості численні хвороби набувають хронічного характеру (хронічна пневмонія, хронічний коліт).

Термінальні стани – це пограничні між життям і смертю стани. До них відносяться стан вмирання, який включає декілька стадій: преагонію, агонію, клінічну смерть, біологічну смерть.

Преагонія характеризується глибокими порушеннями життєвоважливих функцій організму різної привалості (години, доби). У цей період спостерігається задишка, зниження артеріального тиску, затьмарення свідомості. Поступово преагонія переходить в агонію.

Агонія – характеризується поступовим виключенням всіх функцій організму. Тривалість агонії – дві-чотири хвилини, інколи більше.

Клінічна смерть – це такий стан, коли всі видимі ознаки життя уже зникли (припинилось дихання і робота серця, але обмін речовин ще триває). На цьому етапі життя може бути відновленим.

Біологічна смерть – характеризується незворотними змінами в організмі.

У процесі вмирання проходять характерні зміни обміну речовин, поглиблюється кисневе голодування. Окислювальні шляхи метаболізму блокуються, організм отримує енергію за рахунок гліколізу. Наступає клінічна смерть. Зупиняється дихання, кровообіг, зникають рефлексії, але обмін речовин на дуже низькому рівні продовжується. Цим пояснюється зворотність процесу клінічної смерті. У цьому періоді можливе оживлення.

До внутрішніх чинників ризику захворювань відноситься генетичний ризик. Багато захворювань мають спадкову природу. Сукупність генів, тобто генотип, одержаний від батьків, містить в собі як нормальні, здорові гени, так і патологічно змінні. Крім того, протягом життя людини можуть відбуватися зміни в генах – мутація. Все це являє собою генетичний ризик. Нині відомо близько 3000 спадкових захворювань і генетично детермінованих синдромів.

Мутації можуть виникати як в статевих, так і соматичних клітинах. Ті, що виникають у статевих клітинах, передаються особам наступного покоління і виявляються у клітинах нащадків, які стали їх носіями. Так виникають спадкові хвороби, які поділяються на хромосомні і генні.

Соматичні мутації можна виявити лише в потомстві відповідної мутантної клітини і то лише за умови, що вони перешкоджають клітині здійснювати її специфічні функції.

У минулому вважали, що спадкова ознака не піддається кореляції, а тому лікувати спадкові хвороби безперспективно. Помилковість цих тверджень стала очевидною тоді, коли були з'ясовані глибинні механізми спадкової патології: формування спадкової ознаки можна відкоригувати, впливаючи на всіх рівнях на гени, але теоретично найбільш повним був би вплив на рівні генного матеріалу, тобто ДНК. Цим займається генна інженерія.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте загальне вчення про хворобу.
2. Поясніть роль спадковості, конституції, віку та статі у виникненні захворювань.

3. Надайте загальну класифікацію захворювань.
4. Поясніть основні причини, ознаки хвороби.
5. Назвіть стадії хвороби.
6. Визначте дитячі захворювання, які найчастіше зустрічаються в Україні.

Література

1. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку. – К., 1998.
2. Вільчковський Е. С., Курок О. І. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку: Навч. посіб. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2019. – 466 с.
3. Інструкція про організацію проведення щорічного оцінювання фізичної підготовленості осіб на добровільних засадах (ММС, від 24.10.18). Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1207-18>
4. Денисенко Н. Впровадження програми з валеології / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. – 1998. – № 9.
5. Денисенко Н. Оздоровчі технології – в освітній процес / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. – 2009. – № 9. – С. 7–9.
6. Ермолаев Ю. А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 2001. – 444 с.
7. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. – Х. : Вид. група «Основа», 2008. – 205 с .

РОЗДІЛ 2

ХВОРОБИ СИСТЕМ І АПАРАТІВ ОРГАНІВ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. ЗАХВОРЮВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Вроджені дефекти розвитку опорно-рухового апарату, що зустрічаються у дітей раннього і дошкільного віку – вроджена клишоногість, природжений вивих стегна і вроджена м'язова кривошия.

Вроджена клишоногість частіше зустрічається у хлопчиків. Клишоногість буває одно- та двосторонньою; це важка деформація опорно-рухового апарату дитини.

З анатомічної точки зору клишоногість – це вроджена контрактура суглобів стопи, в результаті якої порушується взаємовідношення кісток, відбуваються грубі зміни в м'язах. Діагностика вродженої клишоногості не становить труднощів, основними ознаками вважаються: поворот підшви всередині з підніманням внутрішнього краю стопи і опусканням зовнішнього, приведення стопи у передньому відділі, підшовне її згинання, значне обмеження рухливості в гомілковостопному суглобі.

Коли дитина починає ходити, спираючись на пошкоджену стопу, деформація її посилюється, порушується форма і функція всієї ноги, страждають хода і постава. Лікування треба починати якомога раніше, з перших днів життя дитини. У ранньому віці, коли м'язи і зв'язки дитини піддатливі, що дає можливість установки стопи в правильне положення. Лікувальна гімнастика і масаж проводяться в поєднанні з ортопедичним лікуванням. Спеціальний масаж і коригуючі вправи виконуються на тлі загальнозміцнюючого масажу і гімнастики, відповідних віку й розвитку дитини.

Основними *клінічними ознаками* вродженої внутрішньої клишоногості є: підшовне згинання стопи в гомілковостопному суглобі (еквінус), поворот підшовної поверхні до середини з опусканням зовнішнього краю стопи, головним чином, передплесно і плюсно (супінація), приведення стопи у передньому відділі при одночасному збільшенні склепіння стопи – порожниста стопа (аддукція).

При середніх і важких формах хвороби застосовуються етапні гіпсові пов'язки. Якщо лікування починається після 2-х років, то воно потребує

операції, перед якою дитині проводять лікування у вигляді етапних гіпсових пов'язок.

Плоскостопість несприятливим чином позначається на всій опорно-руховій системі дитини. У більшості дітей деформація стоп супроводжується порушенням постави, оскільки порушується нормальне положення тазу і хребта. Малюк не може опанувати правильними навичками ходьби, бігу, стрибків. Він не в змозі багато ходити через біль у деформованих стопах, швидко втомлюються ноги. Дитина змушена обмежувати себе в рухах, не може повноцінно брати участь у рухливих іграх своїх однолітків. Відбувається мікротравматизація хребта, спинного та головного мозку.

Природжений вивих стегна (дисплазія – незрілість) – захворювання опорно-рухового апарату, важке і часто зустрічається. Суть його полягає в неправильному взаєморозташуванні елементів кульшового суглоба. Залежно від ступеня зміщення головки стегнової кістки у вертлужній западині розрізняють вивих, підвивих або передвивих стегна.

Дисплазія (незрілість) кульшового суглоба – це вада розвитку суглоба, всіх його елементів, вважається однією з основних причин розвитку вивиху стегна. Треба пам'ятати, що у новонародженого формування суглоба ще не завершено, тому вкрай важлива рання діагностика захворювання і максимально ранній початок лікування. У даний час ще в пологовому будинку кожного новонародженого оглядає спеціаліст. У дітей раннього віку зустрічається дво- і однобічний вивих, причому у дівчаток частіше, ніж у хлопчиків.

Причини дисплазії кульшових суглобів:

1) Сідничне положення плода, коли ніжки зігнуті в кульшових суглобах і розігнуті в колінних, стопи перебувають біля плечей (зазвичай результат пологів – кесарев розтин).

2) Внутрішньоутробне обвивання пуповиною.

3) Пологові й післяпологові травми.

4) Гінекологічні захворювання в матері, які можуть заважати внутрішньоутробному руху дитини.

5) Генетична схильність, якщо в родичів спостерігалася дана патологія.

6) Гормональні порушення в жінок під час вагітності.

7) Недоношені діти.

8) Вплив зовнішніх факторів навколишнього середовища.

Симптоми вродженого вивиху стегна:

1. Обмежене відведення одного зі стегон дитини. У нормі кут відведення стегон 160-180°. При дисплазії кульшових суглобів він зменшується.

2. Симптом «кляцання», визначається у дитини тільки до 3 місяців, а потім він зникає. Ніжки дитини згинаються під прямим кутом і з боку вивиху чути кляцання.

3. Вкорочення ніжки дитини.

4. Асиметрія шкірних складок у дитини. Спереду у здорової дитини тазові складки повинні бути симетричними і ззаду сідничні і підколінні складки теж симетричні.

Розрізняють три *стадії дисплазії кульшового суглоба*:

1 і 2 стадії зустрічаються в кожній 2-3-ї дитини, буває однобічна і двобічна дисплазія, що протікає практично безболісно в дитячому віці, дитина при цьому може вільно ходити, бігати й навіть стрибати, батьки при цьому не виявляють практично ніяких відхилень, за винятком клишоногості, сколіотичної постави.

При 1 стадії – голівку стегнової кістки можна вільно пересувати усередині суглоба, при цьому навколишні суглобові зв'язки ослаблені, утворюється нестабільність.

2 стадія – голівка стегнової кістки може вискакувати й повертатися на своє місце в суглоб, при цьому, як правило, чутний глухий щовчок.

3 стадія – украй рідке явище, на 1000 народжених дітей в одного така патологія. При 3 стадії дисплазії голівка стегнової кістки лежить поза суглобом.

Від своєчасного діагностування хвороби і початку лікування залежить результат. Діагноз дисплазії тазостегнових суглобів ставлять у пологовому будинку, з цією ж метою в дитячій поліклініці всіх немовлят (до 3 місяців) оглядає хірург-ортопед.

Якщо у дитини в перші місяці діагноз дисплазії не встановлений, то коли вона починає стояти і ходити, діагностика вродженого вивиху стегна не становить труднощів. У дітей після року одним з характерних симптомів є пізній початок ходи: перші кроки в 14-15 місяців, а також типова хода – відзначається нестійкість, кульгавість – при односторонньому вивиху, качача, перевалюється хода при двосторонньому вивиху.

Уроджена м'язова кривошия – деформація шиї, що характеризується неправильним положенням голови (нахилом вбік і поворотом її).

Виникає кривошия внаслідок патологічних змін у м'яких тканинах, головним чином у грудинно-ключично-сосковому м'язі. Найчастіше зазначена деформація буває правобічною і зустрічається у дівчаток. Буває і двостороння кривошия.

Етіологія і патогенез захворювання до теперішнього часу остаточно не встановлені. Запропоновано кілька теорій, що пояснюють причину розвитку вродженої м'язової кривошиї:

Травматичне ушкодження при народженні. Сформована в ділянці гематоми рубцева тканина призводить до вкорочення м'яза. На думку С. А. Новотельнова, рубцевому переродженню м'яза сприяють рефлекторні порушення трофіки.

Ішемічний некроз м'язи. Під час пологів плічко плода тисне на верхню частину шиї, в результаті чого розвивається ішемічна контрактура м'язи.

Інфекційний міозит. Відповідно до даної теорії, ще внутрішньоутробно в м'яз проникають мікроби з подальшим розвитком інфекційного міозиту.

Симптоми. Вроджену кривошию можна діагностувати на 2-3-му тижні життя дитини. На ураженій стороні в результаті змін грудинно-ключично-соскового м'язу з'являється припухлість щільної консистенції – тяж, неспаяний з підлеглими м'якими тканинами.

Одночасно з появою щільного тяжа виникає нахил голови в бік зміненої м'язи, але голова повернута в протилежний бік. Цим пояснюється вимушене положення голови у такої дитини – поворот в бік.

При неявно вираженій формі м'язової кривошиї своєчасне і системне консервативне лікування призводить до повного виліковування на першому році життя. При більш важкому ступені деформації лікування триває до 3 років. У разі безуспішного консервативного лікування показано оперативне втручання дітям після 3 років.

Набуті порушення опорно-рухового апарату.

Звичне положення тіла під час ходьби, стояння, сидіння і роботи називають поставою. Правильна постава характеризується нормальним положенням хребта, правильними його вигинами, симетричним розміщенням лопаток, плечей, прямим триманням голови, прямими ногами без сплюснення стоп. При правильній поставі оптимально функціонує система органів руху, правильно розміщені внутрішні органи, правильне положення центру ваги тіла.

Причинами порушення постави є ослаблення м'язів і зв'язок в цілому.

До порушень постави належать викривлення хребта, асиметрія розвитку м'язів та кісток, сплющення грудної клітки, стоп тощо. Цьому сприяють відсутність фізичних тренувань, систематичне неправильне положення тіла, різні захворювання (наприклад, рахіт). На організм дитини негативно впливають зменшення рухової активності, збільшення статичного навантаження (поза сидячи), носіння портфеля в одній руці, сидіння згорбившись тощо. Постава найінтенсивніше формується у 6-7 років. За відсутності уваги зі сторони вчителів і батьків дефекти, що виникли в дошкільний період та у молодшому шкільному віці, особливо прогресують в період статевого дозрівання. Неправильна постава негативно впливає на розвиток внутрішніх органів (наприклад, викривлення хребта порушує роботу серця, позначається на роботі великих судин). При появі порушень постави необхідно обов'язково звернутися до лікаря.

Сколіоз (scoliosis; грецьк. skoliosis викривлення) – це захворювання опорно-рухового апарату, що характеризується викривленням хребта у фронтальній (бічний) площині з розворотом хребців навколо своєї осі, що веде до порушення функції грудної клітки, а також до косметичних дефектів.

Хребет, якщо дивитися на нього ззаду, повинен бути прямим. У деяких він приймає S-подібну форму (сколіоз). У легких випадках це не веде до яких-небудь ускладнень. При значному викривленні хребта, коли він повертається навколо своєї осі, іноді виникають біль, і його здатність нормально функціонувати зменшується. З погляду біомеханіки, процес формування сколіотичної деформації – це результат взаємодії чинників, що порушують вертикальне положення хребта, і пристосувальних реакцій, направлених на збереження вертикальної пози.

Терміном «сколіоз» позначається бічне викривлення хребта. Причому цей термін вживається як відносно функціональних вигинів хребта у фронтальній площині («функціональний сколіоз», «сколіотична постава», «анталгічний сколіоз»), так і відносно прогресуючого захворювання, що приводить до складної, деколи важкої деформації хребта («сколіотична хвороба», «структуральний сколіоз»).

Сколіотична хвороба, або сколіоз, на відміну від функціональних викривлень хребта у фронтальній площині, характеризується прогресуючою в процесі зростання деформацією хребців, а також деформацією грудної клітки і тазу.

Для визначення наявності сколіозу у дитини існує простий тест. Дитина у нижній білизні стає спиною до досліджувачого, руки по швах, п'ятки разом, тіло розслаблене. Ознака сколіозу – різна висота плечей, лопаток чи ще якась інша асиметрія.

Основна ознака сколіозу – реберний горб. Щоб перевірити, чи є реберний горб, попросіть дитину нахилитися вперед і подивіться ззаду – чи не випирає одна з лопаток і чи не формується реберний горб.

Коли дитина сидить за партою чи робочим столом вдома, руки повинні бути на столі, а ноги – стояти на землі і не впираються у стільницю.

Якщо дитина стоїть, опираючись на одну ногу, то значне навантаження отримує таз і поперековий відділ хребта. Також недобре стояти, склавши руки перед собою, і сидіти, закривши ногу за ногу.

Для здорового хребта важливим є вибір ліжка. Ліжко повинно бути напівжорстким, а подушка – маленькою або взагалі можна привчити дитину спати без подушки.

У харчуванні добре надавати перевагу молочно-рослинній дієті: молочним продуктам, які містять кальцій, рибі, яка містить фосфор, та яйцям, у жовтку яких міститься вітамін D. Двічі на рік – ранньої весни і пізньої осені – організм, який росте, повинен отримувати препарати кальцію.

Найкращий вид спорту для профілактики будь-яких кістково-м'язових захворювань – плавання. Також корисні лижні прогулянки, гра у баскетбол та волейбол. Якщо сколіоз лівосторонній, корисним буде великий теніс. Добре займатися і танцями, адже діти багато працюють біля станка, їх вчать рівно стояти.

Хвороба Пертеса – захворювання кістково-суглобового апарату, зустрічається переважно в дитячому віці і має стадійний перебіг з руйнуванням і наступним відновленням суглобових поверхонь кісток. При хворобі Пертеса відбувається руйнування голівки стегнової кістки. Коли подібне захворювання спостерігається в старшому віці, воно називається – асептичний некроз голівки стегнової кістки. Це захворювання становить 1-3 % від усіх захворювань опорно-рухового апарату у дітей, та до 20 % захворювань кульшового суглобу у дітей. Найбільш часто зустрічається у дітей віком 4-14 років. Хлопчики хворіють в 3 рази частіше, ніж дівчатка. Захворювання зазвичай носить однобічний характер.

Етіологія хвороби Пертеса досі з'ясована недостатньо. Безпосередньою причиною руйнування кістки вважають порушення місцевого кровообігу суглоба, до якого можуть призвести перенесені

інфекції, травми, порушення обміну речовин, аномалії розвитку кровоносних судин і деякі інші причини.

Симптоми. Перші симптоми захворювання виражені слабо і відрізняються непостійністю. Загальний стан дитини не страждає, температура не підвищення, в загальному аналізі крові змін немає. З'являється кульгавість, яка швидко зникає при розвантаженні кінцівки, але потім знову відновлюється. Помірні болі в ділянці ураженого кульшового суглоба нерідко віддають в колінний суглоб. Болі зазвичай виникають вдень, під час ходьби. З часом, при детальному огляді можна виявити незначне зменшення обсягу м'яких тканин стегна і гомілки, невелику згинальну контрактуру (неповне розгинання суглоба) кульшового суглоба, обмеження відведення і внутрішньої ротації (повороту всередину) стегна. При обмацуванні (пальпації) ділянки кульшового суглоба відзначається легка хворобливість. З розвантаження суглоба при постільному режимі всі ці явища зникають. З часом, якщо не розпочато своєчасне лікування, може змінюватися довжина кінцівки.

Тривалість хвороби Пертеса у занедбаній формі становить від 3 до 6 років. Раннє правильне лікування скорочує ці терміни до 1,5 – 2,5 років. Хвороба Пертеса має чіткі стадії:

- стадія підхрящового некрозу; голівка стегнової кістки втрачає свою сферичну форму і починає сплющуватися;
- стадія імпресійного (тобто з дефектом кістки, але без зміщення відламків) перелому: голівка стегнової кістки плоска і ущільнена;
- стадія утворення уламків кістки; якщо дитина продовжує користуватися кінцівкою, то голівка стегна ще більше ущільнюється, порушуються росткові зони (кістка може зупинитися в рості), можливий вихід кістки з суглобової западини (розвиток підвивиху);
- стадія відновлення структури, але деформація головки стегнової кістки найчастіше залишається на все життя;
- стадія наслідків хвороби Пертеса; незважаючи на повне відновлення структури головки стегнової кістки, форма її в більшості випадків, особливо, при пізно розпочатому лікуванні, залишається значно зміненою, часто формується деформуючий артроз – незворотні зміни в суглобі, що порушують його функцію.

Усі стадії захворювання чітко видно на рентгенівських знімках. Але, у зв'язку з відсутністю характерних ознак захворювання, рентгенівське дослідження часто проводиться із запізненням.

При правильному і вчасно розпочатому лікуванні тазостегновий суглоб відновлюється, а невеликі зміни в ньому не заважають людині надалі зберігати свою працездатність. При відсутності лікування хвороба Пертеса може призвести до повного порушення функції суглоба та інвалідності.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте розвиток м'язової системи у дітей. Поясніть чому атрофуються м'язи?
2. Поясніть різницю хімічного складу кісток дитини.
3. Зайва вага як чинник ризику для розвитку хвороб опорно-рухового апарату – обґрунтуйте відповідь.
4. Запропонуйте батькам режим дня дошкільника задля профілактики сколіозу.
5. Надайте характеристику хворобі Пертеса.
6. Запропонуйте фізичні вправи для формування правильної постави і профілактики сколіозу.

Література

1. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку. – К., 1998.
2. Вільчковський Е. С., Курок О. І. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку: Навч. посіб. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2019. – 466 с.
3. Ермолаев Ю. А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 1985. – 384 с.
4. Денисенко Н. Впровадження програми з валеології // Дошкільне виховання. – 1998. – № 9.
5. Нарскин Г. И. Профилактика и коррекция отклонений в опорно-двигательном аппарате детей дошкольного и школьного возраста / Нарскин Г. И. // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. – 2002. – № 4. – С. 60–61.
6. Славик М. Поставка як фактор відображення здоров'я людини / М. Славик // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки (Т. 3) – Луцьк, 2008. – С. 138–141.
7. Фридлянд М. О. Ортопедия / М. О. Фридлянд. – М. : Медицина, 2004. – 507 с.

2.2. ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМ

Вроджені пороки серця і судин – незворотні органічні зміни серця і судин з порушенням їхніх функцій. Це одна з найчастіших аномалій розвитку. Вони властиві 10 % дітей першого року життя. У загальній смертності новонароджених природжені пороки серця становлять 15 %. Без хірургічного лікування протягом першого року життя вмирають 40, а до 5 років – 80 % цих дітей.

Етіологія. Неприятливі фактори, які впливають на організм матері у перші 2–3 міс. вагітності (вірусні інфекції, особливо краснуха, іноді грип, паротит, кір, поліомієліт, вітряна віспа та інші захворювання), застосування ліків, різні інтоксикації – куріння, вживання алкоголю, іонізуюча радіація, травми, недостатнє харчування і кисневе голодування тощо можуть порушити ембріогенез і зумовити виникнення природжених пороків серця. У 2 % випадків певне значення мають спадкові фактори (природжений порок серця у матері). Деякі автори надають значення віку матері, якщо він перевищує 35 років.

Симптоми. Вроджені пороки серця і судин часто поєднуються з іншими аномаліями розвитку і зустрічаються у дітей з хворобою Дауна та іншими хромосомними захворюваннями. У клінічній практиці пороки серця з ціанозом називають «синіми», а без ціанозу – «білими».

Вроджені пороки серця мають *три фази клінічного перебігу*: 1) адаптації; 2) відносної компенсації; 3) термінальну.

У фазі адаптації, яка починається з перших днів життя, дитина пристосовується до порушень гемодинаміки. Реакції адаптації і компенсації у дитини раннього віку перебувають у стані нестійкої рівноваги і відносної слабкості. У фазі первинної адаптації легко виникає гостра недостатність серця, яка є основною причиною смерті в цьому віці. Якщо дитина не вмирає протягом першої фази, то після 2–3 років життя в неї розвиваються пристосувальні захисні механізми і хвороба переходить у другу фазу – відносної компенсації. Суб'єктивних скарг стає менше. Поліпшується фізичний розвиток і зростає активність дитини. Коли резерви захисних пристосувальних механізмів вичерпуються, настає третя – термінальна фаза, порушується кровообіг, що не піддається лікуванню. У третини дітей, які народилися із природженим пороком серця, спостерігається тяжкий «критичний» перебіг пороку, що становить загрозу для життя в перші дні або тижні після народження. Ці хворі

потребують негайної консультації в кардіохірургічному відділенні для вирішення питання про встановлення строку операції.

У більшості дітей природжений порок серця розпізнають на першому році життя у зв'язку з наявністю ціанозу або шуму в ділянці серця: ціаноз може бути постійним, непостійним або нападаподібним. Рано з'являються прояви декомпенсації (серцева недостатність) серця. У дітей грудного віку з природженим пороком можуть бути утруднення під час годування (часті перерви під час ссання, відмова від груді). У більшості випадків діти відстають у фізичному розвитку, часто схильні до гострих респіраторних інфекцій, бронхітів.

Найчастіше у дітей спостерігають: 1) задуху; 2) тахікардію; 3) синюшність (ціаноз) або блідість шкіри; 4) розширення меж серця; 5) шуми в ділянці серця (шуми бувають своєрідні, грубі, сильні, іноді машинного характеру, часто поширюються на всій ділянці грудної клітки, на спину і на судини, в деяких випадках визначаються пальпаторно у вигляді «котячого муркотіння»); 6) може спостерігатися деформація грудної клітки у вигляді серцевого горба; 7) часто буває відставання у фізичному розвитку (малі маса і розміри тіла, серцевий інфантилізм); 8) хронічна гіпоксемія призводить до змін кінцевих фаланг (на вигляд як барабанні палички) і нігтів (як годинникові скельця).

Дефект міжшлуночкової перегородки – найбільш поширений порок серця. Характерними є такі порушення гемодинаміки: скидання крові через дефект зліва направо і підвищення кровонаповнення в малому колі кровообігу. *Клінічні прояви* пороку визначаються величиною дефекту, напрямом скидання крові і зміною судин малого кола кровообігу. Чим більший дефект, тим більше виражене порушення гемодинаміки.

Розрізняють дві *форми* пороку: 1) малі дефекти в м'язовій частині перегородки (хвороба Толочинова-Роже); 2) високі дефекти в мембранозній частині перегородки.

Симптоми. При середній величині дефекту (0,5–2 см у діаметрі) виникають задуха при фізичному навантаженні, підвищена втомлюваність, схильність до пневмонії і респіраторних захворювань.

У дітей з високим дефектом у мембранозній частині міжшлуночкової перегородки в ранньому віці виникають задуха, ціаноз у стані неспокою і під час крику, втомлюваність, часті пневмонія, бронхіт, гострі респіраторні захворювання. Нерідко спостерігається відставання у фізичному розвитку,

з'являється деформація грудної клітки. Межі серця розширені вправо, догори, вліво.

Порушення серцевого ритму – зустрічаються часто у дітей різного віку. Тяжкі порушення становлять велику небезпеку для життя дитини. Аритмії можуть бути вродженими і набутими, функціональними і органічними.

Екстрасистолія – позачергові скорочення серця. Функціональні екстрасистоли частіше зустрічаються у дітей пубертатного періоду при вегетосудинній дисфункції. Екстрасистоли органічного генезу спостерігаються при міокардитах, вроджених вадах серця, кардіоміопатіях.

Симптоми. При появі екстрасистол більшість дітей не висуває скарг, не відчуває аритмії. Інколи хворі скаржаться на неприємні відчуття, завмирання, зупинку або сильний поштовх.

Пароксизмальна тахікардія – це напади різного прискорення серцебиття (більше 150-180 за 1 хв), які виникають раптово і тривають від кількох секунд до кількох годин.

Причини пароксизмальної тахікардії різноманітні: вроджена патологія провідної системи серця, органічні хвороби серця, нейровегетативні зрушення в організмі, гострі інфекційні захворювання та інші.

Виникає вогнище збудження в будь-якій ділянці міокарда чи провідникової системи, яке посилає імпульс високої частоти і стає водієм серцевого ритму. Різке прискорення скорочень зменшує ефективність окремого скорочення, викликає зменшення ударного об'єму серця і порушення кровопостачання органів, тканин і самого серця, що зумовлює порушення обмінних процесів у міокарді. Внаслідок нападу пароксизмальної тахікардії виникає коронарна недостатність та недостатність кровообігу.

Симптоми. Напад тахікардії починається раптово. Діти скаржаться на неприємні відчуття в ділянці серця, стискальний біль у грудях, біль у епігастральній ділянці. Нерідко напад супроводжується запамороченням, блюванням. Діти часто відчувають страх. Шкірні покриви бліді, деколи з'являється ціаноз, має місце набухання та пульсація шийних вен. При довготривалому нападі приєднуються ознаки серцевої недостатності, посилюється ціаноз, з'являється задуха, збільшується печінка, зменшується діурез, виникають набряки. Пульс слабкого наповнення, частота серцевих скорочень досягає 150-300 за 1 хв. Серцеві тони посилені, артеріальний тиск знижений.

Вегето-судинна дистонія (ВСД) – стан, що характеризується порушенням вегетативної регуляції серця, судин, внутрішніх органів, залоз внутрішньої секреції. Це синдром, який виникає за багатьох видів патології.

ВСД виявляється у 15-30 % дітей. У 33 % із них він зберігається у наступні періоди життя, у 17-20 % – прогресує. У 7,3-12,5 % дітей спостерігаються кризи.

Етіологія та патогенез. Вищий вегетативний центр організму – гіпоталамус. Лімбіко-гіпоталамо-ретикулярний комплекс забезпечує пристосування до мінливих умов зовнішнього середовища – холоду, голоду, енергетичне забезпечення психічної та фізичної діяльності, контроль за перебігом катаболічних процесів і регуляцію анаболічних процесів, анафілактичні реакції, підтримка гомеостатичної рівноваги.

Виникненню ВСД сприяють деякі спадкові та набуті фактори. До головних спадкових факторів належать:

- спадкова схильність до ВСД: конституційні особливості діяльності ВНС, спадкова дизавтономія, підвищена чутливість судин до гуморальних впливів;

- несприятливий перебіг вагітності; внутрішньочеревна гіпоксія при токсикозах вагітних, нефропатіях, загроза переривання вагітності призводять до підвищення тиску спинномозкової рідини у ділянці третього шлуночка, де локалізовані основні центри регуляції та судинні сплетення;

- вади розвитку центральної нервової системи;

- вади розвитку залоз внутрішньої секреції;

- характерологічні особливості, пов'язані з типом реагування на стрес.

Набутими факторами, які впливають на стан надсегментарних вегетативних центрів є:

- асфіксія або пологова травма, за яких ушкоджуються вегетативні центри кори головного мозку, гіпоталамуса, судинні сплетення; пологові ушкодження шийного відділу хребта;

- травми черепа, інфекції, інтоксикації;

- психоемоційне перевантаження (емоційний дискомфорт у сім'ї та школі тощо);

- гормональний дисбаланс в організмі під час пре- та пубертатного періодів;

- порушення режиму дня (гіподинамія, невисипання), тривалий перегляд телепередач, неповноцінне харчування тощо;
- часті інфекційні захворювання, осередки хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, карієс);
- метеорологічні впливи.

Внаслідок вегетативної дисфункції порушується іннервація внутрішніх органів, що обумовлює дискінезії шлунково-кишкового тракту, функціональні кардіопатії, судинні дистонії. При ушкодженні структур ВНС виникають морфологічні зміни (спазм судин), які пов'язані з виділенням медіаторів (норадреналін, ацетилхолін, серотонін), гормонів кори надниркових залоз.

Симптоми. При ваготонії (збудливості) діти легко червоніють і бліднуть, кисті рук у них холодні, вологі, ціанотичні, відмічаються мармуровість шкіри, різко виражена і пітливість долонь, підошов, пахвових ямок. Шкіра жирна, є алергічні висипи, бувають нейродерміт, набряки. Температура тіла знижена, діти мерзнуть. Характерними є запаморочення, непереносимість поїздки у транспорті, глибокі вдихи. Відмічаються нудота, метеоризм, пронос або спастичний запор, дискінезія жовчних шляхів, збільшення мигдаликів, лімфатичних вузлів. Фізична активність дітей знижена, часто скаржаться на мігреноподібний головний біль, біль у ділянці серця, біль у ногах (переважно вночі). Артеріальний тиск (АТ) знижений, брадикардія. Бувають зомління, особливо в пубертатний періоди. Судинна дистонія визначається змінами показників артеріального тиску. Перебіг її за гіпер або гіпотонічним типом.

Анемії. Під терміном «анемія» (недокрів'я) розуміють клініко-гематологічний симптомокомплекс, який характеризується клінічно блідістю шкіри і слизових оболонок, порушенням кровопостачання внутрішніх органів, а гематологічно – зниженням кількості еритроцитів і гемоглобіну в одиниці об'єму крові. Це обумовлено анатоомофізіологічною незрілістю органів кровотворення у дітей та їх високу чутливість до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища.

Етіологія і патогенез. Дефіцитні анемії виникають внаслідок недостатнього надходження в організм дитини речовин, необхідних для утворення гемоглобіну; вони спостерігаються частіше у дітей першого року життя. Серед дефіцитних анемій найбільш поширені аліментарні, які обумовлені недостатнім або одноманітним харчуванням. У більшості

випадків відзначається недостатнє надходження в організм заліза (залізодефіцитні анемії), білка, що порушує утворення білкової частини гемоглобіну (білково-дефіцитні анемії). Певне значення в розвитку дефіцитних анемії має і недостатність таких вітамінів, як В₆, В₁₂ та фолієвої кислоти (вітамінодефіцитні анемії), які беруть участь у синтезі гемоглобіну. Нерідко дефіцитні анемії відзначаються при захворюваннях, що супроводжуються порушенням всмоктування в кишківнику. Розвитку дефіцитних анемії сприяють часті захворювання, а також недоношеність.

Симптоми. При легкому ступені відзначаються млявість, зниження апетиту, блідість шкіри, невелике зниження вмісту гемоглобіну до 80 г / л та кількості еритроцитів до 3,5 млн. в 1 мкл крові. При захворюванні середньої тяжкості помітно знижується рухова активність дитини, з'являється млявість, плаксивість, відсутній апетит, відзначаються блідість і сухість шкіри, тахікардія, систолічний шум, збільшення печінки і селезінки, волосся стає тонким і ламким, вміст гемоглобіну в крові знижується до 66 г/л, кількість еритроцитів - до 2,8 млн. в 1 мкл крові. При захворюванні тяжкого ступеня нерідко відзначаються відставання дитини у фізичному розвитку, адинамія, анорексія, запор, виражені сухість і блідість шкіри, зміни нігтів і волосся (тонкі, ламкі), зміни серцево-судинної системи (тахікардія, систолічний шум), зглаженість сосочків язика («лаковий» язик). Кількість гемоглобіну знижується до 35 г/л, кількість еритроцитів - до 1,4 млн./ л. Залізодефіцитні анемії нерідко розвиваються у недоношених дітей на 5-6-му місяці життя, коли виснажуються в організмі запаси заліза, отримані від матері - пізня анемія недоношених.

Вітамінодефіцитні анемії, обумовлені недостатністю вітаміну В₁₂ або фолієвої кислоти, у дітей можуть бути як набутими, так і спадковими. Набуті вітамінодефіцитні анемії спостерігаються частіше у недоношених дітей, при порушеному кишковому всмоктуванні, неправильному вигодовуванні. Спадкова фолієво-дефіцитна анемія виявляється в основному на першому році життя. В₁₂-дефіцитна - у віці близько 2 років. Вони нерідко супроводжуються затримкою фізичного і психомоторного розвитку дитини.

Лімфогранулематоз - хронічне пухлинне захворювання лімфатичної системи з наявністю клітин Рид-Березовського-Штернберга. Може зустрічатися в людей будь-якого віку, в тому числі у немовлят.

Етіологія і патогенез. Причина виникнення захворювання не визначена, але деякі вчені наполягають на вірусній природі.

Симптоми. Лімфогранулематоз починається гостро, з лихоманки, нічної пітливості, швидкого схуднення. При цьому лімфатичні вузли збільшені незначно, але прогноз поганий, захворювання швидко прогресує.

У легенях і в плевральних порожнинах скупчення рідини. Залучення в процес кісток проявляється болями. Досить часто поразка шкіри у вигляді алергічних проявів, сверблячки різної виразності аж до розчісувань усього тіла. Сверблячка дошкуляє сну, апетиту, приводить до психічних розладів.

Часто зустрічаються щоденні короткочасні підйоми температури, які починаються з ознобу й закінчуються заливним потом, що слугує ознакою важкого перебігу хвороби.

Хворі схильні до вірусних захворювань, туберкульозу. Збільшується селезінка, печінка. Збільшені лімфатичні вузли еластичні, при їх некротичному розпаді з'являються свищі. Іноді лімфогранулематоз локалізується в шлунку, легенях, селезінці.

Лімфангіт – гостре запалення лімфатичних судин.

Етіологія і патогенез, клініка. Розвивається при наявності в організмі гнійних вогнищ інфекції. Збудники інфекції і їхні токсини, всмоктуючись по лімфатичних шляхах, спочатку вражають дрібні лімфатичні судини. У цій фазі хвороби відзначається інтенсивна червоність шкіри, дуже схожа на хворобу рожу, але без різких границь. При переході запального процесу на більші судини на шкірі стають видні по всій кінцівці до пахової западини або пахової складки червоні смуги, хворобливі й щільні при обмацуванні. Процес поширюється по ходу поверхневих лімфатичних судин (лімфангіт поверхневих посудин) або глибоких (лімфангіт глибоких судин). Буває змішана форма, що характеризується появою набрякlostі, болів і поразкою лімфатичних вузлів (лімфаденіт). Іноді по ходу великих лімфатичних судин відзначаються інфільтрати й утворення гнійників – гнійний лімфангіт, при якому запальна реакція буває різко виражена.

Гострий лімфангіт може переходити в хронічний. У таких випадках розвиток щільної сполучної тканини в судинах приводить до порушення обігу в них лімфи, її застою, що може виразитися слоновістю кінцівок, частіше нижніх.

Симптоми й протікання лімфангіту залежать від локалізації процесу, хвороботворності мікробів і виразності місцевої реакції.

Контрольні питання

1. Поясніть методику вимірювання пульсу і тиску у дітей.
2. Охарактеризуйте особливості скарг у дітей із захворюваннями серцево-судинної системи.
3. Поясніть різновиди та симптоми гострої судинної недостатності.
4. Вивчіть особливості методики закритого масажу серця у дітей різного віку і покажіть її на слайдах.
5. Поясніть особливості розпорядку дня (тривалість сну та активності дітей) залежно від віку та призначеного режиму при захворюваннях серця і судин.
6. Запам'ятайте медичні назви хвороб серцево-судинної системи.

Література

1. Луцик О.Д. Гістологія людини /О.Д. Луцик , А.Й. Іванова, К.С. Кабак , Ю.Б.Чайковський. – Київ: Книга плюс, 2003. – 592 с.
2. Хоменко Б. Г., Анатомія і фізіологія дитячого організму // Хоменко Б. Г., Дідков О. М. – К.: НПУ ім. Драгоманова, 2004. – 373 с.
3. Мазурин А. В., Воронцов И. М. Пропедевтика детских болезней. / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. – СПб.: Фолиант, 2009. – 1008 с.
4. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С. К. Ткаченко. – К. : Медицина, 2013. – 551 с.

2.3. ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

Патології дихальної системи у дітей.

Захворювання органів дихання займають провідне місце в структурі захворюваності дитячого населення. У структурі патології раннього віку, особливо новонароджених і дітей грудного віку, захворювання органів дихання посідають одне з перших місць. За класифікацією, затвердженою у 1978 р., до неспецифічних бронхолегеневих захворювань належать бронхіт (гострий, обструктивний, рецидивуючий), пневмонія (гостра, хронічна), дифузний пневмофіброз, бронхіальна астма (астматичний бронхіт), плеврит, вади розвитку бронхів, легень, легеневих судин.

Риніт (нежить) – запальний процес в слизовій оболонці порожнини носа. Проявляється набряком і закладенням носа, відділенням з носа рясно слизового секрету, печінням, лоскотанням в носовій порожнині, погіршенням нюху. Гостра форма риніту може перейти в хронічну, що веде

до розладу дихальної функції і змін у легенях і серці. Можливе поширення запалення на інші відділи дихальної системи, розвиток синуситу, отиту, ларингіту, фарингіту, трахеїту, бронхіту, пневмонії.

Етіологія. Існує велика кількість причин, що викликають риніт, і безліч класифікацій цього захворювання, причому деякі класифікації налічують десятки підвидів риніту. У переважній більшості випадків риніт є одним із проявів загального захворювання.

Механізм розвитку риніту. Порожнина носа виконує декілька функцій. Вона зігріває, зволожує і частково очищає вдихуване повітря. Запалення слизової порожнини носа розвивається в результаті впливу одного або декількох несприятливих факторів. Причиною риніту можуть стати бактерії і віруси, пил, холодне повітря, алергени, подразнюючі речовини і т.д. Незалежно від причини розвитку захворювання, запальний процес в носовій порожнині при риніті має спільні риси.

У слизовій оболонці носової порожнини знаходиться велика кількість кровоносних судин. При риніті кровообіг в порожнині носа порушується, розвивається застій крові. Рідка частина крові пропотіває через судинну стінку в навколишні тканини. Слизова порожнини носа набрякає, утруднюючи носове дихання. У результаті запального процесу з'являється велика кількість виділень.

Гострий риніт має інфекційну природу, викликається вірусами або бактеріями. Ймовірність розвитку гострого риніт збільшується при зниженні резистентності організму в результаті переохолодження.

Симптоми. Хвороба протікає в три стадії. Спочатку хворого турбує свербіж і відчуття напруги в носовій порожнині. З'являється чхання, сльозотеча. Перша стадія гострого риніту може супроводжуватися головним болем, загальним нездужанням, підвищенням температури. Триває від декількох годин до одного-двох днів.

Друга стадія захворювання супроводжується закладеністю носа, утрудненням носового дихання, значними водянистими виділеннями, гугнявістю і зниженням нюху. На третій стадії гострого риніту виділення стають густими, слизисто-гнійними, їх кількість зменшується, при цьому дитину, як і раніше, турбує закладеність носа.

Гострий риніт триває 7-10 днів. Як правило, закінчується одужанням. Іноді переходить у хронічний риніт. Може ускладнюватися фарингітом, ларингітом, запаленням придаткових пазух (гайморит, фронтит, етмоїдит), середнім отитом, бронхітом і запаленням легень.

Хронічні риніти – велика група захворювань, які можуть бути викликані різними причинами, відрізняються за клінічним перебігом і вимагають різного підходу до терапії.

Катаральний риніт. Причини катарального риніту – зниження імунного статусу, часті простудні захворювання, високий рівень забруднення у вдихуваному повітрі. Катаральний риніт часто розвивається при хронічних захворюваннях ЛОР-органів (фарингітах, синуситах, хронічних тонзилітах).

Симптоми. Для катарального риніту характерно помірне утруднення носового дихання, зниження нюху, слизові виділення з порожнини носа. Діти відзначають полегшення носового дихання при зміні пози або фізичному навантаженні.

Гіпертрофічний риніт. Для цієї форми хронічного риніту характерно розростання сполучної тканини в носовій порожнині. Уражається переважно задній та нижній кінець середньої та нижньої носової раковини. Гіпертрофічний риніт може розвиватися при аденоїдах, хронічних синуситах, хронічних тонзилітах, постійному хімічному подразненні слизової носової порожнини. Хворих з гіпертрофічним ринітом турбує закладеність носа, яка може бути постійною і яскраво вираженою. Порушення носового дихання стає причиною виникнення головних болів, зниження нюху і слуху, гугнявості голосу.

Атрофічний риніт. У слизовій оболонці переважають процеси атрофії. Причини атрофічного риніту до кінця не з'ясовані. Вважається, що захворювання може бути спровоковане несприятливим кліматом, частими гострими ринітами, існує спадкова схильність до розвитку атрофічного риніту.

Атрофічний риніт проявляється сухістю і утворенням кірок в носі, відчуттям стягування, незначними періодично носовими кровотечами. При поширенні атрофії на нюхову ділянку можливе зниження або втрата нюху.

Алергічний риніт буває:

- постійним, причина якого – побутові алергени, а симптоми посилюються в осінньо-зимовий період;
- сезонним, викликаним пилком рослин.

Етіологія. Одним з основних сприяючих до алергії факторів є спадкова обтяженість алергічними захворюваннями. Велике значення також мають: алергічний діатез, штучне вигодовування, забруднене повітря, повторні і нераціонально ліковані ГРЗ, харчування

консервованими продуктами, хронічні хвороби травного тракту, дисбактеріоз кишківника, шкіри та слизових.

Симптоми. Клінічна картина алергічного риніту характеризується нападами чхання, рясним виділенням прозорої речовини з носа, закладеністю носа. Дитина дихає через рот. Також з'являється сверблячка в носі, тому дитина морщить ніс, тре його, внаслідок чого з'являється поперечна складка вище кінчика носа. Іноді закладеність носа може бути основним симптомом алергічного риніту. Одночасно можуть бути кон'юнктивіт, одутлість обличчя, темні кола під очима, головний біль, слабкість, алергічні висипання на шкірі. Підвищення температури зазвичай не буває.

Профілактика риніту.

1. Регулярно підтримувати чистоту та зволоженість приміщення.
2. Правильно організувати режим дня і раціон харчування дитини.
3. Активний відпочинок на свіжому повітрі і повноцінне харчування, що виключає всі шкідливі продукти.

4. В осінньо-зимовий період збільшити кількість і різноманітність вітамінізованої їжі і напоїв, а також відварів і настоянок, що підвищують захисну реакцію організму до вірусних інфекцій.

Гострий бронхіт – це запальне захворювання бронхів переважно вірусної етіології. Найчастіше на бронхіт хворіють діти грудного (у II півріччі) і раннього віку.

Етіологія та патогенез. Гострий бронхіт у дітей, як правило, спричиняється вірусами парагрипу, грипу, аденовірусом, вірусом кору, а також мікоплазмою пневмонії, стафілококом, стрептококом, пневмококом. Чинниками, що сприяють захворюванню, є охолодження та перегрівання, забруднене повітря.

Віруси розмножуються в епітелії дихальних шляхів, ушкоджують його, знижують бар'єрні властивості стінки бронхів і створюють умови для розмноження бактерій та розвитку запального процесу. Респіраторні віруси уражають нервові закінчення, ганглії, порушують нервову регуляцію бронхіального дерева та його трофіку.

У дітей (особливо раннього віку) звуження дихальних шляхів у разі бронхіту зумовлюється набряком слизової оболонки та виділенням секрету в просвіт бронхів і меншою мірою – бронхоспазмом, який характерний для астматичного бронхіту (еквівалента бронхіальної астми). Синдром обструкції (синдром непрохідності респіраторного тракту) може спостерігатися на будь-якому рівні, від глотки до бронхіол.

Симптоми. Найголовнішим симптомом бронхіту є тривалий кашель. Бронхіт клінічно проявляється шумним диханням зі свистячим видихом, який часто чути на відстані від хворого. Гострий бронхіт переважно є проявом гострої вірусної інфекції. Спочатку підвищується температура тіла, з'являються риніт, фарингіт (покашлювання), інколи ларингіт (хрипкий голос), трахеїт (біль за грудиною, сухий болючий кашель), кон'юнктивіт. Кашель сухий, потім стає м'якшим, вологішим. Під час перкусії у легенях визначають ясний легеневий звук з коробковим відтінком, вислуховують сухі, а потім і середньопухирчасті хрипи на видиху, подовжений видих. Хрипи переважно розсіяні, симетричні. Задишка не є вираженою. Профілактика. Первинна профілактика передбачає раціональний руховий режим, раціональне вигодовування, раннє загартування, обмеження контактів із хворими на ГРВІ, дотримання санітарно-гігієнічного режиму.

Пневмонія – це запальний процес у тканинах легень. У дітей раннього віку часте захворювання на пневмонію пов'язане з анатомо-фізіологічними особливостями легень. Недостатня диференціація легень (ацинусів та альвеол), їх сегментів, слабкий розвиток еластичної, м'язової тканини бронхів, надмірна кількість у легеневій тканині кровоносних та лімфатичних судин, пухкої сполучної тканини сприяють швидкому втягненню в запальний процес легеневої тканини.

У виникненні пневмонії у дітей перших місяців життя мають значення захворювання матері під час вагітності, важкі пологи, внутрішньоутробна асфіксія, внутрішньочерепна травма, недоношеність, внутрішньоутробне інфікування, ателектази (від грец. ατελής – незакінчений, неповний і грец. εχτασις – розтягування) – спадання тканини легені або її частини), у немовлят – нераціональне вигодовування, перенесені захворювання, рахіт, гіпотрофія, ексудативний діатез, погані побутові умови.

Етіологія пневмонії у дітей має інфекційний характер. Здебільшого вона є ускладненням ГРВІ. Вірусна інфекція знижує імунологічну реактивність організму та призводить до некротичних змін епітелію дихальних шляхів, відкриваючи доступ бактеріальній флорі.

Збудниками пневмонії є пневмокок, стафілокок, стрептокок, гемофільна паличка, кишкова паличка, пневмоцисти, мікоплазма, хламіда.

Важкий перебіг пневмонії зумовлений змішаною флорою – бактеріально-бактеріальною (стафілокок з гемофільною паличкою), вірусно-бактеріальною.

Вогнищева пневмонія найчастіше зустрічається у дітей. Перебіг її має деякі відмінності у дітей раннього, дошкільного та шкільного віку.

Симптоми. Початок пневмонії може бути поступовим або раптовим. У дитини з ГРВІ наприкінці тижня наростають ознаки інтоксикації, підвищення температури тіла, головний біль, погіршення апетиту, в'ялість, розлад сну, тахікардія. Посилюється вологий кашель, з'являється задишка. Спостерігається блідість шкіри, інколи пероральний ціаноз. Над легеньми виявляють локальні фізичні зміни: ослаблене або жорстке дихання, крепітаційні та голосні дрібнопухирчасті хрипи.

Профілактика. Найбільш ефективним способом профілактики пневмонії є вакцинація проти таких інфекцій як пневмокок, гемофільна інфекція, кір, коклюш, які входять до складу основних щеплень у дитячому віці, передбачених календарем профілактичних щеплень.

Бронхіальна астма – хронічне рецидивуюче захворювання трахеобронхіального дерева, що характеризується нападами ядухи (спазм, набряк слизової, гіперсекреція), і в основі якого лежить генетична схильність до алергії. Згідно з даними ВООЗ, поширеність бронхіальної астми серед дітей складає 10 %, спричиняючи значну смертність: від 1 до 35 на 100000 дітей.

Кількість дітей, що страждають на бронхіальну астму, постійно зростає. Симптоми цього захворювання не просто розпізнати. Найбільш поширені симптоми – це кашель (особливо під час сну), скарги дитини на втому (після фізичних навантажень) і відчуття напруги в грудях.

Під час нападу бронхіальної астми повітроносні шляхи запалені і від цього зменшується потік повітря. Ускладнюється це ще в'язким слизом і скороченням м'язів.

Етіологія. Пусковими механізмами можуть бути шерсть тварини, забруднене повітря, вірусні інфекції, цвіль, квітковий пилок і фізичні навантаження.

Бронхіальна астма у дітей є хронічним станом і його можна лікувати вдома, але при сильних загостреннях, що загрожують життю дитини - необхідно негайно звернутися до лікаря.

Симптоми:

- дитина бореться за вдих, при цьому у неї роздуті ніздрі або втягнуті ребра;
- не може розмовляти, оскільки повністю зайнята диханням;
- намагаючись зробити вдих, сидить нахилена вперед;

- від пиття і приймання їжі відмовляється;
- при черговому вдиху чути звук, бурчання від напруги;
- дитина не встає і не ходить, вона сидить, при цьому намагаючись дихати;
- після закінчення 15 хвилин, після прийняття засобу, що розширює дихальні шляхи, дитина не відчуває полегшення.

Бронхіальна астма – загроза життю дитини, тому необхідно довести до відома всіх, хто контактує з дитиною, у тому числі і дошкільний персонал, що потрібно робити, якщо у дитини з'являться симптоми захворювання і де знаходяться ліки.

Дитину потрібно навчити користуватися інгалятором, щоб вона зрозуміла, куди і як мають надійти ліки, оскільки часто діти вживають їх неправильно і основна доза ліків залишається в горлі і в роті.

Необхідно навчити дитину дихальним вправам, які допоможуть їй правильно і якісно використовувати інгалятор у потрібний момент.

Профілактика. У будинку потрібно застосувати заходи проти алергії, тому що 90 % дітей, які хворіють на бронхіальну астму, страждають і від алергії. Бажано, щоб дитина взагалі не контактувала з домашніми тваринами. Не допускати в домі куріння і так само диму печей та камінів з дровами.

Круп – це гостре запалення гортані та звуження її просвіту, супроводжується періодичною появою хриплого голосу, «гавкаючим» кашлем та утрудненим диханням.

Етіологія та патогенез. Розрізняють істинний круп, який зустрічається при дифтерії, та несправжній круп – при гострих респіраторних інфекціях, грипі тощо. Завдяки щепленням проти дифтерії справжній круп зустрічається дуже рідко.

При крупі через запалення виникає розбухання слизової оболонки глотки та носових проходів, що утруднює дихання і викликає появу «гавкаючого» кашлю та гучного дихання. Круп зустрічається переважно у дітей у віці від 1 до 6 років, але особливо небезпечний для маленьких дітей, бо може призвести до смерті.

На відміну від дифтерійного крупу, несправжній круп виникає раптово частіше взимку або навесні у вечірні або нічні години. У деяких схильних до алергії дітей круп виникає при кожній застуді. Найчастіше дитина лягає спати здоровою або з незначним нежитем, а вночі раптово прокидається з грубим кашлем, може також розвинути ядуха.

Симптоми. У легких випадках з'являється хриплий голос, у спокої дихання рівне, тільки при фізичному навантаженні з'являється задишка. Потім дитина стає неспокійною, то сідає, то лягає, шукаючи зручне положення, відмічаються різкі рухи в ділянці ключиць або під ребрами, губи та нігті на пальцях синіють, шкіра дитини набуває нездорового кольору. Дитина має дуже хворий вигляд незалежно від ступеня утруднення дихання. Часто діти налякані, неспокійні, що ще більше посилює задишку.

При появі перших ознак крупу необхідно негайно викликати «швидку допомогу».

Перша допомога. Не панікувати, заспокоїти дитину, пам'ятати – збудження, неспокій підсилюють спазм м'язів гортані та погіршують стан.

До приїзду лікаря тримати дитину в теплі, забезпечити вдихання вологим повітрям. Віднести дитину до ванної кімнати, зачинити двері, відкрити душ або кран з гарячою водою, дати кімнаті наповнитися паром. При відсутності ванної зробити пару за допомогою електричного чайника або в каструлі на гарячій плиті, для збільшення кількості пари біля дитини можна над каструлею тримати розкриту парасольку.

Дати випити дитині теплого чаю (можна заварити його з м'ятою), молока із содою або лужної мінеральної води типу «Боржомі» без газу. Не обмежувати дитину у вживанні рідини, головне, щоб вона обов'язково була теплою.

Аденоїди – це збільшення третьої носоглоткової мигдалини, що може протікати як ізольовано, так і спільно зі збільшенням лімфоїдної тканини глотки, що і викликає аденоїдит у дітей.

Етіологія. У дитячому віці глоткова мигдалина добре розвинена. Приблизно з 12 років вона стає менше. Саме тому аденоїдит у дітей найчастіше спостерігається від 3 до 10 років.

Патогенез. Дитячі аденоїди, як правило, розвиваються внаслідок інфекційних захворювань і вірусних захворювань верхніх дихальних шляхів. Ознаки хвороби у дитини цілком можна визначити за її станом. Дуже важливо вчасно обчислити аденоїди.

Симптоми:

- рясно виділяється слизовий секрет з носа, заповнює носові ходи, стікає в носоглотку;
- у дитини виникає постійне не тільки бажання звільнити ніс від секрету, але і постійний стан першіння, «поперхування»;

- дитина спить з відкритим ротом, сон неспокійний, супроводжується гучним хропінням;
- спотворення мови, голос втрачає звучність, набуває гугнявого відтінку.

При ранньому аденоїдиті дитина довго не починає говорити або погано говорить, або намагається не говорити. Отже, дитина не може розповісти про біль, починає часто плакати. Внаслідок цього лікування аденоїдів у дитини починається досить пізно.

Якщо дитині вчасно надана професійна лікарська допомога, то в підлітковому віці (13-14 років) аденоїдна тканина самостійно зменшується до незначних розмірів і запалення аденоїдів не повторюється. Проте одноразові випадки хвороби зустрічаються рідко, і навіть оперативне втручання не може виключити рецидив хвороби.

Вроджені вади губ і піднебіння. У середньому в Україні кожний рік народжується близько 600 дітей із вродженими вадами щелепно-лицевої ділянки. Тенденції до значного зниження кількості таких дітей не передбачається, оскільки екологічні, економічні, соціальні та інші умови, що впливають на здоров'я батьків і їх дітей, не поліпшуються.

Етіологія. Виникнення цієї вади зумовлюють екзо- та ендогенні чинники. До екзогенних треба віднести фізичні (радіоактивне випромінювання, іонізуюча радіація; механічна дія на плід – внутрішньоматковий тиск, пухлини матки, підвищення температури тіла вагітної), хімічні (професійна шкідливість), біологічні (віруси грипу, епідемічного паротиту, червоної висипки; гіпоксія плода), порушення екологічної рівноваги, яке має тератогенну дію на організм плода (загазованість атмосфери, інтенсивний розвиток хімічної індустрії, наявність пестицидів у продуктах харчування).

Симптоми. Клінічна картина вроджених незрощень губи має характерні ознаки і звичайно не викликає труднощів під час постановки діагнозу. За наявності ізольованих прихованих незрощень губи дефект і деформація м'яких тканин найменша, навіть іноді це лише утягнутість шкіри у проекції колонки верхньої губи. Незрощення є частковим за наявності дна носового ходу. У разі наскрізних дефектів верхньої губи клінічна картина обтяжується.

Однобічні ізольовані незрощення верхньої губи виявляються у вигляді дефекту верхньої губи з одного чи іншого боку. У такому разі

червона облямівка складається з двох фрагментів, на більшому фрагменті вона піднімається на 1/3-1/2 висоти верхньої губи, а іноді й більше. Колонка верхньої губи на незрощеному боці розділена також на дві частини, висота колонки на великому фрагменті завжди зменшена, а на малому – майже нормальна.

Вроджені незрощення піднебіння. Ця патологія з'являється при затримці розвитку піднебінних відростків. Тому вони не з'єднуються з лемішем (непарна кістка лицьової частини черепа). Від часу зупинки розвитку піднебіння залежать клінічні форми, серед яких відмічають неповне розщеплення піднебіння, яке не доходить до переднього краю щелепи, і повне розщеплення з незарощенням альвеолярного відростку верхньої щелепи. Повне незарощення піднебіння співпадає з незарощенням верхньої губи. Розрізняють одно- і двобічне розщеплення піднебіння. При повному двобічному незарощенні видно леміш і хоани. Може бути недорозвинута верхня щелепа, коротке або недорозвинуте м'яке піднебіння. Часткове незарощення поширюється найчастіше на м'яке піднебіння. Іноді розщеплений тільки язичок піднебіння. У деяких випадках буває незарощення м'якого і частково твердого піднебіння.

Діагноз встановлюється при першому огляді рота дитини. Годування стає неможливим. Молоко виливається через ніс, дитина поперхується. Порушується правильне дихання, що призводить до інфікування дихальних шляхів. Аспірація молока викликає пневмонію. Уражається середнє вухо. Надалі це призводить до порушення формування мови. Ще зпологового будинку дитину привчають до годування з ложечки або смоктання через ортопедичну соску.

Вада розвитку вуздечки язика проявляється зменшенням довжини та нетиповим місцем прикріплення «ніжок», а також зміною товщини її. Вона може бути представлена як складкою слизової оболонки (тонка вуздечка), так і міцними тяжами зі вплетенням сполучнотканинних та м'язових волокон.

У нормі вуздечка язика прикріплюється на 1-1,5 см нижче від його верхівки. Друга точка прикріплення – у ділянці дна ротової порожнини по присередній лінії за під'язиковими сосочками. Частіше аномалії вуздечки язика проявляються прикріпленням її у нетиповому місці, значною враженістю тяжа та зменшенням довжини аж до зрощення з дном ротової порожнини. Усе це обмежує рухи або призводить до нерухомості

(контрактури) язика та неприродного розташування його. У разі короткої вуздечки язика спостерігається 2 варіанти прикріплення її:

1) до верхівки язика та тканин дна ротової порожнини допереду від під'язикових сосочків;

2) до верхівки язика та коміркового відростка.

Скарги батьків різні і залежать від віку дитини:

1. З перших днів життя дитини – на порушення акту ссання. Одне годування триває 50-60 хв, дитина стомлюється, плаче, засинає біля грудей, ковтає багато повітря. Часто немовлят з короткою вуздечкою язика переводять на штучне вигодовування через те, що вони відмовляються ссати груди.

2. У віці 6-9 міс. – на помітне відставання у рості фронтальної ділянки нижньої щелепи за наявності сполучнотканинних та м'язових елементів у вуздечці язика.

3. У 5-6-річному віці – на порушення вимови (частіше діти не вимовляють букви «р» та «л»).

4. У 7-9-річному віці – на неправильне розташування фронтальних зубів на нижній щелепі, порушення прикусу, а в разі прикріплення вуздечки до ясенного краю нижньої щелепи виникають скарги на запалення ясен у ділянці її фронтальних зубів, кровотечу з ясен під час чищення зубів та вживання їжі. Іноді можливий розрив вуздечки (у разі надмірних рухів язиком), тоді скарги будуть на наявність короткочасної кровотечі та біль у місці розриву вуздечки.

Симптоми. У немовлят вуздечка язика представлена лише слизовою оболонкою, тому вона тонка і коротка. У дітей більш старшого віку під час огляду ротової порожнини – язик звичайних розмірів, рухи його обмежені. Кінчиком язика торкнутися піднебіння та облизати верхню губу дитина не може, а під час спроби зробити це може виявлятися роздвоєння кінчика язика. Вуздечка язика частіше коротка, представлена щільним сполучнотканинним тяжем або дублікатурою слизової оболонки, місця прикріплення її зміщені зовнішньо. Іноді вона практично відсутня, тобто язик прирощений до дна тканин ротової порожнини, що спричиняє його контрактуру.

З віком виявляється деформація фронтального відділу нижньої щелепи, неправильне розташування зубів у цій ділянці, дистальний прикус. Нерідко виражені явища локального пародонтиту в ділянці названої групи зубів – набряклі ясна, що легко кровоточать і відстають від шийок зубів, зубоясенні кишені з нальотом та неприємним запахом тощо.

Контрольні питання

1. Ознайомтесь із загальними відомостями про органи дихання. З'ясуйте типи дихання.
2. Охарактеризуйте:
 - Гострий бронхіт: етіологія, патогенез, клініка.
 - Гостра пневмонія: етіологія, патогенез, клініка.
 - Бронхіальна астма: етіологія, патогенез, клініка.
 - Круп: етіологія, патогенез, клініка, профілактика.
 - Вроджені щілини губи і піднебіння (так звані «заяча губа» і «вовча паща»): причини, лікування.
3. Назвіть причини виникнення вроджених вад губ і піднебіння.

Література

1. Бочков Н. П. Клиническая генетика : учебник / Н. П. Бочков – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2001. – 448 с.
2. Есаков С.А. Возрастная анатомия и физиология (курс лекций) / С.А. Есаков – УдГУ. Ижевск, 2010. – 196 с.
3. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия. / А. Г. Ипполитова – М., 1983.
4. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – Т. 1. – 632 с
5. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л. С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. Изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 704 с.
6. Патофізіологія : підручник / за ред. М.Н. Зайка, Ю.В. Биця, М.В. Кришталя. – 4-е вид., допов. і перероб. – К. : ВСВ «Медицина», 2014. – 752 с.
7. Патофізіологія: учебник / Ю. В. Быць [и др.] ; под ред.: Н. Н. Зайко, Ю. В. Биця, Н. В. Крышталя. – К. : ВСИ Медицина, 2015. – 744 с.

2.4. ЗАХВОРЮВАННЯ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

Стоматит – захворювання слизової оболонки порожнини рота. Найбільш часто зустрічається у дітей до 5 років.

Етіологія і патогенез. Причиною стоматиту може бути інфекція (вірусна, бактеріальна, грибкова). У цьому разі захворювання заразне і може передаватися іншим дітям при спілкуванні, через іграшки, предмети гігієни, загальний посуд.

Стоматит може бути травматичного характеру (пошкодження іграшкою, гарячою їжею, травмування піднебіння пухляком), а також носити загальний симптоматичний характер при загальних захворюваннях організму.

Симптоми. При стоматиті дитину дуже часто турбує біль у роті. У дитини погіршується самопочуття (стає вередливою, погано спить, загальна слабкість), часто підвищується температура тіла, знижується апетит або дитина відмовляється від їжі, так як боляче приймати їжу. Слизова оболонка рота стає яскраво-червоною припухлою, а на внутрішній поверхні щік і губ, яснах, твердому піднебінні з'являються хворобливі бульбашки або виразки, які можуть бути покриті нальотом. Ясна припухають, можуть кровоточити. Нерідко з'являється неприємний запах з рота. Спостерігається збільшення і болючість підщелепних лімфатичних вузлів.

Харчування при стоматиті.

1. Їжа повинна бути теплою, рідкою або протертої консистенції (овочеві відвари, м'ясні, нежирні).

2. Виключити все солоне, кисле, смажене.

3. Дотримуватися перерви в годуванні для можливості дії лік і більш рідкісного травмування слизової оболонки (запалена слизова болюча і легко ранима).

4. Давати дитині більше і частіше пити, можна в будь-який час, але не відразу після обробки слизової ліками.

Харчування та лікування дитині при стоматиті повинен призначити лікар, в кожному конкретному випадку.

При інфекційному стоматиті необхідно виділити хворій дитині окремий посуд, рушник, іграшки. Часто провітрювати кімнату, кожен день робити вологе прибирання. Дотримуватися гігієни порожнини рота. Після їжі промивати дитині рот (теплою, кип'яченою водою, розчином питної соди, чаєм).

Апендицит. Більшість дітей з болем у животі направляють у стаціонари з діагнозом: гострий апендицит. Тому диференціальний діагноз доцільно проводити саме в цьому аспекті.

Етіологія. Апендицит – захворювання, що зумовлюється запаленням апендикса – червоподібного відростка сліпої кишки; спричиняється мікроорганізмами (головним чином – кишковою паличкою, стафілококом, стрептококом), які проникають в стінку відростка здебільшого з порожнини кишківника (рідше потрапляють з крові або лімфи).

Патогенез. Поширене захворювання дитячого віку, клінічний перебіг якого більш важкий, ніж у дорослих, а діагностика значно складніша. У грудних дітей захворювання спостерігається рідко, потім частота його збільшується і стає найбільшою у віці 9-12 років. Гострий апендицит у дітей характеризується малою специфічністю клінічної картини, швидким розвитком, раннім настанням ускладнень (частіше розлитим перитонітом).

Симптоми. Клінічні прояви гострого апендициту дітей старшого віку на відміну від хворих 3-4-річного віку схожі з такими у дорослих. У маленьких дітей апендицит починається з загальних явищ: діти стають неспокійними, примхливими, порушується сон. Зазвичай дитина вказує на локалізацію болю в ділянці навколо пупка. Незабаром після виникнення болю з'являються нудота, блювота (вона буває багато разів). Більш ніж у 10 % хворих відзначаються рідкі випорожнення, іноді зі слизом. Температура зазвичай підвищується (рідко вище 38°C). Симптом розбіжності частоти пульсу і температури у дітей зустрічається рідко і, як правило, спостерігається при важких гнійних перитонітах. Дитина при гострому апендициті малорухома, часто займає положення в ліжку на правому боці з приведеними до живота ногами. При огляді виявляється характерне місце найбільшої болючості, пасивне напруження м'язів внизу живота справа, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. При важкій інтоксикації, особливо при гангренозному апендициті, напруга м'язів живота може бути відсутньою.

Перша допомога. Всі хворі з підозрою на апендицит мають потребу в терміновій госпіталізації. Для цього потрібно викликати «швидку допомогу». Не можна робити хворому клізму, класти на живіт грілку, давати знеболюючі ліки і їжу. Важливо, щоб хворий потрапив у хірургічне відділення, перш ніж розвинуться ускладнення (прорив апендикса й перитоніт).

Кишкова інвагінація – форма кишкової непрохідності, при якій одна кишкова петля входить в іншу. Зустрічається переважно у дітей грудного віку (90 %) і особливо часто – у віці від 4 до 9 міс. Хлопчики хворіють в 2 рази частіше дівчаток. У дітей старше року інвагінація спостерігається рідко.

Симптоми. Інвагінація в більшості випадків починається раптово. Дитина стає неспокійною, кричить, плаче, блідне, відмовляється від їжі. Напад занепокоєння закінчується так само раптово, як і починається, але через деякий час повторюється. У світлий проміжок дитина заспокоюється (період затишшя триває 3-10 хв). Невдовзі з'являється блювота, спочатку

залишками їжі, потім з домішкою жовчі і, нарешті, кишковим вмістом з каловим запахом. Температура частіше нормальна. У перші години захворювання випорожнення можуть бути нормальними, через деякий час з прямої кишки замість калових мас відходить кров, перемішана із слизом. Найчастіше кров з'являється не раніше ніж через 6 годин від початку першого нападу болю в животі. У ряді випадків виділення крові може бути відсутнім протягом усього періоду хвороби.

Заворот шлунка розвивається у дітей при парезі діафрагми і створенні умов для формування діафрагмальної грижі.

Симптоми. У дитини з'являється різкий колікоподібний біль у животі, що супроводжується загальним занепокоєнням, блювотою з домішкою крові, визначається сильне розтягування і здуття шлунка, падіння артеріального тиску. Стан дитини швидко погіршується. Госпіталізація екстрена, потрібне екстрене хірургічне втручання.

Пупкова та пахова грижі у дітей – дефект сухожильного апоневроза в ділянці пупка.

Етіологія. Пупкова грижа виникає в наслідок незакриття пупкового отвору поперечною фасцією. Дефект апоневрозу може бути виявлений при профілактичних оглядах і звичайно не викликає занепокоєння дитини.

Патогенез. При великому дефекті в грижовий мішок може виходити кишка або пасмо сальника, що в свою чергу, може привести до неприємних відчуттів у дитини. Випадки обмеження внутрішніх органів при пупкової грижі дуже рідкісні, але вимагають термінового оперативного лікування. До 5 років пупкову грижу не оперують, так як існує можливість самостійного закриття дефекту. Винятком є пупкові грижі великих розмірів, що призводять до розладів травлення, болів і неспокою.

Вроджена пахова грижа розвивається переважно в грудному віці і до 2-го року життя. Відзначаються загальне занепокоєння, «немотивований» крик, блідість, пітливість, з'являється блювота. При огляді дитини визначається наявність грижі, вміст грижового мішка стає щільним, чутливим при пальпації, не вправляється. У запущених випадках з'являються ознаки непрохідності кишківника: здуття живота, багаторазова блювота, затримка випорожнення і газів. Гангрена кишкової стінки – явище рідкісне, частіше має місце венозний стаз ущемлених органів.

Госпіталізація у всіх випадках защемленої грижі екстрена в хірургічне відділення.

Копростаз – скупчення калових мас (частіше в термінальних ділянках тонкої або товстої кишки) супроводжується колікоподібним або різким переймоподібним болем у животі.

Симптоми. Нерідко страждає загальне самопочуття: з'являється слабкість, нудота, блювота, блідість, підвищується температура. При пальпації визначаються щільне утворення або калові конгломерати по ходу кишківника.

Аномалії розвитку жовчного міхура та жовчних протоків. Атрезія (вроджена відсутність або набуте зрощення) жовчних протоків, подвійний жовчний міхур, відсутність жовчного міхура, варіанти атипового впадання жовчних протоків у дітей можуть стати причиною болю в животі.

Симптоми. Зазвичай біль середньої інтенсивності, локалізується у верхній правій половині живота, нерідко іррадіює в плече, ший, лопатку, може супроводжуватися нудотою, блювотою.

Дискінезія жовчного міхура і жовчовивідних шляхів.

Порушення евакуаторної функції – найбільш часта патологія у дітей при захворюваннях жовчовивідної системи.

Симптоми. Для гіпертонічної дискінезії характерний нападоподібний біль (переймоподібний, колючий, ріжучий), як правило, короткочасний. Біль при гіпотонічних дискінезіях носить постійний характер (ниючий, що давить, невизначений), біль періодично посилюється, супроводжується відчуттям розпирання в правому підребер'ї, посилюється при пальпації. Турбують нудота, гіркота в роті, зниження апетиту, іноді блювота.

Гострий холецистит – гостре запалення жовчного міхура.

Симптоми. Характеризується раптовим початком, високою температурою (до 38-40° С), гострим болем у животі у правому верхньому квадранті, іноді іррадіює в праву руку, праву частину попереку. З'являється нудота і блювота з домішкою жовчі, язик сухий, обкладений сірувато-білим нальотом, живіт помірно роздутий, визначається напруження м'язів передньої черевної стінки. Участь живота, особливо правої половини, в диханні обмежена, з'являються симптоми подразнення очеревини, глибока пальпація неможлива. Діти неспокійні, часто змінюють положення. У дітей перших років життя переважають загальні прояви хвороби: озноб, відмова від їжі, запор або рідкі випорожнення у поєднанні з болем при пальпації живота у правому підребер'ї. Необхідна госпіталізація в хірургічне відділення.

Ентероколіт – запалення слизової оболонки тонкої і товстої кишок.

Ентерит – запалення тонкої кишки, *коліт* – товстої кишки.

Якщо одночасно уражається слизова оболонка шлунка, тонкої і товстої кишок, ставлять діагноз гастроентероколіту.

Етіологія і патогенез. Ентероколіт у дітей спричинюють кишкова паличка, ентерококи, стрептококи тощо. Причинами хвороби можуть стати неправильна дієта, інтоксикація, харчова токсикоінфекція. У разі прийому недоброякісної їжі розвивається токсичний ентероколіт. Частіше хворіють діти, що перебувають на штучному вигодовуванні, особливо після якої-небудь хвороби.

Симптоми. Хвороба починається здебільшого гостро. Головною ознакою запалення слизової оболонки кишок є пронос (до 4-10 разів на добу). Випорожнення водянисті, зеленого кольору, містять слиз, шматочки неперетравленої їжі. Температура тіла підвищується до 38-39 °С, з'являються загальна слабкість, нездужання, блювання, нудота. У дитини різко знижений або відсутній апетит, обкладений язик. У тяжких випадках можуть виникати судоми, потьмарення свідомості. Внаслідок утворення значної кількості газів кишківник здутий, чується буркотіння. Це супроводжується болем. Іноді виникають напади кишкової коліки (різкий біль у животі), випорожнення бувають пінистими, містять слиз, не мають різкого запаху.

При коліті у дітей раннього віку випорожнення бувають 15- 20 разів на добу, містять домішки крові та слизу. Помічаються тенезми (несправжні болісні позиви до випорожнення). Звичайно розвивається гнильна диспепсія, а тому випорожнення мають різкий неприємний запах, містять слиз. Проте на відміну від ентериту слиз не перемішаний з каловими масами, а виділяється окремо. При коліті біль у животі набуває переймистого характеру. Часто буває блювання, іноді – потьмарення свідомості. Дитина худне.

Печінка нерідко збільшена та болюча. Найменше порушення дієти, нервові потрясіння призводять до загострення процесу.

Гострий ентероколіт. У грудних дітей виникають часті кашкоподібні, слизові, водянисті випорожнення, що супроводжується болем у животі.

Етіологія. Найчастіша причина проносу у грудних дітей – кишкова інфекція.

Симптоми. При стафілококових ентеритах відзначають важкий загальний стан, здуття живота, високу температуру, блювоту, ознаки

ексикозу (порушення водно-сольового обміну) з інтоксикацією. При вірусних ентеритах на тлі лихоманки, катаральних явищ у носоглотці з'являється болючість в ділянці пупка або внизу живота.

Гострий гастрит – запалення слизової оболонки шлунку.

Етіологія та патогенез. Гострий гастрит зустрічається у дітей будь-якого віку. Сприятливі фактори: аліментарні похибки (порушення режиму і раціону харчування, переїдання, недоброякісна їжа), токсикоінфекції, прийом деяких лікарських препаратів (броміди, йодисті препарати), непереносимість окремих продуктів.

Симптоми. У дитини з'являються блювання, іноді повторний, переймоподібний біль в епігастральній ділянці, відчуття тяжкості, повноти, розпирання живота, нудота, загальна слабкість, сухість у роті. При обстеженні відзначаються обкладений язик, бліді шкірні покрови з холодним липким потом, іноді рідкі випорожнення, підвищення температури. Живіт роздутий, визначається біль в епігастрії, симптоми подразнення очеревини відсутні. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу та клінічної картини.

Хвороби вітамінної недостатності

Недостатнє надходження вітамінів з їжею чи порушення їх засвоєння у шлунково-кишковому тракті сприяє появі вітамінної недостатності у дітей.

Етіологія. До причин виникнення вітамінної недостатності відносять:

- низький вміст вітамінів у добовому раціоні харчування, незбалансованість хімічного складу раціонів;
- порушення оптимального співвідношення між окремими вітамінами;
- втрату і руйнування вітамінів у процесі технологічного та кулінарного оброблення продуктів харчування, неправильного їх зберігання;
- порушення всмоктування у кишківнику (хвороби шлунково-кишкового тракту);
- порушення синтезу вітамінів групи В і К у кишківнику (зокрема при дисбіотичних порушеннях);
- руйнування вітамінів лікарськими засобами, наприклад через лікування антибіотиками;
- глистяні інвазії;
- інфекційні захворювання;
- стрес.

РОЗДІЛ 2

Симптоми вітамінної недостатності. Нині найбільш розповсюджена форма вітамінної недостатності – це полігіповітаміноз, ознаками якого є:

- значне зниження стійкості організму дітей до дії інфекційних і токсичних чинників;
- уповільнення одужування хворих дітей, у т. ч. дітей з важкими травмами, опіками, після операцій, при інфекціях чи тривалому астенічному синдромі;
- зниження розумової працездатності, ознаками якого є погіршення пам'яті та концентрації уваги;
- відставання дитини у розумовому та фізичному розвитку порівняно зі здоровими однолітками;
- погіршення адаптації до збільшення фізичних навантажень;
- загострення хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи;
- дратівливість, головний біль (через брак тіаміну, аскорбінової кислоти, піридоксину);
- кровоточивість ясен (через брак вітаміну С);
- сухість шкіри (через брак вітамінів А, В₂);
- блідість шкіри (через вітамінозалізодефіцитний стан).

Види вітамінної недостатності:

Гіповітаміноз – різке зниження (але не повне виснаження) запасів одного вітаміну в організмі.

Полігіповітаміноз – недостатність одночасно декількох вітамінів.

Авітаміноз – стан майже повного виснаження вітамінних ресурсів організму.

Вітаміни необхідні для таких процесів в організмі людини:

- ріст тканин і кровотворення;
- нормальне функціонування нервової, серцево-судинної систем, системи травлення і залоз внутрішньої секреції;
- підтримання гостроти зору;
- підтримання здоров'я шкіри;
- забезпечення адекватної імунної відповіді;
- забезпечення розумової працездатності, пам'яті та концентрації уваги.

Необхідно щоденно додавати до раціону дітей дошкільного віку продукти підвищеної харчової та біологічної цінності, збагачені

мікронутрієнтами (табл.1), а також полівітамінні чи вітамінно-мінеральні комплекси. Норми фізіологічної потреби організму у вітамінах наведено у таблиці 2.

Таблиця 1

Основні групи продуктів, збагачених мікронутрієнтами, для харчування дітей дошкільного віку

Група продуктів	Мікронутрієнти	
	Вітаміни, провітаміни	Мінеральні речовини
Хліб і хлібобулочні вироби з пшеничного борошна вищого та першого гатунків	В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , РР, С, фолат, β-каротин	залізо, кальцій, йод
Молоко і кисломолочні продукти	С, А, Е, D, β-каротин, В ₁ , В ₂ , В ₆ , РР, фолат	кальцій, йод, цинк, мідь, залізо
М'ясо та м'ясні продукти	В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂	залізо, цинк, селен, фосфор
Фруктові і овочеві соки, нектари	Е, С, В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , РР, фолат	цинк, йод, залізо

Таблиця 2

Добова потреба дітей у вітамінах, мг

Вікова група	А	D	Е	К	В ₁	В ₂	В ₆	Фолат	В ₁₂	РР	С
0-3 місяці	0,4	0,008	3	0,005	0,3	0,4	0,4	0,025	0,0005	5	30
4-6 місяців	0,4	0,01	4	0,008	0,4	0,5	0,5	0,04	0,0005	6	35
7-12 місяців	0,5	0,01	5	0,01	0,5	0,6	0,6	0,06	0,0006	7	40
1-3 роки	0,6	0,01	6	0,015	0,8	0,9	0,9	0,07	0,0007	10	45
4-6 років	0,6	0,01	7	0,02	0,8	1,0	1,1	0,08	0,001	12	50

Види вітамінів у дитячому харчуванні та їхніх функцій в організмі

Жиророзчинні вітаміни:

Вітамін А відіграє важливу роль у процесах росту і репродукції, диференціюванні епітеліальної і кісткової тканин, підтримці імунітету і зору. Дефіцит вітаміну А призводить до порушення адаптації до сутінок («куряча сліпота» чи гемералогія), ороговіння шкіри; знижує стійкість до інфекцій.

Вітамін D (кальциферол). Основні функції вітаміну D пов'язані з підтримкою гомеостазу кальцію і фосфору, процесів мінералізації кісткової тканини. Дефіцит вітаміну D призводить до порушення обміну кальцію і фосфору у кістках, посиленню демінералізації кісткової тканини, внаслідок чого підвищується ризик розвитку остеопорозу. Впливає на диференціювання клітин епітеліальної, кісткової, кровотворної та імунної систем.

Вітамін Е представлений групою токоферолів з антиоксидантними властивостями. Це універсальний стабілізатор клітинних мембран; необхідний для функціонування статевих залоз, серцевого м'яза. У разі дефіциту вітаміну Е спостерігається гемоліз еритроцитів, неврологічні порушення.

Вітамін К. Метаболічна роль вітаміну К обумовлена його участю у модифікації низки білків згортальної системи крові і кісткової тканини. Дефіцит вітаміну К призводить до збільшення часу згортання крові, низького вмісту протромбіну у крові.

Водорозчинні вітаміни.

Вітамін В₁ (тіамін). Тіамін у формі утвореного з нього тіаміндифосфату входить до складу найважливіших ферментів вуглеводного й енергетичного обміну, що забезпечують організм енергією та пластичними речовинами, а також метаболізму розгалужених амінокислот. Дефіцит цього вітаміну призводить до серйозних порушень нервової, серцево-судинної, ендокринної систем, системи травлення.

Вітамін В₂ (рибофлавін). Рибофлавін у формі коферментів (*невелика небілкова (неамінокислотна) молекула, що вільно зв'язується з ферментом та важлива для його каталітичної активності*) бере участь в окисно-відновних реакціях, сприяє підвищенню сутінкової адаптації і сприйнятливості кольору зоровим аналізатором. Дефіцит вітаміну В₂ супроводжується погіршенням стану шкіри, слизових оболонок, світлового та сутінкового зору.

Вітамін В₆ (піридоксин). Піридоксин у формі своїх коферментів бере участь у перетвореннях амінокислот, метаболізмі триптофану, ліпідів і нуклеїнових кислот, підтримці імунної відповіді, процесах гальмування та збудження у центральній нервовій системі, сприяє нормальному формуванню еритроцитів, стимулює утворення гемоглобіну, сприяє підтримці нормального рівня білків у крові. Дефіцит вітаміну В₆ супроводжується зниженням апетиту, порушенням стану шкіри, розвитком гомоцистеїнемії, анемії.

Фолат (фолієва кислота). Фолат як кофермент бере участь у метаболізмі нуклеїнових кислот і амінокислот. Дефіцит фолату призводить до порушення синтезу нуклеїнових кислот і білка, внаслідок чого гальмується ріст і ділення клітин, особливо у швидкопроліферуючих тканинах: кістковий мозок, епітелій кишківника тощо. Між рівнем фолату, гомоцистеїну і ризиком виникнення серцево-судинних захворювань існує виражений зв'язок.

Вітамін В₁₂ (кобаламін). Вітамін В₁₂ відіграє важливу роль у метаболізмі та перетвореннях амінокислот. Фолат і кобаламін є взаємопов'язаними вітамінами, що беруть участь у кровотворенні. Дефіцит вітаміну В₁₂ призводить до розвитку часткової або вторинної недостатності фолатів, а також анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії.

Вітамін РР (ніацин). Ніацин як кофермент бере участь в окисно-відновних реакціях енергетичного метаболізму. Недостатнє споживання вітаміну РР супроводжується погіршенням стану шкіри, шлунково-кишкового тракту та нервової системи.

Вітамін В₅ (пантотенова кислота). Пантотенова кислота бере участь у білковому, жировому та вуглеводному обміні, обміні холестерину, синтезі низки гормонів, гемоглобіну, сприяє всмоктуванню амінокислот і цукрів у кишківнику, підтримує функцію кори надниркових залоз. Дефіцит пантотенової кислоти може призвести до ураження шкіри і слизових оболонок.

Вітамін Н або В₇ (біотин). Біотин бере участь у синтезі жирів, глікогену, метаболізмі амінокислот. Регулює роботу нервової системи, зокрема впливає на нервово-трофічну функцію. Дефіцит цього вітаміну може призвести до дерматиту, випадіння волосся.

Контрольні питання

1. З'ясуйте анатомо-фізіологічні особливості травної системи дітей дошкільного віку.

2. Охарактеризуйте причини виникнення захворювань органів травлення у дітей.
3. Назвіть основні види патологій травної системи у дітей і опишіть їх клінічну картину.
4. Визначте значення вітамінів для дитячого організму.
5. Охарактеризуйте види авітамінозу.

Література

1. Канюков В. Витамины / В. Канюков, Т. Санеева, А. Стрекаловская. – Оренбург: ООО «ЛитРес», 2012. – 148 с.
2. Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней. / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. – СПб.: Фоллиант, 2009. – 1008 с.
3. Патолофізіологія : підручник / за ред. М.Н. Зайка, Ю.В. Биця, М.В. Кришталія. – 4-е вид., допов. і перероб. – К. : ВСВ «Медицина», 2014. – 752 с.
4. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. - СПб.: СпецЛит, 2003. – 893 с.
5. Педиатрия: Учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III-IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр. и доп. / В.Г. Майданник. – Харьков: Фолио, 2002. – 125 с.

2.5. ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ (УРОЛОГІЧНА ПАТОЛОГІЯ)

Урологічна патологія характеризується частіше запальними явищами на тлі вроджених або набутих захворювань сечовивідних шляхів.

Загальні симптоми при захворюваннях сечовидільної системи є: занепокоєність, зміна положення тіла, біль, яка іррадіює в поперекову ділянку або у внутрішню поверхню стегна і в пахову ділянку, часте та хворобливе сечовипускання, нерідко виникає озноб. Напруга м'язів живота справа носить більш дифузний характер і зникає в «світлий проміжок». Зона хворобливості проектується по ходу сечоводу. Симптом Пастернацького позитивний.

Нефроптоз – блукаюча (рухлива, опущена) нирка, у дітей це патологічний стан, що характеризується надмірною рухливістю нирки з порушенням гемодинаміки і уродинаміки. Частота нефроптозів у дітей становить 4,7 %. Дівчатка хворіють частіше хлопчиків, це співвідношення становить 1: 8.

Етіологія. Патогенез. У виникненні захворювання основне значення надається анатомо-фізіологічним особливостям будови організму і особливо слабкості зв'язкового апарату нирки. Провідною патологічною ознакою захворювання слугує натяг судин нирки і перегини сечоводу у вертикальному положенні, що викликає порушення ниркової гемодинаміки і уродинаміки. Нефроптоз обумовлює розвиток пієлонефриту, гідронефрозу, артеріальної гіпертензії, уролітіазу.

Симптоми. Виділяють: безсимптомний нефроптоз, клінічно маніфестний нефроптоз, ускладнений нефроптоз у дітей.

Безсимптомний нефроптоз у дітей спостерігається у 13 % всіх хворих і характеризується випадковим виявленням захворювання або при обстеженні з приводу інших захворювань.

Клінічно маніфестний нефроптоз зустрічається у 43 % дітей і проявляється больовим абдомінальним синдромом (різкий біль у животі), дизуричними порушеннями, неврологічними порушеннями, артеріальною гіпертензією і відставанням у фізичному розвитку. Біль супроводжується диспепсичними розладами, зменшується в лежачому положенні. Дизуричний синдром характеризується зміною ритму і характеру сечовипускання, нічним і денним нетриманням сечі. Сечовий синдром проявляється у вигляді гематурії, лейкоцитурії, протеїнурії. Неврологічний синдром супроводжується головним болем, підвищеною збудливістю, швидкою стомлюваністю, загальною слабкістю, психологічної нестійкістю, нейровегетативними розладами. Ускладнений нефроптоз зустрічається у 43 % дітей, і найбільш частою його формою буває хронічний пієлонефрит.

Енурез – нічне нетримання сечі, яке зберігається або часто повторюється після трьох років, розглядається як нічний енурез. Хоча у дитячому віці ця проблема досить серйозна. Вважається, що до п'яти років випадки «мокрих» ночей – явище нормальне, і лікувати дітей раніше цього віку не варто. До п'яти років зазвичай закінчується формування умовного рефлексу на сечовипускання. У більшості випадків нетримання сечі у дітей не є серйозним захворюванням, але такі епізоди негативно позначаються на їх психічному стані, психологічному кліматі в родині, а також можуть сприяти виникненню таких ускладнень, як інфекція сечових шляхів.

Етіологія. Патогенез. Енурез може викликатися багатьма найрізноманітнішими причинами, насамперед, психічного характеру. Причинами можуть стати незрілість дитячої особистості, емоційна нерозвиненість, інфантилізм, конфліктні ситуації, які пережила дитина.

Іноді серед причин зустрічаються мотиви ревнощів до молодших братів і сестер, бажання знову бути маленьким, щоб знову більшою мірою відчувати любов і турботу батьків; небажання прокидатися, щоб знову зустрітися з конфліктами або повною страхів дійсністю. Може відігравати роль надмірна суворість батьків, важкі сімейні обставини, надто глибокий сон тощо.

Симптоми. Розрізняють *первинний і вторинний* енурез. Первинний енурез проявляється нетриманням сечі в нічний час, в період сну, коли дитина не прокидається при переповненні сечового міхура. Вторинний енурез виникає внаслідок різних вроджених і набутих захворювань і може виявлятися незалежно від сну, як вдень, так і вночі.

Цистит – запалення слизової оболонки сечового міхура. Цистити у дітей можуть бути первинними (без анатомічної зміни тканин) і вторинними (що виникають на тлі різних анатомічних змін, що перешкоджають проходженню сечі). Захворювання часто має інфекційний характер. Дівчатка хворіють на цистит частіше за хлопчиків. У маленьких дітей у виникненні циститу значну роль відіграють дисфункції кишківника. Коли грудна дитина лежить у забруднених фекаліями пелюшках, мікробна флора може проникати через сечовід до сечового міхура і також викликати запалення.

Етіологія. У дівчачий сечовий міхур інфекції легше потрапити із зовнішніх статевих органів: у дівчаток уретра є прямою і короткою, поруч розташовані піхва і пряма кишка. Якщо в дівчинки виникне вульвіт – запалення зовнішніх статевих органів, то дуже часто, як наслідок, з'являється і цистит. Тому стежити за гігієною статевих органів необхідно з надзвичайною ретельністю. Найбільш часто хворіють дівчатка 4-7 років. У цей час змінюється мікрофлора в піхві, і організм стає особливо уразливим.

Значну роль у виникненні циститів у дітей відіграють глисти, а зокрема гострики, які під час сну нерідко можуть заповзати в уретру, а іноді й у сечовий міхур, несучи на собі безліч мікробів.

Патогенез. Цистит може розвинутися раптово, але найчастіше явища запалення наростають поступово. Цистит виявляється в першу чергу почастищенням сечовипускання, проявляється відчуттям дискомфорту та болю, печіння і свербіжу в ділянці уретри і промежини під час сечовипускання. Біль над лобком або в ділянці промежини може залишатися і після сечовипускання.

Симптоми. Часте сечовипускання пояснюється наявністю запального процесу, набряку слизової оболонки, притоку крові, подразненням нервових закінчень, закладених в слизовій оболонці стінки сечового міхура. Його кількість залежить від інтенсивності запального процесу. У кінці акта сечовипускання іноді сеча забарвлюється кров'ю. Позиви на сечовипускання можуть бути імперативними, іноді спостерігається неутримання сечі. У більшості випадків при гострому циститі температура тіла залишається нормальною, рідко буває субфебрильною. Підвищення температури при циститі свідчить про те, що інфекція поширилася за межі сечового міхура, найчастіше на верхні сечові шляхи. Пальпація і перкусія в надлобковій ділянці при циститі іноді супроводжуються хворобливістю. Напруження м'язів передньої черевної стінки спостерігається головним чином у дітей. Сеча при гострому циститі містить багато лейкоцитів і еритроцитів, що обумовлює наявність у ній невеликої кількості білка.

Запалення статевих органів у дітей може бути наслідком недотримання правил гігієни. Організми, що викликають запальний процес, можуть потрапляти туди з брудними руками.

Симптоми. Проявами, на підставі яких можна запідозрити запальний процес, є виділення зі статевих шляхів, свербіж та почервоніння зовнішніх статевих органів. Характер виділень залежить від причини, що викликала захворювання статевих органів. За наявності чужорідного тіла з'являються виділення з неприємним запахом, іноді з прожилками крові.

Вульвовагініт – запалення зовнішньої частини статевих органів і слизової піхви. Вульвовагініт у дівчаток може виникати до 10 років. Частота виникнення в такому віці обумовлена зниженням захисту піхви, наприклад лужна реакція вмісту піхви.

Етіологія виникнення вульвовагініту: ангіна; ГРВІ; хвороби сечовивідних шляхів; нераціональна антибіотикотерапія; дисбактеріоз.

Вульвіт супроводжується різними *симптомами*, які залежать від причини виникнення хвороби. Зазвичай це сильне запалення лобка, статевих губ, присінка піхви, дівочої пліви. Свербіж змушує дитину постійно чесати інтимне місце. Часто вульвіт, симптоми якого непомітні, проходять непомітно. Гострий вульвіт у дитини супроводжується печінням, сверблячкою, дискомфортом при сечовипусканні і ходьбі.

Широко розповсюдженим захворюванням серед дівчаток з народження до 5-6-річного віку є **синехії** – зрощення малих статевих губ.

Етіологія. Як правило, воно є наслідком перенесеного запалення вульви і піхви, в результаті якого зовнішній шар клітин однієї малої статевої губи наростає на край іншої. Нерідко синехії можуть утворюватися і при неправильному догляді за дівчинкою, коли батьки надто часто (по кілька разів на день) користуються милом або щодня протягом тривалого періоду роблять ванночки з розчином марганцівки при догляді за дитиною. Цим самим вони видаляють природний захисний секрет, пересушують слизову статевих органів і роблять її більш вразливою до будь-яких інфекцій.

Симптоми. При повній синехії не видно навіть отвору сечовипускального каналу. У такому випадку спостерігаються труднощі при сечовипусканні: дитина тужиться, відчуває дискомфорт, вередує, плаче, і це спостерігається практично при кожному акті. Буває, зростаються мала і велика статеві губи, зазвичай симетрично з двох сторін. Найчастіше зростаються між собою малі статеві губи, закриваючи вхід у піхву на кілька міліметрів, на 1/3, половину або навіть повністю. При зрощенні статевих губ між собою утворюється додаткова «кишеня», через яку проходить сеча під час сечовипускання.

Фі́моз – патологічне звуження отвору крайньої плоті, через який виходить голівка пенісу. У 90 % хлопчиків крайня плоть при народженні не відкривається. Таке явище називається фізіологічний фі́моз, який продовжується до 5 – 6 років. Такий фі́моз (якщо, звичайно, відсутні явища запалення головки – баланіт або голівки і крайньої плоті – баланопостит) потребує спостереження і не вимагає хірургічного лікування.

Етіологія. Причиною прояви фі́мозу у хлопчиків може стати недостатність сполучної тканини в дитячому організмі внаслідок генетичної схильності. Фі́мозу також може сприяти запалення крайньої плоті статевого члена або його травма, в результаті чого утворюється рубцева тканина і звужується крайня плоть.

Симптоми. У дітей розрізняють чотири ступені розвитку фі́мозу, що володіють своїми особливостями.

Перший ступінь характеризується відкриттям голівки статевого органу тільки в спокійному стані, при сечовипусканні хлопчик може відчувати хворобливість. При другому ступені є важким виведення з крайньої плоті голівки статевого члена, а при третьому – голівка статевого члена взагалі не відкривається. При четвертому ступені голівка статевого

члена не відкривається, сечовипускання відбувається дуже важко, сеча виділяється крапельками або тоненькою цівкою.

Основні симптоми фімозу у дитини:

- порушення сечовипускання;
- запалення голівки та крайньої плоті;
- неможливість виведення голівки статевого органу з крайньої плоті.

У деяких випадках крайня плоть ущемляє головку пеніса, не закриває її. Голівка стає болісною, синіє, порушується кровообіг у статевому члені.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте анатомо-фізіологічні особливості сечостатевої системи у дітей.
2. Визначте етіологію, патогенез, клініку та профілактику пієлонефриту.
3. Поясніть симптом «блукаючої нирки».
4. Поясніть причини виникнення енурезу.
5. З'ясуйте етіологію виникнення циститу у дітей.
6. Схарактеризуйте види вроджених аномалій та запалення статевих органів, особливості протікання цих хвороб у дітей.

Література

1. Капітан Т. В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. – Вінниця-Київ, 2001. – С. 257-331.
2. Клінічне обстеження органів та систем у дітей // В. Г. Майданник, В. Д. Чеботарьова, М. А. Дадикіна та інші. – К.: «Супрамед», 1993. – С. 138-159.
3. Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней. / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. – СПб.: Фоллиант, 2009. – 1008 с.
4. Особливості і семіотика захворювань дитячого віку / Під ред. чл.-кор. АМН України, проф. Сміяна І. С., проф. Майданника. – Тернопіль-Київ, 1999. – 146 с.
5. Пропедевтика дитячих хвороб / Навчальний посібник за ред. проф. О. Гнатейка. – Львів: Ліга-Прес, 2004. – С. 145-168.
6. Чеботарьова, В. Д. Пропедевтична педіатрія. / В. Д. Чеботарьова, В. Г. Майданник. – К., 1999. – С. 358-387.

2.5. ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

Цукровий діабет у дітей – це серйозне захворювання, яке характеризується хронічним підвищенням рівня глюкози в крові і є поширеним серед ендокринних порушень в дитячому організмі. Перебіг захворювання в кожному окремому випадку залежить в основному не тільки від провокуючих чинників, якими, наприклад, можуть бути вірусна інфекція, а й від віку дитини. Важливо, що чим менша дитина, тим важче вона буде переносити цукровий діабет.

Етіологія. Патогенез. До факторів, які сприяють розвитку цукрового діабету у дітей, належать: спадковість; часті гострі вірусні захворювання; порушення обміну речовин, наприклад, ожиріння або гіпотиреоз; загальне зниження імунітету; маса дитини при народженні понад 4,5 кг.

У медицині виділяють два типи цукрового діабету у дітей:

1. Першого типу, який включає в себе: аутоімунний тип та ідіопатичний тип.

2. Другого типу. Як показує статистика, найчастіше у дітей виявляють цукровий діабет першого типу, який характеризується низьким рівнем інсуліну в крові.

Основними *симптомами* цукрового діабету у дітей є підвищена спрага і часте сечовипускання, дитина дуже часто просить пити не тільки вдень, але і вночі, сеча, як правило, липка, через велику кількість цукру. Характерним для діабету у дітей вважається підвищення апетиту, слабкість і сухість у роті. У деяких випадках при даному захворюванні може спостерігатися поява частих гнійних уражень шкіри, запалення ясен і зовнішніх статевих органів.

Ендемічний зоб – дифузне збільшення щитоподібної залози. Захворювання, основним симптомом якого є прогресуюче збільшення щитоподібної залози. Він уражає великий контингент населення в географічних зонах із дефіцитом йоду в навколишньому середовищі.

На земній кулі нараховується близько 200 млн. хворих на ендемічний зоб. Він зустрічається в Західній Україні. На ендемічний зоб частіше хворіють жінки. Але при тяжкій зобній ендемії відношення жінки–чоловіки зменшується. Ендемічний зоб може уражати всі вікові групи, але особливо характерна захворюваність у дітей віком до 14 років.

Етіологія. Патогенез:

- недостатність йоду у ґрунті, воді та харчових продуктах.
- неповноцінне одноманітне харчування, особливо при дефіциті в їжі вітамінів і білків;

- недостатнє потрапляння в організм броду, цинку, кобальту, міді, молібдену;
- надмірне вживання струмогенних продуктів харчування (брюква, квасоля, морква, редиска, шпинат, арахіс), які можуть провокувати реалізацію йодної недостатності.

Дефіцит йоду призводить до недостатньої продукції тиреоїдних гормонів, до зниження їх секреції.

Симптоми. Клінічна картина включає місцеві і загальні симптоми, які залежать від ступеня збільшення щитоподібної залози і її функціональної активності.

На початку захворювання хворі можуть висувати скарги на відчуття слабості, підвищену втому, головний біль, в міру збільшення щитоподібної залози і стиснення органів, що до неї прилягають, виникають скарги на відчуття стиснення в ділянці шії, яке більше проявляється в лежачому положенні, утруднення при ковтанні, пульсуючий головний біль, напади ядухи, сухий кашель.

Зустрічаються атипові локалізації зоба: загруднинна, під'язикова, навколо трахеї, позатрахеальна. За характером функції залози у 70-80 % випадків ендемічний зоб є еутиреоїдним (функція щитоподібної залози збережена). Зоб великих розмірів може призводити до стиснення нервів і судин. Механічне утруднення кровообігу може призвести до гіпертрофії правого відділу серця, в результаті чого розвивається так зване зобне серце. Місцево можливі крововиливи в паренхіму зоба, запалення (струміт), звапнення.

У районах з вираженою ендемією у 20-30 % дітей виявляють вузли в щитоподібній залозі. Типовим проявом ендемічного зоба є гіпотиреоз. Зовнішній вигляд хворих (набрякле, бліде обличчя, значна сухість шкірних покривів, випадання волосся), в'ялість, брадикардія, глухість сердечних тонів, гіпотонія, сповільнена мова – все це свідчить про зниження функції щитоподібної залози.

Одним із проявів гіпотиреозу при ендемічному зобі, особливо при тяжкому перебігу, є кретинізм, частота якого становить від 0,3-10 %. Кретинізм пов'язаний з глибокою патологією, яка починається у внутрішньоутробному періоді. Симптоми: виражена фізична і психічна відсталість, маленький зріст з непропорційним розвитком окремих частин тіла, різкою психічною неповноцінністю. Ці хворі в'ялі, малорухомі, мають порушення координації рухів, вони погано вступають в контакт.

Гіпотиреоз – захворювання, обумовлене дефіцитом гормонів щитоподібної залози.

Розрізняють вроджений і набутий, первинний і вторинний.

Первинний гіпотиреоз обумовлений порушенням синтезу тиреоїдних гормонів самої щитоподібної залози.

Вторинний є наслідком ураження гіпофіза.

Етіологія. Патогенез. Відсутність при народженні щитоподібної залози, генетичний дефект біосинтезу ферментів, йодна недостатність, операція на щитоподібній залозі, запальні та пухлинні захворювання щитоподібної залози, захворювання гіпофіза (запальні, травматичні, пухлинні). В основі розвитку хвороби лежить та чи інша ступінь зниження функції щитоподібної залози. Дефіцит тиреоїдних гормонів (тироксину, трийодтироніну) викликає значні зміни білкового, жирового і вуглеводного обміну.

Основними *симптомами* вродженого гіпотиреозу є млявість, сонливість, зниження температури, утруднене дихання через ніс, сухість шкіри, низький голос, холодні стопи, запори. Відстає розвиток лицьового скелета: широке і запале перенісся, широко розставлені очниці, запізнюється прорізування зубів. Частота серцевих скорочень знижена.

Найбільш важка форма гіпотиреозу – **мікседема** (слизовий набряк). Всі вищенаведені симптоми яскраво виражені. Зовні дитина набрякла. Діти відстають у фізичному (затримка росту, пізно починають тримати голівку, сидіти, ходити) і психічному розвитку. При невчасному лікуванні ураження мозку носить незворотній характер, у зв'язку з чим порушується інтелект. Набутий гіпотиреоз розвивається частіше в результаті запальних процесів у щитоподібній залозі або після її видалення. Зниження функції щитоподібної залози помітно змінює зовнішній вигляд дитини: з'являється одутлість, уповільнення мовлення і рухів, з'являються скарги на мерзлякуватість, запори, порушення пам'яті.

Патологія росту у дітей. Механізми зростання в постнатальному періоді можна розділити на 2 великі групи:

1. Ендокринні механізми.
2. Неендокринні механізми.

Ендокринні механізми регуляції. Усі центральні і периферичні ендокринні органи беруть участь у процесах контролю росту. Одним з головних факторів є щитоподібна залоза. Гормони щитоподібної

залози надають стимулюючий вплив на диференціювання кісткової тканини (впливають на її гармонійний розвиток) і процеси лінійного зростання дитини.

Патологія щитоподібної залози (*природжений гіпотиреоз*) буде виявляти себе серйозними відставаннями в рості. На наступне місце, з точки зору регуляції контролю зростання, дослідники ставлять соматотропний гормон (у перші роки життя його роль мало значуща, оптимально його дія починається з другого-третього року життя).

Як наслідок захворювань гіпоталамуса або гіпофіза можуть клінічно проявляти себе істотним відставанням у рості дитини.

Неендокринні механізми регуляції. Генетичні чинники. Окремі елементи генетичної програми спеціально контролюють процеси росту. Наприклад, діти із хромосомною патологією частіше характеризуються саме порушенням росту. Для того щоб дитина росла і розвивалася, потрібен пластичний матеріал.

Зростання людини є інтегративним показником здоров'я. Зростання є показником гармонійної взаємодії систем організму. Існує безліч причин, які можуть стати основою для відхилення в рості дитини.

Існують таблиці, формули розрахунку нормального росту. Але важливо відзначити, що повинні враховуватися регіональні особливості.

У клінічній практиці частіше доводиться зустрічатися з низькорослістю, ніж високорослістю.

Класифікація низькорослості (за етіологічною ознакою).

1. Конституціонально сповільнений ріст (сімейно-індивідуальні особливості, інакше гіпопластики).

2. Аліментарні порушення, пов'язані з недостатністю харчування.

3. Захворювання кісткової системи: рахіт, рахітоподібні захворювання тощо.

4. Хронічні захворювання внутрішніх органів.

5. Захворювання крові (лейкози, гіпопластична анемія тощо).

6. Захворювання ЦНС.

7. Хромосомні хвороби (наприклад хвороба Дауна).

8. Ендокринна патологія.

Церебральна гіпофізарна карликовість (гіпофізарний нанізм).

Етіологія і патогенез. В основі хвороби лежить або недолік вироблення рилізінг-факторів гіпоталамусом, або власне первинна гіпофізарна недостатність. Розрізняють два варіанти.

Сімейні випадки: у здорових батьків народжуються діти з гіпофізарним нанізмом. Пояснення цього: успадкування деякого мутантного гена, або існування якогось успадкування, або третє пояснення: соматотропний гормон виробляється в нормальних кількостях і досить активний, але тканини не чутливі до нього.

Спорадичні випадки. Причини цих випадків: родова травма, механічна травма, гіпоксія, крововиливи; інфекція, або пухлини гіпофіза (аденома).

Клінічні прояви родинної форми: діти народжуються з нормальною масою і зростом, але спостерігається активне відставання в рості з 2-4 років життя. У міру розвитку спостерігається відсутність появи вторинних статевих ознак.

Симптоми. У клініці можуть з'являтися симптоми гіпотиреозу, рідше надниркової недостатності. Інтелект може не страждати, але формується певний тип особистості: негативізм, замкнутість та ін.

У разі спадкової форми пізно з'являються ядра окостеніння та практично залишаються відкритими зони росту, тобто існує можливість впливу препаратами на зони росту і можна, гіпотетично, домогтися збільшення зростання. А у випадках спорадичної гіпофізарної карликовості досить швидко закривається зона росту і впливати на неї неможливо.

Різке відставання в інтелектуальному розвитку.

Високорослі. Гігантизм – зростання понад 2-х метрів.

Етіологія і патогенез. Вроджені (генетично детермінована висока чутливість тканин до соматотропного гормону).

Набуті (травма, інфекція, еозинофільна аденома гіпофіза).

Гігантизм характеризується більш пропорційним розвитком скелета, проте до шкільного віку з'являються ознаки акромегалії, що характеризується більш сильним періостальним зростанням з подовженням кісток рук, носа і т.д.

Симптоми. Підвищена стомлюваність, головні болі. Порушення зору. Приєднання симптомів цукрового та нецукрового діабету. Якщо гігантизм непухлинної етіології, то прогноз більш сприятливий, але ці люди згодом схильні до астенизації, інфекцій.

Ожиріння у дітей – це захворювання з утворенням надлишкової маси тіла за рахунок накопичення жиру. При ожирінні в організмі замість нормальної кількості жиру, що дорівнює 10-15 % маси тіла, його відкладається значно більше.

Існує два типи ожиріння – гіперцеллюлярний і гіпертрофічний. Гіперцеллюлярним (багатоклітинним, гіперпластичним) ожирінням

називають кожний випадок огрядності із збільшенням числа жирових клітин в організмі. При цьому розміри клітин можуть бути і нормальними, і великими. Гіпертрофічна форма ожиріння характеризується нормальним числом жирових клітин та їх великими розмірами. Перша форма ожиріння виникає в дитячому віці, друга розвивається у дорослої людини.

Етіологія та патогенез ожиріння у дітей.

Головна причина ожиріння – переважання калорійності їжі над енергоспоживанням організму. Іншими словами, дитина з їжею отримує більше поживних речовин, ніж організм може переробити, спалити, що згодом призводить до збільшення розмірів жирових клітин і підшкірно-жирової клітковини. Існує низка захворювань і станів, при яких у дітей підвищена схильність до ожиріння, але вони не є його основною причиною.

До таких випадків належать:

- спадкова схильність (надмірно велика кількість жирових клітин);
- ендокринні хвороби, при яких утворення жиру переважає над його розпадом: гіпотиреоз (знижена функція щитоподібної залози), гіпогонадізм та інші;
- різного роду поразки гіпоталамуса – органу, контролюючого діяльність всіх інших ендокринних залоз (травма в пологах, затяжні пологи, інфекції).

Доведено, що 90 % дітей, що страждають ожирінням, набули його в результаті надлишкового надходження поживних речовин (переїдання) в сукупності з малою руховою активністю.

Щоб визначити, якою мірою вага дитини перевищує необхідний показник, зіставляють надлишок ваги щодо довжини тіла.

Виділяють чотири ступені ожиріння:

I ступінь – 15-24 %

II ступінь – 25-49 %

III ступінь – 50-99 %

IV ступінь – понад 100 %

Симптоми ожиріння у дітей. Про ожиріння у дитини можна говорити тільки тоді, коли вага перевищує відповідно до довжини тіла на 15 %. Цей надлишок не повинен бути обумовлений надмірно розвиненими м'язами або особливостями кісткової тканини. Тому часто для того, щоб підтвердити надлишок жирової тканини, вимірюють спеціальним каліпером товщину шкірно-жирової складки.

2.6. ПОРУШЕННЯ СТАТЕВОГО РОЗВИТКУ

Статевий розвиток – процес формування статевих ознак людини, що визначають його статеву належність. Невід’ємно пов’язаний з фізичним, психічним, духовним і іншими аспектами індивідуального розвитку. Головні первинні ознаки статі – статеві залози (яєчка і яєчники), провідні шляхи (сім’япроводи – сім’явивідні шляхи) і яйцепроводи (маткові труби), матка й копулятивні органи (статевий член у чоловіків, піхва, клітор, статеві губи у жінок). Усі інші ознаки, як одна стать відрізняється від іншої (особливості пропорцій тіла, ступінь розвитку молочних залоз, характер оволосіння, тембр голосу й т.п.), є вторинними статевими ознаками.

Усвідомлення власної статевої приналежності повною мірою розвивається до 3-6 років, у процесі того, як дитина усвідомлює себе особистістю. У дітей 2-4 років виявляється так звана статева цікавість, що веде до прагнення розглядати й обмацувати свої статеві органи. Ознаками статевої приналежності в цьому віці є лише особливості будови зовнішніх статевих органів.

Порушення статевого диференціювання (синдром гермафродитизму). Це група захворювань, проявом яких є двостатева структура зовнішніх геніталій.

Справжній гермафродитизм, або синдром істинної двостатевості. Фенотип може бути чоловічим або чисто жіночим. Зовнішні геніталії двостатеві. Латеральна складка з одного боку утворює половину мошонки і в ній яєчко, з протилежного – велику соромітну губу. В усіх хворих виявляють матку, інколи маткові труби. Визначають змішану монаду (статеву залозу). Діагноз встановлюється на підставі двостатевих гонад, наявних внутрішніх жіночих органів на тлі вторинних чоловічих ознак.

Синдром дизгенезії яєчок виникає внаслідок низької андрогенної активності внутрішньоутробного яєчка, внаслідок генетичних чи ембріотоксичних чинників. Унаслідок недорозвинення гонади залишаються прохідні протоки. З них формуються рудиментарні матка, маткові труби, завжди є піхва. Зовнішні геніталії двостатеві: недорозвинутий невеликий статевий член, подібний до гіпертрофованого клітора, розщеплена мошонка, схожа на великі соромітні губи, сечівник відкривається до уrogenітального синусу.

Клінічні форми:

1. Тернероїдний тип: низький зріст, вади розвитку, диспластична монада.

2. Євнухоїдний тип: зріст великий з великими кінцівками, геніталії більше подібні до жіночих.

3. Андроїдний тип: зовнішні геніталії схожі на чоловічі.

Синдром тестикулярної фемінізації – несправжній чоловічий гермафродитизм: гонада чоловіча на тлі жіночого фенотипу. Захворювання зумовлене мутаціями гена рецепторів до андрогенів. Відсутня матка, маткові труби, верхня третина піхви. Виділяють повні та неповні форми синдрому. При повній формі фенотип жіночий, відсутнє оволошіння, глибокий урогенітальний синус, молочні залози розвинені. При неповній формі тестикулярної фемінізації зовнішні статеві органи двостатеві, є оволошіння лобка, пенісopodobний клітор, молочні залози нерозвинені, урогенітальний синус малого розміру.

Контрольні запитання

1. Охарактеризуйте особливості будови ендокринної системи у дітей.
2. Назвіть ендокринні залози та гормони, що вони виробляють.
3. Визначте особливості протікання цукрового діабету в дитячому віці.
4. Назвіть патології розвитку у дітей.
5. Поясніть ускладнення при ожирінні у дітей.
6. Визначте поняття «стать» і схарактеризуйте клінічну картину порушення статевого розвитку дитини дошкільного віку.
7. Що таке «синдром гермафродитизму»?

Література

1. Чеботарьова В.Д. Пропедевтична педіатрія. / В.Д. Чеботарьова, В. Х. Майданник – К.: Б. в., 1999. – С. 197-204; 440-447.
2. Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. / А.В Мазурин, И. М. Воронцов – СПб.: «Издательство Фолиант», 2001. – С. 622-671.
3. Доскин В.А. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. / В.А. Доскин, Х. Келлер, Н.М. Мураенко, М.Р.Тонкова-Ямпольская – М.: Медицина, 1997. – С. 191-210.
4. Эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. Н. Лавина. – М.: Практика, 1999. – 1128 с.

2.7. ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

Дитячі церебральні паралічі (ДЦП) – термін, що об'єднує групу непрогресуючих захворювань головного мозку, що виникли внаслідок недорозвинення або пошкодження структур мозку в антенатальний, інтранатальний і ранній постнатальний періоди, що характеризуються руховими розладами, порушеннями пози, мови, психіки.

Етіологія:

– в процесі внутрішньоутробного розвитку плоду. Серед патогенних факторів, що ушкоджують мозок внутрішньоутробно, провідна роль належить інфекціям (грип, краснуха, токсоплазмоз), соматичним та ендогенним захворюванням матері (вроджені вади серця, хронічні захворювання легень, цукровий діабет, гіпо-і гіпертиреоз та ін.), імунологічній несумісності крові матері і плода (по резус-фактору та іншим антигенам), професійним шкідливим факторам, алкоголізму;

– ураження мозку в процесі пологів, основне значення мають родова травма, асфіксія в пологах, в ранньому післяпологовому періоді - енцефаліти.

Розрізняють три стадії перебігу захворювання: ранню; початкову і хронічно-резидуальну.

Форми ДЦП.

1. Спастична диплегія (хвороба Літтля). Вражає обидві половини тіла, причому більшою мірою ноги, ніж руки. Для спастичної диплегії характерне раннє формування контрактур, деформацій хребта і суглобів.

Етіологія і патогенез. Літтл вперше вказав на роль родової травми в походженні ДЦП. Велика частина дітей народилися недоношеними і перенесли асфіксію при народженні.

Виражені *симптоми* виявляються в перші дні життя дитини. При купанні, сповиванні виражений підвищений тонус м'язів (тугорухливість, опір пасивним рухам). Діти починають ходити з відставанням. Пошкоджується центральний руховий нейрон і розвивається центральний параліч або парез.

Руки уражаються в значно меншому ступені, ніж ноги. Часто порушення моторики рук настільки незначні, що спастична диплегія визначається як «спастичний параліч кінцівок, частіше нижніх, рідше, верхніх і нижніх.

Тонус м'язів ніг різко підвищений (привідних і розгинальних м'язів). Внаслідок цього ноги розігнуті і приведені одна до іншої, іноді

перехрещені. Характерна хода («качина хода»): ступні торкаються підлоги тільки пальцями, ноги переставляються з великими труднощами, часто перехрещуються, що порушує поставу, ускладнює стояння і ходьбу.

Легке порушення рухових функцій рук дозволяє користуватися ними: хворий допомагає собі ними при ходьбі; дає можливість розвивати навички самообслуговування, трудові та навички письма.

Ступінь порушень різна, частіше інтелект збережений. У багатьох дітей – ЗПР (затримка психічного розвитку) і мовні розлади (дизартрія, рідше – моторна алалія).

Спастична диплегія належить до найбільш сприятливої форми ДЦП.

2. Подвійна геміплегія – найважча форма ДЦП. Діагностується вже в період новонародженості.

Етіологія. Симптоми. Характеризується важкими руховими порушеннями у всіх чотирьох кінцівках (іноді руки важче). Рухові розлади часто асиметричні через велику вираженість шийного тонічного рефлексу на одній стороні. Діти не тримають голову, не сидять, не ходять. Не розвиваються передумови до формування самообслуговування. Олігофренія в ступені важкої дебільності, імбецильності або навіть ідіотії. Дизартрія (порушення мовної функції), анартрія (втрата здатності утворювати мовні звуки).

3. Геміпаретична форма – дитяча церебральна геміплегія (повна втрата довільних рухів в руці і нозі з одного боку).

Етіологія і патогенез. Одностороннє пошкодження рухової зони кори головного мозку або основного рухового (пірамідного) шляху, найчастіше в результаті енцефалітів.

Симптоми. Характеризується односторонніми руховими порушеннями. Найчастіше відзначається більш важке ураження руки. М'язовий тонус в руці високий, вона зігнута в ліктьовому суглобі, приведена до тулуба, кисть опущена і стиснута в кулак. Якщо дитина не користується рукою – настає її вкорочення (відставання в зростанні), зменшення в об'ємі (атрофія).

Нога розігнута в колінному суглобі, стопа опущена. Сухожилльні рефлекси підвищені, є патологічні зміни в лівих або правих кінцівках. Найчастіше спостерігається у дітей раннього віку, потім стає менш вираженою, особливо в нижній кінцівці. Характерна хода – плече приведене до тулуба, рука зігнута в ліктьовому суглобі, кисть зігнута або витягнута, пальці зігнуті або притиснуті до кисті. Нога розігнута, злегка повернена всередину, стопа спирається тільки на пальці. Уражені кінцівки

відстають у рості від здорових: кістки коротше, тонше. ЗПР (переборна), олігофренія в стадії дебільності, рідше – імбецильності.

4. Гіперкінетична форма.

Етіологія. Внутрішньоутробне ураження мозку; частіше білірубінова енцефалопатія (несумісність крові матері і плоду по резус-фактору, по групі крові) уражаються підкіркові відділи мозку, які відіграють роль здійснення мимовільного рухового акту.

Симптоми. Характеризується руховими розладами – гіперкінезами (насильницькі мимовільні рухи в різних групах м'язів), які можуть поєднуватися з паралічами і парезами. Спостерігаються, в залежності від форми, інтенсивні, широкі, неритмічні мимовільні рухи в у різних м'язових групах: нахмурювання брів, випинання язика, прицмокування, шмигання носом, хаотичні рухи кінцівок. Утруднюється прийом їжі, стояння і ходьба.

Спастична кривошия – судомні скорочення м'язів шиї. Голова повернена убік і нахилена до плеча. Може поєднуватися з відкиданням голови назад, знизуванням плечима.

Гіперкінетична форма характеризується непостійністю м'язового тону – дистонією. 90 % – мовні порушення (гіперкінетична дизартрія). Інтелект і психіка страждають рідше. Однак мовні і рухові порушення ускладнюють розвиток дитини, її навчання і соціальну адаптацію.

Прогностично сприятлива форма відносно навчання та соціальної адаптації. У чистому вигляді зустрічається рідко.

5. Атонічно-астатична форма.

Етіологія і патогенез. Низький м'язовий тонус і труднощі у вертикалізації (астазія). Несформованість реакцій рівноваги, недорозвинення випрямних рефлексів і порушення координації, розлад цілеспрямованих рухів, ходьби (мозочкова атаксія).

Симптоми. Траєкторія руху зигзагоподібна – хода п'яної людини (хода при атаксії). Важко стояти (особливо на одній нозі), переступати перешкоди, здійснювати повороти, стрибки, бігати. При ходьбі координація рук і ніг не узгоджена. Тремор рук ускладнює виконання довільних дій, позначається на листі – букви танцюють, нерівні і великі, письмо переривчасте. Мова розпадається, втрачає плавність, переривчаста, монотонна, повільна.

Абсцеси і травми головного мозку. Травми спинного мозку.

Абсцеси – це обмежене (осередкове) скупчення гною в головному мозку, що викликає запальні процеси мозку, може виникнути внаслідок

емболії з гнійних ділянок, або ж розвиток буває обумовлений захворюванням вуха або травмою.

У першому випадку абсцеси мозку бувають чисельними; вони швидко призводять до летального кінця і лікуванню не піддаються.

У другому випадку, що зустрічається частіше, хвороба починається поступово, не даючи при цьому характерних симптомів, і тільки наявність етіологічних моментів (травма черепа або хронічне захворювання вуха) примушує думати про можливість абсцесу мозку.

Етіологія залежить від локалізації первинного вогнища інфекції, яке становить вихідну точку абсцесу, та інших чинників ризику:

- запалення пазух носа;
- травма;
- порушення клітинного імунітету – СНІД;
- туберкульоз;
- інші – післяопераційні інфекції, абсцес легень, сепсис.

Симптоми:

- головний біль;
- слабкість і підвищена стомлюваність;
- нудота і блювання без почуття полегшення і зв'язку з прийомом їжі;
- світлобоязнь і сльозотеча;
- напруга і спазм потиличних м'язів;
- втрата свідомості;
- температура і лихоманка;
- інтенсивне потовиділення.

Крім цього, можуть спостерігатися і специфічні симптоми, які залежать від локалізації запального процесу: зниження інтелекту, підвищена балакучість, марення, моторна афазія (порушення мови), порушення координації, м'язова гіпотонія (слабкість м'язів), ністагм (рухи очей з боку в бік), судомні напади, часткові та повні паралічі.

Травми мозку у дитини пов'язані переважно з падінням її з якої-небудь висоти (з даху, паркану, у грудних дітей – з ліжка). При цьому в деяких випадках травма буває настільки значною, що може супроводжуватись розтрощенням, синцем мозку, крововиливом з проявом місцевих вогнищевих симптомів залежно від того, яка частина мозку пошкоджена.

Симптоми залежать від форми травми головного мозку.

Струс головного мозку. Характеризується короткочасною втратою свідомості в момент травми, блювотою (частіше одноразовою), головним болем, запамороченням, слабкістю, болем при рухах очима й ін.

Забій головного мозку легкого ступеня. Відрізняється виключенням свідомості до 1 години після травми, скаргами на головний біль, нудоту, блювоту.

Забій головного мозку середнього ступеня. Свідомість втрачається на кілька годин. Виражено випадання пам'яті (амнезія) на події, що передували травмі, саму травму та події після неї. Скарги на головний біль, неодноразову блювоту. Виявляються короткочасні розлади дихання, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску. Можуть бути порушення психіки. Вогнищева симптоматика проявляється у вигляді нерівномірної величини зіниць, порушень мови, слабкості в кінцівках і т.д.

Забій головного мозку важкого ступеня. Характеризується тривалою втратою свідомості (тривалістю до 1-2 тижнів). Характерні грубі порушення життєво важливих функцій (зміна частоти пульсу, рівня тиску, частоти і ритму дихання, температури). У неврологічному статусі відзначаються ознаки ураження стовбура мозку – плаваючі рухи очних яблук, порушення ковтання, зміна м'язового тону і т.д. Можуть виявлятися слабкість в руках і ногах аж до паралічів, а також судомні напади. Забій тяжкого ступеня супроводжується, як правило, переломами склепіння та основи черепа і внутрішньочерепними крововиливами.

Стиснення головного мозку. Основною причиною стиснення мозку при черепно-мозковій травмі є скупчення крові в замкнутому внутрішньочерепному просторі. Причиною стиснення мозку можуть бути також вдавнені переломи кісток склепіння черепа, особливо проникнення кісткових відламків на глибину понад 1 см.

Симптоми. У більшості випадків відзначається втрата свідомості в момент травми. У подальшому свідомість може відновлюватися. Період відновлення свідомості називається світлим проміжком. Через кілька годин або діб хворий знову може впасти в несвідомий стан, що, як правило, супроводжується наростанням неврологічних порушень у вигляді появи або поглиблення парезів кінцівок, епілептичних нападів, розширення зіниці з одного боку, брадикардії (частота пульсу менше 60 за хвилину) тощо. По темпу розвитку розрізняють гострі внутрішньочерепні гематоми, які проявляються в перші 3 доби з моменту травми, підгострі – клінічно проявилися в перші 2 тижні після травми, і хронічні, які діагностуються після 2 тижнів з моменту травми.

Травми спинного мозку.

Більша частина пошкоджень спинного мозку викликає втрату чутливості нижче місця ураження і здатності рухатися (параліч) або постійну недієздатність. Параліч, що зачіпає велику частину тіла, в тому числі руки та ноги, називається тетраплегією. Коли враження спинного мозку зачіпає тільки нижню частину тіла, кажуть про параплегію.

Симптоми пошкодження спинного мозку залежать від двох факторів:

1. Розташування пошкодження. Загалом, пошкодження верхніх відділів спинного мозку обумовлює більший за обсягом параліч. Наприклад, пошкодження верхніх шийних відділів спинного мозку може викликати параліч обох рук і обох ніг, пацієнт може дихати лише за допомогою апарату штучного дихання, тоді як пошкодження, розташовані нижче, можуть вразити тільки ноги і нижню частину тіла.

2. Ступінь тяжкості пошкодження. Пошкодження спинного мозку бувають частковими або повними, це залежить від того, яка частина спинного мозку була вражена.

При частковому пошкодженні спинного мозку, яке ще називають частковою травмою, спинний мозок може передавати деякі нервові імпульси в головний мозок і з нього. Тому пацієнти з частковим пошкодженням спинного мозку володіють деякою чутливістю і, можливо, деякими моторними функціями нижче ураженої ділянки.

Повне пошкодження спинного мозку проявляється повною або практично повною втратою моторної функції і чутливості нижче ділянки пошкодження. Однак навіть при повному пошкодженні спинний мозок майже ніколи не є повністю перерізаним. Лікарі застосовують термін «повне», щоб описати велику площу враження спинного мозку. Це важлива відмінність, тому що багато пацієнтів з частковими враженнями спинного мозку можуть відновитися, тоді як пацієнти з повними пошкодженнями – не можуть.

Пошкодження спинного мозку будь-якого виду можуть призвести до появи одного або більше ознак і симптомів:

- біль або інтенсивна печія, викликані враженням нервових волокон в спинному мозку;
- втрата здатності рухатися;
- втрата чутливості, в тому числі здатності відчувати тепло, холод і дотик;
- втрата контролю над роботою кишківника і сечового міхура;

- надмірна рефлекторна активність або спазми;
 - утруднене дихання, кашель або відкашлювання секрету з легенів.
- Критичні ознаки і симптоми.

Критичні ознаки та симптоми пошкодження спинного мозку після травми голови або нещасного випадку включають:

- періодичну втрату свідомості;
- сильний біль у спині або відчуття тиску в ділянці шиї, голови або спини;
- слабкість, втрата координації або параліч будь-якої частини тіла;
- оніміння, поколювання або втрата чутливості в кистях, пальцях рук, ступнях або пальцях ніг;
- втрата контролю над роботою кишківника і сечового міхура;
- проблеми з рівновагою і ходінням;
- утруднене дихання після травми;
- неправильне або викривлене положення шиї і спини.

Пошкодження може бути травматичним і нетравматичним.

Травматичне пошкодження спинного мозку може виникнути внаслідок раптового, травмуючого удару хребта, який ламає, зміщує, руйнує або здавлює один або більше хребців. Таке пошкодження може також бути результатом вогнепального або ножового поранення спинного мозку. Додаткове пошкодження зазвичай проявляється через кілька днів або тижнів внаслідок кровотечі, набряку, запалення і скупчення рідини в спинному мозку і навколо нього.

Нетравматичне пошкодження спинного мозку може бути викликане артритом, раком, порушенням роботи кровоносних судин або кровотечею, запаленням, інфекціями або дегенеративними захворюваннями хребта.

Неврози у дітей. Дана патологія – найрозповсюдженіший вид нервово-психічної патології. Спочатку неврози постають як емоційні розлади, що виникають переважно в умовах порушених стосунків в сім'ї, наперед, з матір'ю (особливо в ранньому дитинстві), в подальшому виникають проблеми пов'язані з батьком, який не здатний вирішити проблеми особистості дитини. Батьки часто не в змозі розв'язати багато особистих проблем, самі можуть страждати неврозами. Тому це дає змогу розглядати невротичний стан дитини як відображення особистих проблем батьків.

Етіологія. До факторів, що можуть ускладнити процес формування особистості, належать причини соціально-психологічного, соціально-культурного, соціально-економічного характеру.

Невроз – нервово-психічний розлад, що виникає внаслідок порушення особливо значущих життєвих відношень людини та проявляється специфічними клінічними феноменами при відсутності психотичних явищ.

Для неврозів характерно:

1. Зворотність патологічних порушень.
2. Психогенна природа захворювання (зв'язок між клінічною картиною та конфліктною ситуацією хворого).
3. Домінування емоційно-афективних розладів.

Неврози можуть виникати у осіб, що не страждають психопатіями, надсильний психотравмуючий фактор може викликати розвиток неврозу у будь-якої людини.

Характерні риси людей в передхворобній фазі залежно від форми неврозу.

Класифікація:

1. Неврастенії.
2. Невроз жаху.
3. Невроз нав'язливих станів.
4. Істеричний невроз.

1. *Неврастенія* – підвищена відповідальність, добросовісність, висока чутливість до критики, висока працездатність, активність при вираженій емоційності.

2. *Істерія* – висока егоїстичність, егоцентризм, висока активність, незначна рішучість, висока впевненість в собі, прагнення лідерства.

3. *Невроз нав'язливих станів* – низька активність, нерішучість, виражена тривожність.

Вплив виховання в сім'ї:

1. При істерії – надмірна ласкавість батьків, сюсюкання, невиправдане підкреслення існуючих та неіснуючих переваг дитини, що веде до неадекватного завищення самооцінки.

2. Невроз нав'язливих станів – надмірне оберегання дитини, залякування, зменшення ініціативності та рішучості у дитини.

3. Неврастенія – стимулюється нездоровий потяг до успіху без урахування сил та можливостей дитини.

У патогенезі психогенних розладів особливе місце займає психологічний конфлікт (зовнішній чи внутрішній), патогенність якого обумовлюється нездатністю хворого вирішити його. Зовнішній конфлікт – стикання порушених відношень особистості з вимогами оточуючого

середовища. Внутрішній – визначається існуванням суперечливих бажань, тенденцій, мотивацій. Конфліктні ситуації. При виникненні конфлікту особистість не може прийняти певного рішення.

Неврастенія – нервові виснаження, викликане перевтомою або тривалим впливом психотравмуючих чинників.

Симптоми. Неврастенія проявляється у формі нестабільності емоційного стану (настрою), підвищеною збудливістю, дратівливістю, плаксивістю, втомою. Працездатність дитини значно знижується, вона швидко втомлюється, з'являються головний біль, млявість, сонливість, пасивність.

В одних випадках переважає підвищена дратівливість, примхливість, іноді психомоторне збудження, а в інших навпаки млявість, втома, переляканий стан, сором'язливість. Часом у дітей можуть бути виражені лише окремі симптоми неврастенії: головний біль, розлади сну і апетиту, зниження працездатності.

Невроз страху. Страху у дітей самі по собі не повинні розглядатися як прояв хвороби, оскільки підвищена лякливість є їх фізіологічною особливістю. Іноді в результаті неправильного виховання (залякування дітей) або психічної травматизації страхи мають стійкий характер.

Симптоми. Може змінюватися поведінка дитини. Вона починає боятися темряви, перебувати одна в приміщенні, боїться нових людей. У маленьких дітей часто виникають нічні страхи. Вони можуть мати затяжний перебіг.

Перебіг неврозу страху відрізняється динамічністю симптомів, характеризується повторенням, може бути затяжним. У такому випадку говорять про нав'язливі страхи (фобії).

Невроз нав'язливих станів. Нав'язливі стани частіше розвиваються у віці десяти-чотирнадцяти років, але можуть виникати і значно раніше у віці двох з половиною – чотирьох років.

Симптоми. Характерними для дитячого віку є нав'язливі страхи (фобії) гострих предметів, відкритих просторів (агорафобія), коли дитина уявляє небезпечними природні та казкові явища, смерть, пітьму, шкільні ситуації, боїться заразитися. Невроз нав'язливих станів часто розвивається у дітей з істеричним розвитком, примхливих, які вимагають до себе особливої уваги.

Істерія – це важкий невроз, який супроводжується сильним емоційним і афективним станом. Це явище може бути тимчасовим і зворотнім, тобто без будь-яких наслідків для організму, відсутні

патологічні зміни в нервовій системі. Такий стан може виникнути від хвилювання, якогось страху, стресу тощо.

Симптоми. Істерія у дітей супроводжується рухами рук і ніг, а також небажанням грати, бігати, ходити тощо. Стан афекту – плач, крик, гнів, який може закінчитися судомою, нападами епілепсії (не справжньої), порушенням зору та слуху, паралічем, а також іншими серйозними ускладненнями. Апетит, якщо не остаточно втрачений, то значно знижений. Слиновиділення майже завжди збільшується. З очей виділяються потоки сліз, повіки запалюються. Плачуть без жодної на те причини. Вираз обличчя і колір шкіри змінюються досить швидко. Іноді хворий одночасно сміється й плаче.

У тяжких випадках хворі з криком падають на спину або бік, але на відміну від епілептичного нападу реакція зіниць на світло зберігається. З'являються судоми із значним вигинанням спини. Іноді це справжня «істерична дуга». Внаслідок судом м'язів обличчя, шиї, голови, стравоходу з'являються скрегіт зубів, крик, голосний сміх, що переходить у плач, а також позіхання, зітхання, судомне стиснення стравоходу. Після нападу хворий швидко включається, починає реагувати на навколишні події. Судомні напади пов'язані з емоційним перенапруженням.

Епілепсія – тяжке захворювання, основою якого є спонтанна безладна активність клітин головного мозку. На даний момент не встановлено жодної чіткої причини епілепсії. Існують лише провокуючі фактори, які можуть стати причиною розвитку захворювання: пороки внутрішньоутробного розвитку, родові травми, інфекційні захворювання (менінгіти та енцефаліти), травми голови, особливо з тривалою втратою свідомості, ДЦП, пухлини головного мозку.

Симптоми. Картина епілептичних випадків у дітей мало відрізняється від такої у дорослих. Розрізняють, як і в дорослих, два види епілепсії: «великий випадок» і «малий».

При великому випадку дитина раптово падає, іноді з криком, непритомніє, і у неї починаються спочатку тонічні, а потім клонічні судоми кінцівок і лицьових м'язів.

Судоми супроводжуються прикушуванням язика, сильним виділенням слини, нерухомістю зіниць; при цьому нерідко буває також мимовільне виділення сечі й калу. Напад триває декілька хвилин (2–4), а потім дитина на короткий час приходить у свідомість і відразу засинає; після сну вона нічого не пам'ятає.

У деяких випадках нападам передуює особливий стан (так звана аура), що виражається у дітей блюванням, болями в животі, страхом і передчуттям небезпеки. Іноді діти сідають на підлогу або ж ховаються в куток кімнати, де у них і відбувається напад. Частота нападів буває різна: від 1–2 на рік до декількох випадків на місяць або на тиждень; в дуже рідких випадках бувають і щоденні напади.

Іноді напад триває недовго: дитина втрачає притомність лише на одну мить, на декілька секунд, іноді вона навіть залишається в сидячому положенні, тільки дещо нахилиється вперед, а потім тут же без всяких судом приходить до тями. Така форма епілепсії має назву «малої». Такі напади можуть повторюватись у дитини 1–2 рази на день і навіть значно частіше (до 40 на день).

Контрольні питання

1. Поясніть причини виникнення невротичних розладів у дітей дошкільного віку.
2. Складіть таблицю (за пунктами: етіологія, патогенез, симптоми) дитячих неврозів.
3. Назвіть хвороби, які визначають запалення головного мозку та мозкових оболонок.
4. Визначте симптоматику уражень спинного мозку.
5. Охарактеризуйте особливості протікання епілепсії у дитячому віці.
6. Поясніть, чим відрізняються епілептичні випадки від істеричних.
7. Охарактеризуйте основні причини, форми і особливості протікання дитячого церебрального паралічу у дітей.

Література

1. Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М: МЕДпресс-информ, 2019. – 208 с.
2. Буянов М. І. Основи психотерапії дітей і підлітків / М. І. Буянов. – М.: Просвещение, 1998.
3. Мойсак О. Д. Основи медичних знань і охорона здоров'я / О. Д. Мойсак. – К.: Арістей, 2007. – 616 с.
4. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш та ін.; за ред. С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. – 2018. – 592 с.
5. Ткаченко С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С. К. Ткаченко, Р. І. Поцюрко, Л. В. Беш та ін. – К.: «Медицина», 2009. – 560 с.

РОЗДІЛ 3

ІНФЕКЦІЙНІ ДИТЯЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ

3.1. ПОНЯТТЯ ПРО ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ. ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ІМУНІТЕТ, ЙОГО ВИДИ.

Термін «інфекція» походить від латинського слова *inficere* – заражаю. Отже, під інфекцією розуміють проникнення і розмноження хвороботворних мікроорганізмів в іншому організмі та їх взаємодію при різних умовах.

Інфекційне захворювання – це стан, викликаний хвороботворними мікроорганізмами (бактеріями, вірусами, рикетсіями, грибками) та виробленими ними токсинами (отрутою), які передаються від хворої людини або тварини здоровій людині. Інфекційні хвороби проявляються у вигляді епідемічних осередків.

Причина кожного інфекційного захворювання – збудник, непомітний для ока мікроорганізм: паличка або вірус, стрептокок або вібріон. Таких збудників, що здатні «атакувати» людину, є безліч.

Наступна характерна ознака для всіх інфекцій – це так звані періоди розвитку інфекційного процесу.

1. *Інкубаційний період*, або прихований, що триває від моменту проникнення інфекційного збудника в організм дитини до появи перших ознак захворювання. Іноді інкубаційний період буває від 1-2 днів до року. Протягом інкубаційного періоду відбувається розмноження й накопичення мікробів та їхніх отрут, підвищення реактивності організму до збудника.

2. *Продромальний період*: з'являються ознаки інтоксикації – підвищення температури тіла, лихоманка, порушення з боку нервової системи (головний біль, запаморочення, важкість в голові, нудота і т. п.), загальна слабкість, почуття ломоти у всьому тілі, особливо в суглобах.

3. *Період розпалу хвороби* (у такий період інфекційний процес досягає високої інтенсивності, тримається на цьому рівні певний час, що є неоднаковим при різних захворюваннях).

4. *Період реконвалесценції, тобто одужання* (при сприятливих умовах перебігу така хвороба переходить у стадію одужання, першою ознакою чого є спадання температури, поліпшення загального самопочуття і т.п. При багатьох інфекційних захворюваннях клінічне

одужування не збігається за часом зі звільненням інфікованого організму від збудника хвороби).

Характерними властивостями мікроорганізмів є:

- висока ефективність зараження людей;
- здатність викликати захворювання у результаті контакту здорової людини із хворою або з певними зараженими предметами;
- наявність певного інкубаційного періоду, тобто з моменту зараження до прояву певного захворювання (від декількох годин до десятків днів);
- певні труднощі з визначенням окремих видів збудників.

Шляхи інфікування інфекції.

В організм людини збудники інфекцій можуть потрапляти різними шляхами:

- через верхні дихальні шляхи (повітряним);
- через шлунково-кишковий тракт (повітряно-крапельним);
- через проникнення у кров (в основному передаються кровоносними паразитами);
- через шкіру;
- через слизові оболонки.

Симптоми. Інфекційне захворювання в більшості випадків починається гостро (протягом 1-3 діб) або підгостро (протягом 7 днів). Як правило, на ранніх стадіях багато інфекційних хвороб за своїми проявами схожі. При інфекційному захворюванні з'являються ознаки інтоксикації – підвищення температури тіла, лихоманка, порушення з боку нервової системи (головний біль, запаморочення, важкість в голові, нудота і т. п.), загальна слабкість, почуття ломоти у всьому тілі, особливо в суглобах. По мірі одужання вираження проявів інфекційної інтоксикації зменшується. Інфекційне захворювання відрізняє швидка зміна різних симптомів: поява одних і зникнення або збільшення вираження інших протягом захворювання.

По мірі розвитку хвороби картина прояснюється: з'являються ознаки переважного ураження будь-яких органів (або органа), що дає можливість віднести дане захворювання до кишкової інфекції, інфекції дихальних шляхів і т. д. Висип на шкірі або на видимих слизових оболонках при інфекційних захворюваннях, на відміну від висипки при шкірних захворюваннях, з'являється на тлі ознак загальної інтоксикації. Лімфатичні вузли реагують на збудника інфекції помітним збільшенням і

бодем при натисканні. У більшості випадків ускладнення, що виникають при інфекційному захворюванні, наприклад, інфекційно-токсичний шок, ниркова та печінкова недостатність, міокардит, інфекційна енцефалопатія і т. п., не зачіпають органи, уражені при даній хворобі, але можуть становити безпосередню загрозу для життя хворого.

Епідемія – це масове розповсюдження інфекційних захворювань людини в будь-якій місцевості чи країні, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності. *Пандемія* – епідемія, що охоплює більшу частину населення країни, групи країн, континенту. *Епідемічний процес* – безперервний ланцюг послідовно виникаючих та взаємозв'язаних інфекційних станів (хворі, носії), що проявляється у вигляді епідемічних вогнищ з хворими та носіями. Епідемічне вогнище – це місце перебування джерела інфекції з оточуючою його територією в тих межах, в яких воно може передавати хворобу.

Для запобігання захворювань проводяться такі профілактичні заходи: проведення профілактичних щеплень; карантинні заходи (під карантинном розуміється комплекс заходів щодо припинення розповсюдження інфекції, в тому числі ізоляція раніше хворих, дезінфекція місця проживання хворих, виявлення контакту інфекції з хворими та інше); вилучення джерела інфекції. Також дуже важливим фактором у запобіганні інфекційних захворювань є здоровий імунітет.

Імунітет – форма захисту людського організму для підтримання стійкості до чужорідних антигенів (мікробних, вірусних, грибкових, паразитарних, клітинних та ін.), які порушують гомеостаз, призводячи до патологічних імунних та інших фізіологічних реакцій.

Кожна клітина людського організму має свою антигенну структуру, тобто свій антиген, за яким клітини імунної системи можуть відрізнити «своїх від чужих». У випадку потрапляння бактерії чи вірусу відбуваються специфічні імунні реакції, направлені на розпізнавання та знищення чужорідних антигенів. Одним із методів їх знищення є вироблення антитіл. *Антитіла* – високо специфічні біологічно активні речовини, які забезпечують зв'язування та знищення антигенів (у цьому випадку чужорідних). Таким чином утворюється ціла система «антиген – антитіло», яка впродовж мільйонів років забезпечує універсальний захист всіх живих організмів. Але антитіла виробляються лише на антигени, з якими імунна система вже мала справу. Коли збудник потрапляє до організму перший раз, то захист спрацьовує не одразу, тому розвивається захворювання. Проте, коли відбуваються повторні атаки, універсальні клітини пам'яті

передають сигнал для вироблення антитіл саме до цього антигена, який уже добре знайомий.

Види імунітету.

Вроджений імунітет – отримується від матері.

Набутий – активний – утворюється після перенесеного захворювання (природний), або після вакцинації (штучний); *пасивний* – з'являється тимчасово при введенні уже готових антитіл.

Характеристика основних форм імунітету.

Вроджений (спадковий) імунітет – стійкість організму до певних патогенних агентів, яка властива даному виду і передається спадково. Вважають, що цей вид імунітету зв'язаний з особливостями генотипу даного конкретного виду макроорганізму (несприйнятливність людини до чуми рогатої худоби, курячої холери, а тварин – до скарлатини, кору).



Видовий імунітет є наслідком тривалої еволюції взаємовідносин організму і патогена. Він може бути абсолютним і відносним та залежить від біологічних особливостей організмів, які сформувалися у процесі історичного розвитку в ході природного добору, мінливості й генетичної адаптації до умов довкілля.

Під *набутим* імунітетом розуміють специфічний захист проти генетично чужорідних субстанцій (антигенів), який здійснюється імунною системою організму через вироблення антитіл. Набутий імунітет виробляється в результаті перенесеного захворювання або вакцинації здорового організму.

Розрізняють *природний і набутий штучний імунітет*.

Природний імунітет буває активним і пасивним. *Природний активний* імунітет може виникати після перенесення інфекції і тривати місяцями, роками або все життя. *Природний пасивний* імунітет має

новонароджений організм, набуваючи його від матері в період внутрішньоутробного розвитку.

Набутий штучний імунітет виробляється в результаті активної або пасивної імунізації організму. *Штучний активний* імунітет формується під впливом вакцин і може тривати від кількох місяців до кількох років. Імунітет, зумовлений введенням в організм готових захисних речовин (антитіл) у вигляді сироваток, дістав назву *набутого штучного пасивного* імунітету.

Набутий імунітет не успадковується. Він формується щодо конкретного виду патогенного мікроба в результаті контакту з ним, тобто є суворо специфічним. Цей вид імунітету дуже стійкий; наприклад, після віспи він зберігається все життя, а після кору, висипного тифу – тривалі роки.

Неспецифічна резистентність (опірність). Під нею розуміють відносний рівень природженої стійкості організму щодо дії різних чинників: механічних, фізичних, хімічних, біологічних, у тому числі мікробів, їхніх токсинів тощо. Резистентність може бути властивою всьому організму або його окремим системам, тканинам і органам. Вона пов'язана з анатомо-фізіологічними і генетичними особливостями організму, з його механічними гуморальними і клітинними неспецифічними факторами захисту тощо.

Неспецифічна резистентність організму зумовлена такими факторами захисту, як бар'єрна функція шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, бактерицидних речовин слини, крові, видільна система, температурна реакція тощо. Ці фактори не потребують спеціальної перебудови, а знешкоджують чужорідні тіла і речовини в основному за рахунок механічної або фізико-хімічної дії.

Розрізняють *антибактеріальну і антитоксичну, протівірусну і протипаразитарну форми імунітету* (залежно від того, проти яких агентів спрямовані захисні сили організму). Хоча абсолютно автономних форм імунітету не існує, всі вони взаємозв'язані і показують свою дію в організмі за участю всіх його систем.

Щеплення (вакцинація). З метою забезпечення епідемічного благополуччя населення України та попередження інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, наказом МОЗ № 276 від 31.10.2000 року затверджено календар профілактичних щеплень. Батьки та медичні працівники повинні неухильно дотримуватись календаря, від цього залежить здоров'я дитини та стан її імунітету.

Дитина, яка не отримала щеплення, наражається на великий ризик захворіти й отримати ускладнення.

Щеплення – форма профілактичних заходів, що забезпечує створення штучного імунітету. Вона проводиться проти однієї інфекції (моновакцинація) або 5-7 (полівакцинація). Даний захід імунопрофілактики реалізується за допомогою вакцин – лікарських препаратів, які містять ослаблені чи вбиті мікроорганізми, анатоксини (деактивовані токсини бактерій), або продукти хімічного розщеплення мікроорганізмів (так звані бактеріальні лізати).

Види вакцин.

- живі вакцини (віспа, бруцельоз, туберкульоз, туляремія);
- вбиті вакцини (черевний тиф, кашлюк);
- хімічно-модифіковані (паратиф А і В, дизентерія та ін.);
- анатоксини (дифтерія, правець, газова гангрена, ботулізм).

Штучна активна імунізація може створити достатнє напруження імунітету, на відміну від пасивної, при якій вводяться готові антитіла (імуноглобуліни), період напівжиття яких складає близько 2,5 місяців. У такому разі при наступній зустрічі із збудником їх вводять знову, що часто веде до маси різних клінічних ускладнень.

У дитячому віці проводяться комплексні вакцинації проти багатьох найнебезпечніших захворювань. А якщо є вірогідність виникнення епідемії, проводять масові щеплення препаратами, специфічними для збудника, який загрожує поширенням.

Аліментарна профілактика інфекцій така ж важлива, як і боротьба з ними. Адже навіть просто вимиті вчасно руки після відвідин убиральні або повернувшись з вулиці, може врятувати від низки кишково-інфекційних захворювань. Джерелом інфекцій може бути що завгодно, від перил на сходах і кнопок у ліфті, до грошових банкнот, які пройшли через безліч рук.

Існує лише кілька протипоказань до вакцинації:

1. Гостре захворювання, що супроводжується температурою вище 38,5°C.
2. Серйозна алергічна реакція (анафілактичний шок) на попередню дозу вакцини чи відома алергічна реакція на один із компонентів вакцини.
3. Захворювання і стани організму, при яких імунітет після введення вакцини може не сформуватися.

4. Дітям з неконтрольованою епілепсією не рекомендовано вводити цільноклітинні вакцини проти кашлюка.

Календар щеплення за віком

Вік	Тубекульоз	Гепатит В1	Дифтерія Коклюш Правець	Поліомієліт Краснуха Паротит	Кір
1 день	-	+	-	-	-
3 дні	+	-	-	-	-
1 місяць	-	-	-	-	-
3 місяця	-	+	+	+	-
4 місяця	-	-	+	+	-
5 місяців	-	+	+	+	-
6 місяців	-	-	-	-	-
12-15 місяців	-	-	-	-	+
18 місяців	-	-	+	+	-
3 роки	-	-	-	+	-
6 років	-	-	+	+	+
7 років	+	-	-	-	-

В Україні перелік протипоказань ширший. Наприклад, в Україні не можна вакцинувати дітей з підвищеною температурою. Перелік протипоказань визначений наказом Міністерства охорони здоров'я України. Наявність протипоказань до вакцинації визначається індивідуально для кожної дитини.

Контрольні питання

1. Дайте визначення поняттям: інфекція, інфекційний процес, інфекційна хвороба.
2. Поясніть стан: загострення, ремісії, рецидиву інфекційної хвороби.
3. Особливості протікання інфекційних хвороб у дітей.
4. Визначте механізм і шляхи інфікування інфекції.
5. Зобразіть схематично імунітет, його види, форми.
6. Дайте визначення поняттям: імунітет, види імунітету, імунопрофілактика.
7. Види вакцин. Активна і пасивна імунізація.
8. Охарактеризуйте склад сироваток, вакцин та інших препаратів, що використовують для імунізації.
9. Охарактеризуйте поняття «епідемія», «пандемія», «дезінфекція та її види».

Література

1. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж. І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – С. 322-380.
2. Інфекційні хвороби / За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. С.55-70.
3. Крамарев С. О. Інфекційні хвороби у дітей / С.О.Комаров – К: МОРІОН, 2003. – 480 с.
4. Руководство по инфекционным болезням/Под ред. Лобзина Ю.В. – СПб: Фолиант, 2003. – С. 21-38.
5. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни. – Ростов н/Д.: Феникс, 2001. – 959 с.

3.2. ІНФЕКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ. ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ ТА ОТИТ У ДІТЕЙ

Грип. Вірусна природа грипу встановлена у 1933 році англійськими вченими. Збудники – РНК – містять віруси. Вони класифікуються на три самостійних типи: А, В, С. Віруси грипу – внутрішньоклітинні паразити, високо чутливі до зовнішніх впливів: гинуть під дією прямих сонячних променів, ультразвуку, формаліну; при температурі 60°C віруси втрачають інфекційність майже миттєво.

Шляхи поширення даної хвороби:

- повітряно-крапельний або аерогенний шлях має на увазі під собою поширення хвороби разом з найдрібнішими частинками слини або слизу при кашлі та чханні на відстань до 2 метрів;
- контактно-побутовий шлях має на увазі, що від хворої людини можна заразитися через посуд, предмети побуту, при неагресивному навколишньому середовищі, в якій свинячий грип здатний виживати і поза організмом людини протягом 2 годин.

Інкубаційний період триває від декількох годин до 2 -4 днів.

Клінічні прояви і симптоми грипу у дітей. Захворювання починається гостро, раптово, з підйому температури тіла до високих цифр (39-40°C), ознобу, запаморочення, загальної слабкості, м'язових і суглобових болів. Температура досягає максимуму до кінця першої, рідше – на другу добу хвороби. Діти скаржаться на головний біль в ділянці скронь, лоба, надбрівних дуг, очних яблук; пропадає апетит, погіршується сон, трапляється марення, галюцинації, нудота, блювота. Характерні слабкі катаральні явища у вигляді покашлювання, закладення носа, мізерних

виділень з носа, болю або першіння в горлі, особливо при ковтанні. У важких випадках – постійні носові кровотечі, судоми, короткочасна втрата свідомості, менінгеальні симптоми.

Класифікація грипу у дітей.

По важкості розрізняють легку, середньоважку, важку, або токсичну і гіпертоксичну, форми грипу. Тяжкість визначається ступенем вираженості загальної інтоксикації (гіпертермія, неврологічні симптоми: головний біль, запаморочення, втрата свідомості, судоми, менінгеальні симптоми, вираженість геморагічного синдрому, порушення серцево-судинної діяльності, що супроводжуються циркуляторними розладами і ураженням м'язів серця).

Легка форма грипу. До легких належать і стерті форми грипу, що протікають при нормальній температурі тіла і за відсутності будь-яких симптомів інтоксикації. У дитини при цьому можуть бути виражені тільки катаральні явища: нежить, кашель.

При середньоважкій формі грипу у дітей в наявності всі ознаки грипозної інтоксикації: озноб, головний біль, запаморочення, м'язові і суглобові болі. Температура тіла піднімається до 39,5 °С. Може виникнути сегментарна пневмонія.

При важкій формі грипу у дітей є ще більш виражені ознаки грипозної інтоксикації: затьмарена свідомість, марення, галюцинації, блювота, короткочасні судоми, підвищення температури тіла до 40-40,5 °С. Можливі важкі бактеріальні ускладнення, порушення серцево-судинної діяльності, геморагічний набряк легенів, гнійно-некротичний ларинготрахеобронхіт.

Для гіпертоксичної формі грипу у дітей характерні менінгоенцефалічний, геморагічний і гіпертермічний синдроми.

Перебіг грипу у дітей.

Перебіг грипу завжди гострий. Тривалість гарячкового періоду – 3-5 днів. Зниження температури тіла зазвичай відбувається критично. З падінням температури стан дітей покращується. Можливі повторні підйоми температури тіла, проте вони зазвичай обумовлені нашаруванням бактеріальної флори чи іншої вірусної респіраторної інфекції. Загальна тривалість хвороби – 7-10 днів. Після перенесеного грипу протягом 2-3 тижнів можуть зберігатися явища післяінфекційної астениї. Діти скаржаться на підвищену стомлюваність, слабкість, головний біль, дратівливість, безсоння.

Ускладнення групи у дітей.

Ускладнення можуть виникати в будь-які терміни від початку хвороби. Найбільш частими з них, особливо у дітей раннього віку, є отити, запалення придаткових пазух, гнійний ларинготрахеобронхіт, вогнищева або сегментарна пневмонія. Всі ці ускладнення виникають при нашаруванні на грипозну вірусну інфекцію бактеріальної флори.

Особливо важко, тривало і хвилеподібно протікають ларинготрахеобронхіти у дітей раннього віку, клінічно проявляються синдромом крупа. Вогнищеві пневмонії при грипі також завжди обумовлені приєднанням бактеріальної інфекції. З неврологічних ускладнень можуть бути менінгіт, менінгоенцефаліт і енцефаліт, рідше – невралгії, неврити.

Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ) або застуда – це гостра респіраторна вірусна інфекція (гостре респіраторне захворювання).

Збудники. На сьогоднішній день відомо понад двохсот видів респіраторних вірусів, які можуть викликати різноманітні захворювання верхніх відділів дихальної системи (ніс, носоглотка, глотка). Часто застуда вражає і нижні дихальні шляхи (трахея, бронхи, легені).

Шлях інфікування:

- повітряно-крапельним шляхом (чхання, кашель), через слизу, в якому вірусна інфекція живе довше, ніж у повітрі або в сухому місці;
- контактено-побутовим – через загальні предмети побуту, руки, поручні в громадському транспорті. Якщо лікування застуди не викликає ускладнень, то вона, в середньому, триває близько тижня.

Симптоми застуди. Найчастіше застуда або ГРВІ проявляє себе запаленням лімфатичних вузлів. Це болючі при натисканні ущільнення на шиї, потилиці, під нижньою щелепою, за вухами (за мочкою вуха). При застуді з'являється нежить з рясними виділеннями слизу або закладеність носа і незвичайна сухість слизової носа (при зараженні риновірусом). Виникає сухий кашель, болить горло або з'являється осиплість голосу (при вірусі парагрипу). Іноді з'являється почервоніння очей і починається сльозотеча (при аденовірусної інфекції), а також блювота і розлад шлунка (при ротавірусі). Температура при попаданні респіраторної вірусної інфекції в організм може підвищуватися від 37 до 38,5 градусів. Вкрай рідко ГРВІ проходить безсимптомно.

Етапи ГРВІ. Характерні три стадії розвитку цього інфекційного захворювання. *На першому етапі* зараження ГРВІ, температури, як правило, не буває, але з'являється дискомфорт в носі, носоглотці та

горлі. Потім, на *другому етапі*, коли інфекція потрапляє в кровоток, з'являється гарячковий стан, підвищується температура, слизова губ покривається бульбашковими висипаннями (вірус герпесу), починається виснажливий лаючий кашель, посилюється біль у горлі, голові, суглобах і м'язах. Якщо не виникають ускладнення, то завершується застуда *третьім етапом* – очищенням від слизу (рясний нежить і кашель з відхаркуванням згустків слизу).

Ускладнення при застуді. Несвоєчасне або неправильне лікування застуди може викликати ускладнення. Ускладнення виникає через зараження ослабленого організму хвороботворними (патогенними) бактеріями. Ускладнення після ГРВІ проявляється вже на 7-10 день – при стабільно високій температурі – як запалення слизової носа (риніт), носових пазух (синусит), вуха (отит), бронхів (бронхіт), мозкових оболонок (менінгіт), легень (одно- або двостороння пневмонія), нервової системи (неврит) та іншим способом. Ці ускладнення часто мають комбінований і хронічний характер, що ускладнює їх лікування.

Ангіна у дітей – гостре інфекційне захворювання – запалення піднебінних мигдаликів у ротовій порожнині.

Джерелом інфекції є людина, хвора на ангіну чи іншу стрептококову інфекцію.

Шляхи інфікування: аліментарний і повітряно-крапельний. З порожнини рота або глотки (каріозні зуби, хронічне запалення піднебінних мигдалин і ін.) відбувається ендогенне інфікування. Гнійні захворювання носа та його придаткових пазух також можуть бути джерелом інфекції.

Збудники: стрептококи, стафілококи. Рідше інші патогенні бактерії при виникненні сприятливих умов для розмноження – переохолодження, вірусні інфекції, погане харчування, перевтома.

Інкубаційний період триває від кількох годин до 2 діб.

Симптоми. Хвороба починається гостро, з головного болю, підвищення температури тіла, ломоти в суглобах, ознобу. Одночасно (рідше наприкінці 1-ї доби) з'являється біль у горлі – спочатку при ковтанні, а згодом постійний. Частий і ранній симптом ангіни – збільшення регіонарних (підщелепних) лімфовузлів, їх болючість. Обличчя гіперемійоване, часто спостерігається герпетична висипка. Гарячковий період триває 3–5 днів. З перших днів хвороби відзначають ознаки ураження серцево-судинної системи: тахікардію, приглушені тони серця, гіпотонію, іноді загрудинний біль.

За характером змін мигдаликів розрізняють катаральну, фолікулярну, лакунарну і некротично-виразкову ангіни.

Катаральна ангіна характеризується гіперемією і набряком мигдаликів, піднебінних дужок та язичка. Нагноєння лімфатичних фолікулів на поверхні мигдаликів, про що свідчать виникнення дещо піднятих абсцесів (гнійників) жовто-білого кольору, є ознакою *фолікулярної* ангіни.

Якщо в піднебінних мигдаликах накопичується гній у вигляді жовто-білих пробок або нальоту, то говорять про *лакунарну ангіну*. Частіше ці дві форми поєднуються.

При *некротично-виразковій ангіні* на мигдаликах виявляють некротичні ділянки темно-сірого кольору, після відшарування яких утворюється глибокий дефект слизової оболонки з бугристим дном. Крім піднебінних мигдаликів можуть уражатись інші утворення лімфатичного глоткового кільця – язиковий мигдалик, лімфоїдна тканина задньої стінки глотки (бокові валики) і гортані.

Ускладнення. Міокардит (розвивається у 10 % хворих, які не лікувалися), абсцеси, отит, запалення придаткових пазух носа, гнійне запалення шийних лімфовузлів. Можуть розвинутих хронічний тонзиліт, ревматизм, гломерулонефрит, ревматоїдний артрит, геморагічний васкуліт, сепсис.

Дифтерія – бактеріальна інфекційна хвороба, що характеризується запаленням слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і носоглотки, а також, в окремих випадках, шкіри в місцях пошкоджень. Дане захворювання може призвести до летального випадку.

Збудник дифтерії – грампозитивна нерухома паличкоподібна бактерія із потовщеннями на кінцях (булавовидна форма), стійка у зовнішньому середовищі. Добре витримує висушування – на поверхні сухих предметів і в пилу зберігається до 2 міс., у дифтерійній плівці, краплинах слини – протягом 15 днів. Під час нагрівання до температури 60°C гине через 10 хв; стійкий до низьких температур. Під впливом 10 % перекису водню гине через 3 хв; 50–60 % алкоголю – через 1 хв.

Джерело інфекції: хворі на будь-яку форму дифтерії, а також бактеріоносії.

Шляхи інфікування збудника – повітряно-крапельний. У рідких випадках інфекція передається контактно-побутовим шляхом.

Інкубаційний період коливається від 2 до 7 днів (в середньому 3 дні). Особи, які не імунізовані проти інфекції, можуть захворіти в будь-якому віці.

Симптоми. Класифікація дифтерії визначається локалізацією процесу і його клінічних проявів. Відповідно до цього розрізняють *дифтерію ротоглотки (92 %), гортані, носа, очей, вух, статевих органів, шкіри, рани.* У 7 % випадків трапляється комбінована форма захворювання (переважно це дифтерія ротоглотки з дифтерією іншої локалізації).

Симптоми. Перебіг хвороби може бути в атиповій (катаральній) або в типовій (з наявністю плівчастих нальотів) формі. Типова дифтерія буває локалізованою, поширеною, токсичною, гіпертоксичною і геморагічною. Винятком є дифтерія гортані, що перебігає тільки в локалізованій або поширеній формі.

Локалізована форма починається гостро – зі збільшення температури до фебрильних цифр, нездужання та незначному болю при ковтанні. Через 24-36 годин відмічається гіперемія зіва, білувато-сірі нальоти. Ці фібринозні плівки щільні, їх нелегко зняти ватним тампоном або шпателем; після зняття поверхня кровить. Відповідно стороні ураження мигдаликів збільшуються у розмірах підщелепні, а іноді й передньошийні лімфатичні вузли.

Разом з типовим перебігом локалізованої форми дифтерії з утворенням фібринозних плівок хвороба може протікати лише із катаральними проявами (гіперемія та набряклість мигдаликів, помірний біль при ковтанні, незначне збільшення регіонарних лімфатичних вузлів). Інтоксикація при цьому мало виражена, температура зазвичай субфебрильна.

Поширена форма – *дифтерія зіва*, протікає з вираженою загальною інтоксикацією, підвищенням температури до 39°C. Відмічаються набряклість ділянки зіва та гіперемія мигдаликів, на яких, так само як на піднебінних дужках, м'якому піднебінні, слизовій носоглотки, розташовуються щільні нальоти брудного білого кольору, які важко відділяються тампоном.

Важким перебігом відрізняється *токсична форма* дифтерії зіва. Відмічається солодкуватий запах з рота, значний набряк шийної клітковини, тахікардія. При несвоєчасному або недостатньо енергійному лікуванні у хворих дифтерією зіва з 12-15 дня хвороби, а іноді дещо раніше розвивається міокардит, що проявляється тахікардією, аритмією, ритмом «галопа», розширенням серця. Пізніше, з 22-28-го дня хвороби, в окремих випадках розвивається поліневрит з парезом м'язів глотки та гортані.

Геморагічна форма протікає особливо тяжко, супроводжується носовими кровотечами, висипом на шкірі, фібринозними плівками геморагічного характеру у зіві.

Самостійно або у поєднанні з дифтерією зіва у окремих випадках, головним чином у маленьких дітей, може розвинутися *дифтерія гортані (справжній дифтерійний круп)*. При цьому плівчасті фібринозні накладення поширюються на слизову гортані, спричиняючи сухий кашель, осиплість голосу, далі ослаблення його до шепотіння. Подальше прогресування крупу може призвести до стенозу гортані, гострій асфіксії, кисневої недостатності, загрожуючи життю хворого. Поширена форма крупа супроводжується плівчастим ураженням гортані та трахеї, іноді з переходом плівок у бронхіальне дерево.

Ускладнення. Різні клінічні форми дифтерії можуть викликати ускладнення. Токсична форма іноді викликає зупинку серця, що розвивається навіть у такі ранні строки як 3-4-ий день хвороби. Іноді дифтерія ускладнюється паралічем м'язів гортані та глотки, порушенням акомодатції очей. Між 15-м та 22-м днем хвороби, особливо при токсичній формі дифтерії, може розвинутися параліч м'якого піднебіння (хворий не може ковтати, м'яке піднебіння відвисає, голос стає гугнявим).

Кашлюк – гостре інфекційне захворювання, викликається надзвичайно заразливою бактерією.

Збудник коклюшу являє собою коротку паличку із закругленими кінцями (0,2-1,2 мкм), грамнегативну, нерухому.

Джерело інфекції: хворий, бактеріоносії.

Шляхи інфікування. Хвороба поширюється повітряно-краплинним шляхом на відстані 2–3 м. Хворіють діти частіше у віці від декількох місяців до 5–8 років.

Інкубаційний період триває від 2 до 14 днів (частіше 5-7 днів).

Симптоми. Катаральний період характеризується загальним нездужанням, невеликим кашлем, незжитем, субфебрильною температурою. Поступово кашель посилюється, діти стають дратівливими. У кінці 2-го тижня хвороби починається період спазматичного кашлю. Напади судомного кашлю проявляються серією кашльових поштовхів. Число таких циклів під час нападу коливається від 2 до 15. Напад закінчується виділенням в'язкого склоподібного мокротиння, іноді в кінці нападу відзначається блювота. Під час нападу дитина збуджена, обличчя ціанотичне, вени шиї розширені, язик висовується з рота, вуздечка язика часто травмується, може наступити зупинка дихання з наступною

асфіксією. Період судомного кашлю триває 3-4 тижні, потім напади стають рідше і нарешті зникають, хоча «звичайний» кашель продовжується ще протягом 2-3 тижнів (період дозволу). Стерті форми коклюшу можуть спостерігатися у дітей, яким проведені щеплення.

Ускладнення. Загрозливим життю ускладненням кашлюку є пневмонія. Крім того, під час кашлю напруга тіла настільки сильна, що це може викликати грижі, випадання прямої кишки і крововилив в мозок. Протягом декількох подальших років у дитини, що перенесла кашлюк, з'являється схильність до інших захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються кашлем.

Туберкульоз – хронічне інфекційне захворювання, яке характеризується розвитком специфічних змін у різних органах і тканинах, насамперед у легенях.

Збудником туберкульозу є мікобактерії, відкриті в 1882 р. німецьким ученим Робертом Кохом.

Інкубаційний період при туберкульозі, до появи перших клінічних ознак, різний. Він становить в середньому 6-8 тижнів і залежить від віку дитини, її індивідуальної особливості, частоти повторних інфікувань.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельний, контактено-побутовий, трансмесивний. Аерогенне зараження буває двоєке: *повітряно-крапельне (найнебезпечніше) і повітряно-пилове.*

Основним джерелом інфекції є хвора на відкриту форму туберкульозу людина.

Збудник потрапляє у навколишнє середовище з харкотинням хворого, при туберкульозі інших органів – з калом, сечею, гноем, слиною. Мікобактерії туберкульозу виявляють у молоці матері-годувальниці, хворої на туберкульоз. Палички Коха можуть потрапити і через ушкоджену шкіру або слизову оболонку носа чи рота, а також при вживанні в їжу молока, м'яса від хворої туберкульозом худоби.

Воротами інфекції є дихальні шляхи, травний канал, шкіра, слизова оболонка мигдаликів тощо. Найчастіше мікобактерії проникають в організм через дихальні шляхи, тобто аерогенно (80-90 %).

Патогенез. Коли бактерії потрапляють в організм людини, це означає його зараження, але не захворювання. Зазвичай на туберкульоз захворюють люди, організм яких ослаблений попередніми захворюваннями, які знижують опір організму (грип, діабет та інші), поганим харчуванням, санітарно-гігієнічними умовами життя.

Симптоми. Прояви хвороби залежать від стану організму, характеру та ступеня ушкодження окремих органів і систем. Загальними ознаками для всіх форм хвороби є: підвищення температури, потовиділення вночі, погіршення сну і апетиту, втрата ваги, дратівливість, зниження працездатності. При туберкульозі легень також спостерігається кашель, сухий або з виділенням мокротиння, може виникнути легенева кровотеча.

Епідемічний паротит (свинка) – гостре вірусне захворювання, характеризується запаленням привушних слинних залоз.

Збудник – РНК-вмісний вірус, стійкий у зовнішньому середовищі. Тривалий час зберігає активність при низьких температурах, а при кімнатній температурі зберігається кілька днів. Швидко гине під дією високих температур, ультрафіолетового опромінення, при висушуванні.

Інкубаційний період епідемічного паротиту коливається від декількох днів до місяця, в середньому він становить 15-20 днів.

Шляхи інфікування: повітряно-краплинний, іноді контактно-побутовий. Джерелом інфекції є хвора людина. Заразним хворий стає в останні 1-2 дні інкубаційного періоду і в перші 3-5 днів захворювання. Вірус виділяється зі слиною і сечею, виявляється в крові та лікворі, грудному молоці.

Воротами інфекції служать слизові оболонки верхніх дихальних шляхів і, можливо, ротової порожнини, а також кон'юнктива.

Симптоми. Найчастіше захворювання починається гостро, швидко розвивається лихоманка, озноб. Лихоманка зазвичай зберігається до тижня. Відзначається симптоматика інтоксикації: головний біль, загальна слабкість, безсоння. Специфічним симптомом свинки є запалення привушних слинних залоз, нерідко страждають підщелепні і під'язикові залози. Запалення слинних залоз проявляється припухлістю, на дотик залози тістоподібні, болісні (переважно в центральній частині). Виражений набряк залози може значно деформувати овал обличчя, надаючи йому грушоподібної форми і піднімаючи мочку вуха. Як правило, захворювання вражає обидві привушні залози з проміжками в 1-2 дні, в деяких випадках запалення залишається одностороннім.

У привушній ділянці відзначають відчуття розпирання, біль (особливо в нічний час), можуть бути шум і біль у вухах (в результаті стиснення евстахієвої труби), може знижуватися слух. Іноді виражена болючість залоз заважає жуванню, відзначається знижене слиновиділення.

Біль в ділянці залоз зберігається до 3-4 днів, іноді іррадіює у вухо або в шию, пізніше поступово проходить, набряклість зменшується. Збільшення лімфатичних вузлів для епідемічного паротиту не характерне.

Ускладнення. Зазвичай гострий період епідемічного паротиту протікає легко, але пізніше можуть виявитися такі ускладнення як менінгіт, гострий панкреатит, вражати нервові і залозисті тканини.

Отит – гостре запалення середнього вуха, часте захворювання в дітей раннього і дошкільного віку. Анатомічна будова вуха дитини сприяє значно легшому потраплянню інфекції до середнього вуха.

Збудник – найчастіше бактерії (стрептококи, стафілококи тощо) чи респіраторні віруси (грипу, парагрипу, кору тощо). У порожнину середнього вуха збудники звичайно потрапляють через євстахієву трубу на тлі послабленого імунітету.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельний.

Етіологія і патогенез. Розвитку гострого отиту сприяють захворювання верхніх дихальних шляхів – гострі респіраторні вірусні інфекції, грип, і навіть гострі інфекційні захворювання (скарлатина, кір, епідемічний паротит та інші). Розростання аденоїдної тканини, яке часто зустрічається у дітей дошкільного віку, утрудняє природний відтік із середнього вуха, ще аденоїди є місцем, де збирається інфекція (остання легко може поширитися на середнє вухо).

Гострий отит може бути катаральним і гнійним.

Симптоми. Катаральний отит перебігає у три стадії, а гнійний – у п'ять.

1. Перша стадія (*євстахіїту*). Оскільки інфекція найчастіше потрапляє саме з носоглотки, то першою вражається слухова труба, і виникає євстахіїт. На цій стадії можливі шум у вусі, відчуття закладеного вуха.

2. Друга стадія (*гострого катарального запалення середнього вуха*). На цій стадії з'являються всі симптоми гострого катарального отиту, а саме: біль у вусі, шум у вусі, відчуття закладеного вуха, можливе підвищення температури (може бути й без температури), симптоми загальної інтоксикації, гіперемія барабанної перетинки. Катаральний отит на цьому закінчується та при лікуванні переходить в останню (репаративну) стадію. Гнійний отит переходить у третю стадію.

3. Третя стадія (*доперфоративна*). На цій стадії посилюються всі симптоми попередньої. Ще більше підвищується температура, посилюються відчуття болю, закладеності та шуму у вусі, посилюються загальні симптоми інтоксикації організму, погіршується слух. Можлива

ірадіація болю по гілках трійчастого нерву в глотку, ніс чи око. Ця стадія завершується розривом барабанної перетинки.

4. Четверта стадія (*постперфоративна*). Після розриву барабанної перетинки гній витікає назовні, і загальний стан трохи покращується. Знижується температура, понижується відчуття болю та шуму у вухах, але зниження слуху та відчуття закладеності певний час тривають. Після того, як гній повністю витік, отит переходить в останню стадію.

5. П'ята стадія (*репаративна*). Відновлюється слух, нормалізується температура тіла та загальний стан хворого. Катаральний отит повністю завершується, а гнійний – через певний час після загоювання барабанної перетинки.

Контрольні питання

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать грип, ГРПІ?
2. Дайте характеристику збудника грипу, парагрипу, риновірусної, респіраторної та аденовірусної інфекцій.
3. Механізм інфікування грипу та інших ГРВІ. Патогенез та основні його клінічні симптоми.
4. Охарактеризуйте основні клінічні форми ангіни. Назвіть можливі ускладнення.
5. Визначте шляхи інфікування, патогенез та профілактику дифтерії. Опишіть дифтерійний круп.
6. Поясніть особливості протікання кашлюку у дітей дошкільного віку. Назвіть терміни вакцинації.
7. Назвіть збудника і патогенез туберкульозу.
8. Охарактеризуйте епідемічний паротит. Назвіть специфічну і неспецифічну профілактику паротиту.
9. Опишіть клінічну картину гнійного отиту.

Література

1. Крамаров С. О. Інфекційні хвороби у дітей / С.О.Комаров – К: МОРІОН, 2003. – 480 с.
2. Ткаченко С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С.К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991.
3. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш та ін. – 2018. – 592 с.

3.3. ІНФЕКЦІЙНІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Енцефаліт – запалення головного мозку. Під такою назвою об'єднують групу захворювань, що викликаються різними збудниками. У розвитку цих захворювань важливу роль відіграє зміна імунологічної реактивності організму.

Енцефаліти найчастіше спостерігаються в ранньому дитячому віці; вони бувають навіть ще у внутрішньоутробному періоді. Але прижиттєвий діагноз після народження становить важко, тільки по окремих симптомах (паралічі, недоумство), через деякий час можна подумати про енцефаліт, що мав місце у внутрішньоутробному періоді.

Гострий неепідемічний енцефаліт.

Параінфекційні енцефаліти (менінгоенцефаліти). До цієї групи захворювань належать енцефаліти, що виникають як ускладнення загальних інфекційних захворювань, найчастіше при епідемічному паротиті й кору, набагато рідше при вітряній віспі й краснусі.

Симптоми. Вони розвиваються переважно в дітей, проявляються потьмаренням свідомості від оглушення до коми й психотичними епізодами (делірій (з лат. – марення) – стан свідомості людини, що характеризується зниженням здатності зосередити увагу, порушенням сприйняття і мислення, сутінкове потьмарення свідомості). При корі психічні прояви захворювання більше важкі, ніж при епідемічному паротиті. Вони характеризуються більше глибоким і тривалим потьмаренням свідомості й більше вираженими психотичними розладами.

Епідемічний летаргічний енцефаліт.

Збудник – викликається фільтрованим вірусом.

Шляхи інфікування: повітряно-краплинно, у зв'язку із чим можливі розповсюджені епідемії. Остання епідемія спостерігалася в 1916-1920 рр. і охопила більшість країн Європи.

Виділяють *гостру і хронічну стадію* хвороби.

Гостра стадія. Симптоми: поряд з розвитком маніакальних і депресивних станів характеризується патологічною сонливістю (летаргією), коли хворі сплять і вдень і вночі, але для прийому їжі їх, хоча й складно, але можна розбудити. Найбільш частою формою екзогенних психозів є делірій, що має певні особливості й характеризується жахливими зоровими галюцинаціями й фотопсіями.

Гостра стадія закінчується повним видужанням, або після більш-менш тривалого (від декількох тижнів до декількох років) періоду

псевдоневрастенічних розладів (порушення сну, дратівливість, зниження настрою і зниження психічної активності (слабкість спонукань, апатія, адинамія, загальне вповільнення психічних процесів) починають виявлятися симптоми хронічної стадії.

Хронічна стадія характеризується паркінсонічними розладами, можливі нав'язливі розлади, пароксизми (посилення хворобливого припадку до найвищого ступеня) рухового порушення з імпульсивними вчинками, епізоди сновидного потьмарення свідомості. Можливі рідкі випадки тривалих галюцинаторно-параноїдних психозів.

Епідемічний весняно-літній кліщовий енцефаліт (тайговий) – інфекційне захворювання центральної нервової системи. Характерною особливістю цього захворювання є сезонність (звідки і назва). Спостерігається воно у вигляді епідемічних спалахів наприкінці весни і на початку літа.

Збудник – фільтрівний вірус передається людині через укуси кліща.

Інкубаційний період, якщо взяти до уваги роль кліщів як переносників вірусу на людину, дорівнює 10–14 дням від моменту укусу кліщем.

Шляхи зараження (у залежності від етіологічного чиннику; резервуар – зазвичай люди, лише у випадку сказу – дикі звірі (лисиці, білки, кажани) та собаки, рідше коти. Шлях інфікування – залежно від патогену – повітряно-крапельним шляхом, або при безпосередньому контакті з хворим (або його виділеннями), через вектори, у випадку сказу через укуси хворих звірів або безпосередній контакт пошкодженої шкіри чи слизових оболонок з їх слиною.

Симптоми і форми хвороби.

Початок хвороби звичайно гострий; серед повного здоров'я з'являється головний біль, біль у потилиці, шиї, кінцівках; часто буває нудота й блювання, температура в межах 38⁰-40⁰С; шкіра суха, червона; у зіві гіперемія, нерідко спостерігається кон'юнктивіт і слъозотеча, іноді світлобоязнь і пожовтіння склер.

З боку внутрішніх органів відмічається глухість серцевих тонів і болючість при пальпації печінки. З самих перших днів постійно бувають виражені і менінгеальні симптоми, при цьому дуже рано спостерігається також порушення психіки (маячення, рухове збудження, розлад пам'яті). Часто буває непритомний стан, сонливість. Відзначаються різкі гіперстезії у хворого, навіть при легкому дотику до шкіри.

Менінгіт – важке захворювання, що становить собою запалення оболонки спинного і головного мозку.

Етіологія і патогенез, збудники:

- віруси, бактерії, грибки, найпростіші;
- сепсис і родові травми – у новонароджених;
- проблеми з носоглоткою і середнім вухом у маленьких дітей (до року);
- недоношеність;
- знижений імунітет;
- захворювання нервової системи;
- травми спинного і головного мозку.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельний, для зараження потрібен тісний контакт з хворим або бактеріоносієм.

Види менінгіту.

Менінгіти серед дітей діляться на дві групи.

1. *Гнійний.* Викликається бактеріальною інфекцією. Вражає найменших дітей, яким не виповнився навіть рік. Найчастіше починаються з сильного ознобу, підвищення температури, блювоти і головних болів. Менінгеальні синдроми при цьому дуже чітко виражені.

2. *Серозний.* Причина – вірусна інфекція. У дітей найчастіше зустрічається саме цей тип захворювання. Він може бути викликаний вірусами епідемічного паротиту (свинки у дітей), деякими кишковими вірусами. Вражає дітей від 1 до 8 років. Починається несподівано – з різкого стрибка температури до 39-40 ° С і вище. Такий гострий період триває від 3 до 5 днів, а на повне одужання можна сподіватися через 2 тижні.

Симптоми: незважаючи на те, що всі діти можуть по-різному хворіти на менінгіт, існує низка симптомів, характерних для всіх його форм. До менінгеальних симптомів належать наступні прояви:

- головний біль, сильний і посилюється від зовнішніх чинників (гучний звук, яскраве світло);
- блювання без нудоти, ніяк не пов'язане з їжею;
- висока температура (39-40° С), що не реагує на звичайні жарознижуючі препарати;
- скарги на оніміння потилиці і спини;
- хворому зручніше лежати на боці, підібравши ноги близько до живота і закинувши голову назад;
- при менінгіті може початися висип, доходить часом до великих яскраво-червоних плям по всьому тілу.

Ускладнення після менінгіту.

Якщо менінгококова інфекція у дитини була виявлена вчасно, лікарі та батьки прийняли всі можливі заходи, спрямовані на ліквідацію захворювання, не потрібно лякатися серйозних наслідків. Якщо ж звернення в лікарню була не своєчасним, при гнійних формах, а також за наявності у малюка відхилень у здоров'ї можуть спостерігатися такі наслідки, як:

- повна глухота;
- сліпота;
- розумова і фізична затримка в розвитку;
- токсичний шок;
- набряк, набухання головного мозку;
- гостра надниркова недостатність.

Поліомієліт – це інфекційне захворювання, при якому уражається центральна нервова система, шлунково-кишковий тракт і лімфатична система, характеризується загально-інфекційним токсичним синдромом та ураженням сірої речовини спинного мозку з розвитком млявих паралічів.

Збудник поліомієліту – вірус, який належить до групи кишкових вірусів та існує у вигляді трьох незалежних типів (I, II і III). Стійкий у зовнішньому середовищі (у воді зберігається до 100 діб, у випорожненнях – до 6 міс), добре переносить замороження, висушення. Не руйнується травним соком та антибіотиками. Гине при кип'ятінні, під впливом ультрафіолетового опромінення та дезінфікуючих засобів.

Шляхи інфікування: повітряно-крапельним шляхом, або разом з немитими продуктами і виділеннями хворої людини. Збудник захворювання досить стійкий, він здатний кілька місяців жити в молоці, овочах, у стічних водах і фекаліях.

Інкубаційний період коливається від 3 до 30 днів.

Джерелом інфекції є хвора людина та вірусоносії. Особливу небезпеку складають особи з легкими і стертими формами хвороби. Вірус виділяється в зовнішнє середовище з носоглотковим слизом протягом 1-2 тижнів, з випорожненнями – 1-1,5 місяці. Найбільша заразливість хворого припадає на останні 3-5 днів інкубаційного періоду та перший тиждень хвороби.

Шляхи інфікування: фекально-оральний, але можливий і повітряно-крапельний. Основними факторами інфікування є харчові продукти і вода, рідше – повітря і побутові речі. Вхідними воротами інфекції є слизова оболонка носоглотки і кишківника.

Хворіють здебільшого діти до 10 років. Характерною є літньо-осіння сезонність. Спорадичні випадки захворювання спостерігаються протягом року. Імунітет стійкий.

Симптоми. Паралічі виникають раптово на 5-10-й день хвороби. Характер їх млявий, із зниженням тону м'язів, зниженням або відсутністю активних рухів, сухожильних рефлексів. Частіше пошкоджуються нижні кінцівки. Може наступити параліч м'язів тулуба і шиї. Інколи порушення ковтання, дихання. З кінця першого місяця розвивається атрофія м'язів, яка прогресує і супроводжується вегетативними розладами (пошкоджені кінцівки холодні та синюшні). Можливі розлади тазових органів. Чутливість не порушена.

Відновний період при паралітичній (спинальній) формі триває довго, розпочинаючись з легко уражених м'язів. Функція глибоко уражених м'язів повністю не відновлюється. Легкі парези зникають протягом півроку, важкі – до 1 -1,5 року. Парези і паралічі, що не виявляють тенденції до відновлення, розглядаються як залишкові явища, можлива деформація кінцівок і тулуба.

Ускладнення. Центральний параліч дихання, параліч ковтальних м'язів, висхідний параліч (запалення нервів спинного і головного мозку). Ці ускладнення часто призводять до смерті.

Правець – гостре інфекційне захворювання, що зумовлене дією на організм екзотоксину правцевої палички, характеризується ураженням нервової системи.

Збудником правця є грампозитивна паличка, яка здатна жити в безкисневому середовищі. Паличка відрізняється підвищеною стійкістю до впливу навколишнього середовища: у вигляді спор вона здатна зберігати свою життєздатність роками. Потрапляючи в організм людини, починає виділяти найсильніші токсини, які проникають у відростки нейронів, в центральну нервову систему, пригнічують сигнали гальмування в синапсах і, тим самим, перешкоджає вивільненню гальмівних медіаторів.

Інкубаційний період правця від 7 до 21 днів або однієї до трьох тижнів.

Шляхи інфікування: бактерії проникають в людський організм через травмовану шкіру або слизові оболонки (наприклад, при забрудненні саден і забитих місць, при занесенні скалок або при укусах тварин). В окремих випадках відбувається зараження правцем під час обробки відморожень, опіків і операційних ран.

Основним джерелом поширення правцевої інфекції є птахи, гризуни, травоядні тварини і хворі люди. Збудник міститься в шлунково-кишковому тракті носія і виводиться в навколишнє середовище разом з фекаліями.

Симптоми. Прихований період правця може тривати від кількох днів до місяця. В окремих випадках хвороба починається з продромальних явищ (тремтіння і напруги м'язів в зоні проникнення інфекції, пітливість, головного болю, дратівливості), але, найчастіше, першою ознакою хвороби стає тягучий, тупий біль в місці проникнення збудника в організм. Потім починають проявлятися й інші характерні ознаки правця:

- тризм (напруга і судомні скорочення жувальної мускулатури, що утрудняє відкривання рота);
- утруднення ковтання;
- нееластичність потиличних м'язів;
- так звана «сардонічна посмішка» (особливе напруження мимічної мускулатури: зморщений лоб, звужені щілини очей, опущені куточки рота).

Надалі симптоматика хвороби доповнюється:

- болючими судомами м'язів кінцівок і тулуба;
- постійною напругою мускулатури (яка зберігається навіть під час сну);
- одеревенінням м'язів черевної стінки;
- спазмами діафрагми і міжреберних м'язів;
- утрудненням дефекації і сечовипускання, пов'язаним з напругою м'язів кишківнику, тазового дна і сечовивідних шляхів.

Хворі відчувають сильні болі, задуху, у них різко підвищується температура, виникає посилена слинотеча і потовиділення, тахікардія і, в окремих випадках, артеріальна гіпертензія. При цьому хворі постійно перебувають у повністю ясній свідомості: марення з'являється лише незадовго до смертельного результату.

Самим небезпечним для життя хворого періодом вважається 11-14 день після прояву перших ознак недуги. У цей час у його організмі розвивається поліорганна недостатність, найважчі нейрогенні порушення, пов'язані з глибоким токсичним пошкодженням мозку, з'являється ризик асфіксії і виникнення паралічу серцевого м'яза. Безперервні судоми стають причиною виснажливого безсоння.

Сказ (водобоязнь, гідрофобія) – гостре інфекційне захворювання людини і теплокровних тварин, яке проявляється в ураженні центральної нервової системи.

Збудником сказу є фільтрівний вірус. Сказ зараховано до особливо небезпечних хвороб.

Зараження сказом відбувається в основному через укуси хворою твариною чи внаслідок попадання її слини на свіжі поранення, подряпини шкіри або слизових оболонок.

Шляхи інфікування: здебільшого від диких хижих (вовки, лисиці – 41,4 %) чи домашніх тварин (коти – 21,8 %, собаки – 15,3 %), а також сільськогосподарських тварин (20,2 %).

Потрапивши в організм дитини вірус продовжує «дрімати» ще 2-3, а то і всі 7-10 днів. Після цього в ділянці укусу з'являється печіння і відчуття обтяження, при тому що рана вже повністю зажила. Крім того, в окремих випадках на місці укусу може з'явитися почервонілий рубець і набряк цієї ділянки. У хворої дитини підвищується температура, болить голова, спостерігаються часті блювоти і нудота.

Інкубаційний період сказу триває досить довго – у середньому 1-3 місяці (хоча може тривати й до року), і перші ознаки хвороби виникають пізно, коли у мозку вже відбулися руйнівні процеси (набряк, крововилив, деградація нервових клітин), що робить лікування після вираження симптомів практично неможливим (зафіксовано лише три науково підтверджених випадків одужання після появи симптомів).

Хвороба має три періоди.

Продромальний (період провісників). Триває 1-3 дні.

Симптоми. Підвищення температури тіла до 37,2-37,3°C, пригнічений стан, поганий сон, безсоння, занепокоєння хворого. Біль у місці укусу відчувається, навіть якщо рана зарубцювалась.

Стадія порушення. Триває від 4 до 7 днів.

Симптоми виражаються в різко підвищеній чутливості до найменших подразнень органів чуття: яскраве світло, різні звуки, шум викликають судоми м'язів кінцівок. Хворі стають агресивними, буйними, з'являються галюцинації, марення, відчуття страху.

Стадія паралічів. Симптоми. Настає параліч очних м'язів, нижніх кінцівок. Важкі паралітичні розлади дихання викликають смерть. Загальна тривалість хвороби 5-8 днів, зрідка 10-12 днів.

Ознаки захворювання у тварин. Головною ознакою захворювання диких тварин є зміна поведінки, насамперед, втрата відчуття страху. Звірі втрачають обережність і вдень з'являються у населених пунктах, нападають на людей і тварин. З метою попередження сказу ветеринарною службою ведеться боротьба зі сказом серед собак, знищення бродячих

РОЗДІЛ 3

тварин, профілактична вакцинація свійських тварин. При несвоєчасно проведених щепленнях, які здійснюються після укусу інфікованої тварини, хвороба закінчується смертю.

Сказ дітей у ранньому віці. Найчастіше хвороба дає знати про себе відразу після укусу, причому напади порушення можуть бути відсутні. Замість цього у дітей спостерігається параліч, сонливість, депресія тощо. Летальний результат може наздогнати дитину через добу.

Контрольні питання

1. Заповніть таблицю

Назва патології	Шлях інфікування	Інкубаційний період	Основні симптоми	Профілактика	Назва вакцини і терміни вакцинації
Менінгіти					
Енцефаліти					
Поліомієліт					
Правець					
Сказ					

2. Назвіть збудника менінгококової інфекції, охарактеризуйте його морфологічні властивості, фактори патогенності.
3. Охарактеризуйте джерело інфекції, назвіть механізм інфікування енцефалітом.
4. Опишіть вираз обличчя і положення тіла при правці. Назвіть причину такого стану.
5. Назвіть ознаки і симптоми сказу. Охарактеризуйте клінічні періоди сказу.
6. Поясніть особливості протікання сказу у дітей.
7. Охарактеризуйте основні форми уражень при поліомієліті.

Література

1. Лазарева Г. Ю. Диагностический справочник инфекциониста : справочное издание / Г. Ю. Лазарева. – М. : АСТ, 2007. – 528 с.
2. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж. І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – С. 322-380.
3. Інфекційні хвороби / За ред. Тітова М. Б. – Київ: Вища школа, 1995. – С.55-70.

4. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Лобзина Ю. В. – Санкт-Петербург: Фолиант, 2003. – С. 21-38.
5. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни / Е.П. Шувалова – Ростов н/Д.: Феникс, 2001. – 959 с.

3.4. ЗАХВОРЮВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У ДІТЕЙ

ВІЛ-інфекція – це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини і характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами та іншими патологічними проявами.

СНІД – остання стадія ВІЛ-інфекції, яка виявляється різними важкими захворюваннями, опортуністичними інфекціями, пухлинами, що розвиваються на фоні порушень імунної системи.

Етіологія. Збудник хвороби – вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) з родини ретровірусів, РНК-вмісний, генетично й антигенно неоднорідний, з великим ступенем мінливості; геном ВІЛ містить унікальний фермент – зворотну транскриптазу, який зчитує генетичну інформацію з РНК та ДНК. Збудник сферичної форми, діаметром приблизно 120 нм. Виділяють два типи: ВІЛ 1 та ВІЛ 2, які розрізняються за структурними і антигенними характеристиками. Нестійкий у зовнішньому середовищі, гине під дією всіх відомих хімічних агентів з дезінфікуючою активністю (навіть при низьких концентраціях), через 13 хвилин гине від кип'ятіння; стійкий до висушування, заморожування, УФО та іонізуючої радіації.

Інкубаційний період коливається від 2-6 тижнів до кількох років. Вважають, що на 1 хворого на ВІЛ припадає до 300 вірусососіїв. Протягом 5 років у 1/3 вірусососіїв виникає захворювання.

Епідеміологія. *Джерело інфекції* (резервуар) – хвора людина (у будь-якій ситуації) і вірусососії. Вважається, що вірус може міститися майже в усіх біологічних рідинах організму. Проте його кількості недостатньо для інфікування, якщо в цих рідинах немає домішок крові. Усі біологічні рідини, що пов'язані за своїм походженням з лімфою, містять ВІЛ у високих концентраціях.

Шляхи зараження дітей ВІЛ-інфекцією:

1) природний – можливий від вагітної жінки до плода (трансплацентарний);

2) штучний – найчастіше при переливанні зараженої крові та деяких її препаратів; трансплантації інфікованих органів; при повторному використанні недостатньо очищеного та простерилізованого будь-якого медичного інструментарію (у стоматології, хірургії, лабораторній діагностиці тощо), у тому числі шприців, голок, скарифікаторів та інших інструментів.

Чинники, які сприяють парентиральному зараженню дитини на ВІЛ-інфекцію:

- імунний статус матері (чим молодший вік, тим більша імовірність зараження);
- найбільша загроза зараження плода існує в ранні терміни вагітності;
- ризик зараження плода збільшується з кожною наступною вагітністю;
- наркоманія матері підвищує ризик інфікування плода ВІЛ;
- ризик зараження плода більший при природному перебігу пологів, ніж при кесаревому розтині та при природному вигодовуванні, ніж при штучному;
- несприятливі умови для виношування дитини вагітною жінкою.

Хвороба не передається:

- через рукостискання, через поцілунок, їжу, предмети домашнього вжитку;
- при купанні в басейні, душі, через спортивні предмети, укуси комах, при догляді за хворими.

Патогенез. Вірус здатний проникнути в середину Т-лімфоцитів, рідше в моноцити і макрофаги, де й розмножується. Відповідно до цього провідним у патогенезі є глибоке і безповоротне руйнування клітинного імунітету, що робить хворого беззахисним перед будь-якою інфекцією. У зв'язку з цим нашаровуються захворювання, викликані різними збудниками – найпростішими, грибами, вірусами, бактеріями, гельмінтами. Знижується імунний контроль за утворенням атипових клітин, унаслідок чого часто розвиваються пухлини.

Форми ВІЛ-інфекції у дітей.

1. Вроджена інфекція (трансплацентарний шлях інфікування).
2. Набута інфекція.

Перша стадія. Після безсимптомного (інкубаційного) періоду, становить від двох до шести тижнів, у більшій частини ВІЛ-інфікованих впродовж декількох років не виявляється жодних симптомів захворювання. Проте у невеликої частини ВІЛ-інфікованих розвиваються ознаки гострої вірусної інфекції: висока температура, болі у горлі,

слабкість, висипка, збільшення заушних, шийних, над-і підключичних, підпахових та інших лімфатичних вузлів та інші симптоми. Поступово усі вищезазначені симптоми згасають і ВІЛ-інфекція набуває безсимптомного перебігу. У цей час ВІЛ-інфіковані, як правило, почуваються добре, ведуть звичайне життя, проте впродовж всього часу безсимптомного перебігу вірус розмножується в організмі людини.

Збільшення лімфовузлів виявляють випадково при медичному огляді. Здебільшого вони не турбують ВІЛ-інфікованого. Вони не болючі, м'які, колір шкіри над ними незмінний. У подальшому лімфовузли можуть зменшуватись у розмірі та ставати більш щільними (твердими) проте не болять. У частини ВІЛ-інфікованих ця стадія супроводжується високою температурою (39°C і вище), лихоманкою, посиленням потовиділенням.

Друга стадія. Захворювання прогресує. ВІЛ-інфіковані можуть швидко втрачати вагу. Рівновага між імунною відповіддю організму і дією вірусу порушена, зменшується кількість Т-лімфоцитів. Спостерігають ураження слизових оболонок та шкіри бактеріями, герпесвірусами, грибами: бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів, оперізуючий лишай, стоматит, дерматит, грибкові ураження нігтів.

Третя стадія. Поступово кількість Т4-лімфоцитів зменшується, що призводить до розвитку бактеріальних, вірусних, грибкових уражень. Формуються важкі бактеріальні інфекції, ВІЛ-інфікований може багато часу проводити у ліжку – не менше 50 % денного часу через втрату сил. Можливі значні втрати ваги тіла – понад 10 %, тривала та немотивована діарея, лихоманка більше місяця.

Четверта стадія (стадія СНІДу). У 80-90 % хворих спостерігається ураження ЦНС, що спричиняє сильний головний біль, знижується зір, втрачається орієнтація, розвивається опосередкована неврологічна симптоматика, загальмованість, депресія та прогресуюча недоумкуватість – деменція.

Таким чином для ВІЛ-інфекції характерний багаторічний перебіг хвороби. Захворюваність з часом призводить до прогресуючого зниження імунітету та, якщо його адекватно не лікувати, до важких форм захворювань.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте збудник, що викликає ВІЛ-інфекцію.
2. Поясніть послідовність стадій ВІЛ-інфекції.
3. Визначте епідеміологію ВІЛ-інфекції.
4. З'ясуйте шляхи інфікування ВІЛ-інфекції.

5. Як встановлюють діагноз СНІДу дітям?
6. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належить ВІЛ-інфекція?
7. Якщо дитина народжена ВІЛ-позитивною матір'ю, коли можна встановити, чи інфікована вона ВІЛ?
8. Які основні причини летальності при ВІЛ-інфекції?

Література

1. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Авт.: Н. В. Котова, О. О. Старець, П. П. Олена, Н. В. Леончук, О. М. Панфілова, Т. А. Бордуніс, І. М. Дубініна, Л. В. Булах – К.: ТОВ «К.І.С.», 2010. – 176 с.
2. Звенкина О.В. В копилку родителям. Говорим с ребенком о ВИЧ / СПИДе. Методические рекомендации / О.В Звенкина – М., 2008.
3. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні. – ЮНЕЙДС, 2009 р. – 44 с.
4. Пропозиції щодо поширення досвіду діяльності центрів денного перебування для дітей з ВІЛ на базі Київського та Одеського центрів. – К.: Дитячий фонд ООН в Україні (ЮНІСЕФ), Український інститут соціальних досліджень, 2005. – 23 с.
5. Рахманова А.Г. Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных. – СПб., 1996. – 36 с.

3.5. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ

Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання, що викликається вірусом вітряної віспи і характеризується розвитком своєрідного висипу.

Збудником вітряної віспи є вірус, який живе і розмножується тільки в людському організмі. Окрім вітряної віспи, він може викликати і оперізувальний лишай. У зовнішньому середовищі він дуже швидко гине, зате надзвичайно литючий (звідки і приходить назва хвороби).

Джерелом хвороби є хворі вітряною віспою. Хворий заразний від початку висипання до 5-го дня після появи останніх елементів висипу.

Шлях інфікування повітряно-краплинний. Вірус з потоками повітря може поширюватися навіть на верхні поверхи, у сусідні квартири і т. п. Сприйнятливість до цієї інфекції висока. У перші 6 місяців життя діти хворіють рідко через наявність природженого імунітету, але іноді хвороба

вважає і новонароджених. Описані випадки внутрішньоутробного зараження. Зазвичай захворюють діти дошкільного та молодшого шкільного віку. Для вітряної віспи характерна осінньо-зимова сезонність, що пояснюється тіснішим контактуванням дітей при відвідуванні дитячих навчальних закладів.

Інкубаційний період 11-24 дні, частіше 14-17 днів.

Патогенез. Як і при інших інфекціях, що поширюються повітряно-краплинним шляхом, вірус проникає через слизові оболонки верхніх дихальних шляхів в клітини, в яких і розмножується впродовж інкубаційного періоду. Потім віруси потрапляють в кров і розносяться по усьому організму, осідаючи, в основному, у верхніх шарах шкіри і слизових оболонках. Розмножуючись, вони викликають появу типового висипу у вигляді «бульбашок». При важкій формі такі «пухирі» можуть виникати і на внутрішніх органах (печінка, легені, нирки).

Симптоми. Поява елементів висипу при вітряній віспі відбувається одночасно з підвищенням температури тіла чи на декілька годин пізніше. Елементи висипу спочатку з'являються у вигляді плям, часто зовсім невеликих, як крапки. Вони швидко збільшуються в розмірі, середня частина здіймається над поверхнею шкіри – утворюється папула. Згодом у центрі елементів з'являються пухирці. Пухирець, який щойно утворився, має вигляд краплі роси. Він досить великий, круглий, із прозорим умістом і тонкою блискучою поверхнею. Червоне забарвлення навколо нього може бути відсутнє. Пізніше пухирці набувають неправильної форми. Це особливо помітно, коли пухирець починає підсихати і стає більш плоским. Уміст пухирця стає мутним. Пухирці ніжні, м'які на дотик, їхня поверхня легко руйнується. При проколі пухирець досить легко спорожнюється, оскільки має одну камеру. Пухирці підсихають через 1-2 дні. Підсихання починається з центру, середина його западає, темнішає й поступово весь пухирець перетворюється на щільну буро-коричневу кірочку.

Перші елементи висипу можуть з'являтися на будь-якій ділянці шкіри. Проте у більшості хворих вони з'являються на тулубі та волосистій частині голови. Спочатку може з'явитися лише один пухирець. Поява висипу відбувається не одночасно, а немовби «поштовхами» з інтервалом 1-2 дні. Перші елементи висипу, як зазначалося вище, здебільшого проходять стадію плями-папули дуже швидко й виявляються, як правило, у вигляді пухирців. Розвиток елементів, які з'являються при подальших підсипаннях, проходить повільніше, за розмірами вони менші. Зазвичай підсипання при вітряній віспі тривають упродовж 2-4 днів.

В окремих випадках пухирці продовжують з'являтися до 7-9 дня, а іноді й до 14 дня хвороби.

Час відторгнення кірок значною мірою залежить від догляду за шкірою. За умови правильного догляду шкіра очищується значно швидше. Частіше кірочки відторгаються між 12 та 22 днями хвороби. Кірочка має розміри пухирця, від якого вона утворилася. На час підсихання червоний обідок навколо пухирця зникає й кірочка стає оточеною незміненою шкірою. Її відторгнення відбувається з країв. Після цього можуть залишатися невеликі округлі знебарвлені плями з пігментованими краями. Іноді кірочки (частіше вони розташовані на обличчі) відторгаються з утворенням рубчика. Утворенню рубчиків після висипки може сприяти розчісування, приєднання вторинної бактеріальної флори.

Окрім шкіри, при вітряній віспі спостерігаються висипання також на слизових оболонках рота, носоглотки, рідше – гортані, кон'юнктиви, статевих органів. Елементи висипу на слизовій оболонці рота не мають якоїсь вибіркової локалізації та можуть з'являтися на твердому й м'якому піднебіннях, на язиці, слизовій оболонці щік, губах, яснах. Розміри такого елемента зазвичай менші, еволюція його відбувається швидше, ніж на шкірі. Пухирці на слизовій оболонці мають правильну округлу форму, швидко руйнуються й перетворюються на ерозії з жовтуватим-сірим дном. Ці ерозії дуже схожі на ранки при стоматиті. Загоювання вітрянкових ерозій відбувається протягом 1-2 днів.

У переважної більшості хворих на вітряну віспу загальний стан майже не порушується. Навіть за рясного висипу та високої температури тіла дитина залишається активною і бадьорою. Порушення загального стану при вітряній віспі, по-перше, відзначається в немовлят і, по-друге, при дуже рясному висипі. У таких хворих спостерігаються в'ялість, сонливість, неспокій, порушення сну, відсутність апетиту, блювання, марення, втрата свідомості, судоми.

Кір – вірусне захворювання, яке проходить найчастіше у гострій формі та супроводжується лихоманкою, інтоксикацією, катаральним синдромом (нежить, кашель, хрипи в легенях) та енантемою (висипом на тілі).

Збудником захворювання є вірус кору, який зазвичай розвивається в клітинах, розташованих в задній стінці глотки і в легенях. Даний вірус відноситься до виду РНК-вмісних і швидко втрачає свою активність під дію ультрафіолетових променів і дезінфікуючих засобів.

Інкубаційний період хвороби триває до 9-11 днів.

Шлях інфікування: повітряно-крапельний, контактено-побутовий.

Епідеміологія. Після спілкування з інфікованою людиною хвороба настає в 98 % випадків. Через предмети побуту і контакт з третіми особами вірус не передається. Найбільш сприйнятливі до захворювання діти, однак вірус не має вікових обмежень і за відповідних умов захворіти може кожен.

Стійкі до вірусу кору: діти до 1 року, якщо мати перехворіла на кір або була вакцинована проти неї, їх врятує так званий трансплацентарний імунітет; діти і дорослі, які перехворіли на кір (імунітет зберігається на все життя) і люди, що пройшли вакцинацію. Решта схильні до небезпеки інфікування навіть якщо просто побували в приміщенні, де за 2 години до цього був хворий.

Вірус проникає в організм через слизові оболонки (дихальний шлях, кон'юнктива), розмножується, потрапляє в лімфатичні судини, а звідти в кров. Вірус поширюється по всьому організму, вражає шкірні покриви, органи тіла, при проникненні вірусу в нервову систему можливий розвиток захворювань менінгіту, енцефаліту і менінгоенцефаліту.

Симптоми з'являються не відразу, в інкубаційний період хвороби вірус посилено розвивається, ознак захворювання немає.

Першою ознакою гострої появи хвороби є висока температура до 38-39°C. Потім з'являються: млявість, сухий кашель, першіння в горлі, нежить, може виникати світлобоязнь та кон'юнктивіт.

Через 2-3 дні жар зазвичай спадає, але кашель і нежить посилюються, з'являється чхання, світлобоязнь (дитині боляче дивитися на світло). На внутрішній стороні щік, а іноді й губ, з'являються дрібні червоні цятки, як би посипані дрібними висівками – специфічна ознака кору.

На 4 -5 -й день захворювання температура знову підвищується до 39-40°C, на шкірі з'являється висип у вигляді рожевих або червоних цяток, що злегка піднімаються над поверхнею шкіри. Висип спочатку з'являється за вухами, на обличчі, шиї, на наступний день – на тулубі, а потім поширюється на кінцівки. Разом з появою висипання посилюється нежить і світлобоязнь, повіки набрякають, обличчя стає набряклим, голос грубим або захриплим, а кашель нав'язливим і болісним. Часто приєднується пронос: випорожнення стають рідкими, водянистими. Самопочуття хворого погіршується, дихання частішає; діти в ці дні особливо мляві, примхливі, то сонливі, то неспокійні. У дітей старше 6-7 років поява

висипки може супроводжуватися головним болем, затемненням або втратою свідомості; деякі з них знаходяться в стані глибокого сну і лежать «як пласт»; в інших, навпаки, з'являється марення, неспокій, їх доводиться тримати, так як вони прагнуть кудись бігти. При позитивному перебігу хвороби на 4-5-й день після появи висипки жар проходить, самопочуття дитини відразу поліпшується, висип тьмяніє, але залишається ще протягом 1-3 тижнів у вигляді коричневих цятток. Зникає світлобоязнь, кашель стає м'якшим і рідкісним, задишка і нежить проходять. Дитина починає одужувати, до неї повертається бадьорість, сон, апетит.

Хвороба може протікати в різних формах (легка, середньотяжка, тяжка), може мати типовий і атипичний перебіг.

Ускладнення. Отрута коревого мікроба розноситься кров'ю і вражає весь організм дитини. Від коревої отрути особливо страждають дихальні органи, кишківник, внутрішні оболонки рота, очі, вуха, шкіра. Ці органи і стають улюбленим місцем для розмноження найрізноманітніших мікробів. Організм ослаблений, тому будь-яка інфекція, яка до хвороби була безпечною, може викликати загрозу та ускладнення.

Серед найбільш поширених ускладнень кору виділяють: отити, сліпота, бронхопневмонії, ларингіти, трахеїти, бронхіти, енцефаліти.

Краснуха – це гостра інфекційна хвороба, викликана вірусом, що характеризується появою висипки на шкірі й збільшенням лімфатичних вузлів.

Збудник краснухи – вірус, що містить РНК. Досить стійкий у навколишньому середовищі, може зберігатися при кімнатній температурі та висушуванні. При ультрафіолетовому опроміненні відразу гине. Чутливий до дії хімічних речовин та високої температури.

Інкубаційний період краснухи становить 10-25 днів.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворі на краснуху. Найбільш заразні хворі у перші 5 днів від початку захворювання. Інфекція передається повітряно-крапельним шляхом. Частіше хворіють діти у віці 4-10 років.

Шлях інфікування краснухи – повітряно-краплинний. Оскільки вірус є в крові, сечі, випорожненнях та має відносну стійкість, припускають можливість інфікування краснухи контактним шляхом, а також безпосередньо через кров під час ін'єкцій. Краснуха передається також через плаценту плода від вагітної з клінічно вираженою або безсимптомною формою хвороби.

Сприйнятливість дітей до краснухи висока. Хворіють в основному діти від 1 до 10 років. Діти старшого віку та дорослі хворіють рідко. Після перенесеної краснухи залишається стійкий імунітет.

Патогенез. Вхідні ворота інфекції – верхні дихальні шляхи (іноді – безпосередньо кров). В епітелії слизових оболонок верхніх дихальних шляхів вірус розмножується, проникає в русло крові, вибірково фіксується лімфоїдною тканиною. Є всі підстави вважати, що до вірусу краснухи особливо чутливі ембріональні тканини.

Симптоми. Продромального періоду не буває, або він дуже слабо виражений. Спостерігаються субфебрильне підвищення температури тіла, нездужання, незначний нежить, покашлювання, катаральний кон'юнктивіт. Типовим раннім симптомом краснухи є збільшення задньошийних, потиличних, білявушних та інших лімфатичних вузлів. Цей симптом з'являється за 1–3 дні до висипу і зберігається 10–14 днів. Висип з'являється на обличчі, шиї, поширюючись протягом кількох годин по всьому тілу. Переважна локалізація висипу – розгинальні поверхні кінцівок, спина, сідниці. На обличчі, грудях та животі кількість висипань менша. Елементи висипу при краснусі – рожеві, круглої і овальної форми плями або папули, які дещо піднімаються над шкірою. За величиною вони бувають від макового зернятка до сочевиці. У деяких хворих переважають дрібніші елементи, в інших – більші. Елементи висипу не схильні до злиття. Висип утримується протягом 2–3 днів, безслідно зникає і не залишає пігментації та лущення.

Ускладнення. Спостерігаються артропатія (захворювання суглобів), яка характеризується сильним больовим синдромом і появою внутрішньо-суглобових випотівань; енцефаліт, енцефаломієліт, поліневрит. Неврологічні ускладнення розвиваються при краснусі в період згасання висипу. Надзвичайно рідко бувають при краснусі отит, пневмонія, гломерулонефрит та інші ускладнення.

Скарлатина – гостре інфекційне захворювання переважно дитячого віку, яке характеризується явищами загальної інтоксикації, ангіною, регіонарним лімфаденітом, дрібноточковим висипом та наступним пластинчастим лущенням.

Збудник скарлатини – бета-гемолітичний стрептокок групи А. Відомо 46 серологічних типів цього стрептокока. Кожен з них може спричинити скарлатину.

Інкубаційний період коливається в широких межах: від 24 годин до 10 діб.

Шлях інфікування скарлатини – повітряно-краплинний. Певну роль при поширенні скарлатини відіграє передавання інфекції контактним шляхом – через третю особу та через предмети, яких торкався хворий. Бувають також харчові спалахи скарлатини – через молоко, холодець тощо.

Джерелом інфекції є хворий на скарлатину, контагіозний з моменту захворювання до 22-го дня від початку хвороби, а також хворий (дитина або дорослий), в якій є інша стрептококова хвороба (ангіна, стрептодермія та ін.).

Найбільше випадків захворювання скарлатиною спостерігається серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Діти першого року життя і після 15-річного віку на скарлатину хворіють рідко.

Вхідні ворота інфекції – піднебінні мигдалики, а також пошкоджена шкіра або слизові оболонки іншої ділянки (опікова, ранова, післяродова скарлатина і т. д.). Скарлатинозний стрептокок розмножується в ділянці вхідних воріт інфекції, виділяє токсин, який всмоктується в кров і зумовлює загальнотоксичні симптоми (головний біль, блювання, підвищення температури тіла тощо), ураження вегетативної нервової системи (спочатку симпатичної, а потім парасимпатичної частини). З дією токсину пов'язуються зміни шкіри (висипання) та язика. Септична дія скарлатинозного стрептокока проявляється виникненням на місці втілення інфекції первинного вогнища запалення (ангіна) та гнійними ускладненнями, які розвиваються при певних несприятливих умовах. Продукти розпаду стрептокока мають алергічну дію, що сприяє розвитку алергічних ускладнень.

Симптоми. Початок хвороби гострий. Температура тіла підвищується до 38–39°C і більше, з'являються біль у горлі під час ковтання, головний біль, нездужання, часто – блювання. Вже на першу добу або на 2-й день з'являється висип. Скарлатинозний висип дрібноточковий, яскраво-рожевий або червоний на гіперемійованому фоні шкіри. На перший погляд створюється враження суцільного почервоніння шкіри. Найбільше висипань у пахвовій, лобковій та сідничній ділянках, на згинальних поверхнях кінцівок. Висип у деяких випадках має дрібнопапульозний (папула – твердий вузлик на шкірі) характер. Можна спостерігати іноді висипання у вигляді дрібних, як макове зернятко, пухирців, наповнених прозорою або каламутнуватою рідиною.

При тяжкій формі скарлатини висип часто геморагічний (з крововиливом). Обличчя має характерний вигляд: на лобі і скронях – рожевий дрібноточковий висип, шкіра щік суцільного червоного кольору;

шкіра носа, навколо губ та підборіддя бліда. Чітко видно блідий носогубний трикутник – типова ознака скарлатини, описана Н. Філатовим. У ділянках згинів, при уважному огляді видно багато дрібноточкових крововиливів, завдяки чому природні складки в них дуже виділяються. Це симптом складки. Постійним симптомом скарлатини є ангіна – від катарального запалення до глибоких некротичних змін піднебінних мигдаликів. Спостерігається яскрава гіперемія слизової оболонки передніх піднебінних дуг, м'якого піднебіння, язичка (палаючий зів). Відповідно до ступеня ураження зіва в процес втягуються регіонарні лімфатичні вузли: вони збільшені, щільні, болісні при пальпації. Язик обкладений густим білим нальотом, через 2–3 дні він очищається від нього, стає яскраво-червоним, сосочки гіпертрофуються (малиновий язик).

Явища загальної інтоксикації, залежно від тяжкості хвороби, зберігаються протягом 2–7 днів. Паралельно з поліпшенням загального стану (зниження та нормалізація температури тіла, поліпшення самопочуття) зменшується ступінь запальних змін зіва, блідне і поступово зникає висип. На місці висипу спостерігається лущення: висівкоподібне на обличчі та шиї, пластинчасте – на тулубі та кінцівках. Поява лущення припадає на кінець першого – початок другого тижня. Більш інтенсивним лущення буває після рясного висипання. Найчіткішим є скарлатинозне пластинчасте лущення на долонях та підошвах.

Педикульоз – це паразитарне захворювання шкіри голови і волосся, викликане вошами.

Інкубаційний період триває приблизно 4-6 тижнів, за цей час самка відкладе велику кількість яєць, після того як вилупляться маленькі воші, вони відразу починають пити кров господаря.

На тілі людини паразитують три види вошей: головні, платяні та лобкові. Воші протягом свого життя, перебуваючи на тілі людини і живлячись її кров'ю, у своєму розвитку проходять три стадії: яйце (тобто гнида), личинка і статевозріла воша. Яйце має довгасту форму, жовтувато-білого кольору, міцно склеєне з волоссям за рахунок речовини, що виділяє самка.

Головна воша найчастіше живе у волоссяній частині голови, в основному на скронях, потилиці, тімені. Тривалість життя дорослої особини 27-38 діб. Самка відкладає на волоссі до 4 яєць на день, а за життя, відповідно, до 160 штук.

Живиться воша кров'ю. Поза тілом людини головна воша живе 24 години, платяна – 7-10 діб.

Шляхи інфікування. Розповсюджуються паразити, переповзаючи з однієї людини на іншу під час безпосереднього контакту (за хвилину вони долають 20 см). А також контактним-побутовим при користуванні спільними речами: одягом, білизною, головними уборами, гребінцями, щітками для волосся. Збереженню проблеми із завошивленням сприяють скупченість населення, недотримання правил особистої гігієни, значні міграційні процеси.

На місці укусів виникає нестерпний свербіж. При огляді голови дитини місце укусу позначено ранкою з червоним віночком навколо. Через деякий час можливий розвиток запально-алергічної реакції, розвивається ця реакція на коагулянт, який виділяють комахи для того, щоб пити кров. У тому випадку якщо педикульоз тривало не лікується, то на поверхні шкіри утворюються механічні розчухи. Як правило, свербіж нестерпний, з цих причин діти розчісують голову до утворення подряпин. Подряпини ці інфікуються з утворенням больової реакції і покриваються корочками. Найголовніша небезпека таких розчосів – це приєднання вторинної інфекції, можуть утворюватися нагноєння і розвивається ще більший свербіж.

Симптоми педикульозу.

- відчуття руху чогось у волоссі;
- сверблячка (викликана алергічною реакцією на укуси);
- пошкодження шкіри голови (викликані розчісуванням);
- інфекції, проникаючі в організм через пошкодження шкіри голови;
- дратівливість (неспецифічний симптом педикульозу, але дуже часто зустрічається у хворих і пов'язаний з дискомфортом, який викликає це захворювання).

Короста – це заразне захворювання, яке відбувається внаслідок паразитування коростяного кліща на шкірних покривах.

Збудник. Розміри кліща настільки малі, що розглянути його неозброєним оком неможливо. Крім здатності паразитувати на тілі, ці дрібні комахи можуть зберігати життєздатність на побутових предметах і речах – подушках, дверних ручках, особистих речах, покривалах і т.д. Кліщі малорухливі, вони здійснюють за добу шлях в 1 мм. Самці живуть на поверхні шкіри і після популяції з самкою відмирають. Життєвий цикл самки – 2 міс. При кімнатній температурі кліщ гине протягом 5-6 днів, а при мінусовій – не витримує і 2 год. При кип'ятінні він гине миттєво.

Шлях зараження контактно-побутовий. Дитина заражається після прямого контакту з хворими на коросту дітьми чи дорослими: через рукостискання і предмети, одяг, рушники, білизну.

Інкубаційний період триває 1-2 тижні в залежності від імунітету дитини.

Симптоми. Через тиждень після контакту можуть з'явитися в міжпальцевих складках, на бічних поверхнях пальців, а також верхніх кінцівках і передньобочкових частинах тулуба висипання, що нагадують дрібні вузлики, пухирці.

На шкірі з'являються сірувато-білуваті смужки з двома дірочками - входом і виходом паразита. Вони нестерпно сверблять, не даючи дитині спокою. Ходи можуть з'явитися на волосистій частині голови, на обличчі, ступнях, долонях і навіть нігтях – в цьому випадку вони товщають. Таку клінічну картину не зустрінеш у дорослої людини.

Проте найчастіше короста у дітей проявляється між пальцями, на грудях, животі, попереку і сідницях. Кліщ живе близько місяця, за цей час в ходах він відкладає яйця, з яких за тиждень виростають нові кліщі. Харчуються вони клітинами шкіри, від цього з'являється свербіж. Найчастіше дитина чухається ввечері і вночі, від цього погано спить. Особливий контроль потрібен за дітьми, схильними до алергії: кліщ у багато разів підсилить її, в ранки може потрапити інфекція.

Контрольні питання

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать кір, краснуха, епідемічний паротит?
2. Назвіть шляхи інфікування кору, краснухи, вірусної паротитної хвороби.
3. Поясніть основні симптоми кору в початковий період і у розпалі хвороби.
4. Охарактеризуйте опорні симптоми краснухи.
5. Назвіть опорні симптоми епідемічного паротиту.
6. Поясніть особливості перебігу кору у дітей.
7. Дайте характеристику, термін виникнення і динаміку висипу у хворого на кір.
8. Охарактеризуйте патогенез, клінічні прояви ускладнень скарлатини.
9. Патогенез, клінічні прояви педикульозу і корости.

Література

1. Голубев В.В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. дошк. факультетов высш.

пед. учеб. заведений / В. В. Голубев – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 306 с.

2. Інфекційні хвороби. Курс лекцій : навч. посібник / Є. В. Нікітін, К. Л. Сервецький, Т. В. Чабан [та ін.]. – Одеса : ОНМедУ, 2012. – 252 с.
3. Савчак В. І. Хвороби шкіри / В. І. Савчак, С. О. Галнікіна – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001, С. 8-12, 27-30.
4. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней. / Под. ред. А. Ф. Фролова, Б. Л. Угрюмова, Е. К. Тринус. – К.: Здоровья, 1983. – 216 с.

3.6. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

Гельмінтози об'єднують хвороби людини, спричинені паразитичними червами-гельмінтами. Найчастіше ці захворювання називають інвазійними, а конкретні форми – *інвазією* (від лат. *invasio* – вторгнення).

Гельмінти або глисти – це паразитичні черви, що можуть вражати кишківник, печінку, жовчні протоки, легені, дихальні шляхи, інші органи та системи організму людини. Глисти викликають у людини захворювання (гельмінтози), які негативно впливають на стан її здоров'я. Крім кишківника, глисти можуть вражати печінку, жовчні протоки, легені, дихальні шляхи, інші органи та системи організму людини.

Нараховують понад 150 видів гельмінтів, з них на території України зареєстровано близько 30. Найчастіше зустрічаються такі види гельмінтів, як гострики, аскариди, волосоголовці, карликовий, бичачий, свинячий ціп'яки, широкий стьожак, трихіNELA, опісторхіс тощо.

Факторами інфікування гельмінтозів є: ґрунт, овочі, фрукти, ягоди, вода, заражені яйцями та личинками паразитичних червей. Факторами інфікування контактних гельмінтів можуть бути білизна та будь-який предмет, що був у контакті з гельмінтоносіями.

Шляхи зараження різноманітні. Личинки біогельмінтів потрапляють в організм людини через рот, при вживанні забрудненої води, сирого або недостатньо обробленого м'яса великої рогатої худоби, свиней, інших продуктів харчування, а також через забруднені руки, предмети домашнього вжитку. Деякі гельмінти активно проникають через неушкоджену шкіру людини, або потрапляють в організм при укусі членистоногих.

Симптоми. Глисти знижують фізичну активність, викликають слабкість, запаморочення, нудоту, блювоту, головний біль, роздратованість, біль в животі, часто спричинюють малокрів'я, алергічні прояви. Нерідко у хворих дітей спостерігається порушення апетиту, розвиваються запальні процеси органів травлення, ускладнюється перебіг інших захворювань.

Діагностика: ґрунтується на виявленні яєць, личинок, дорослих гельмінтів, та їхніх фрагментів. Оскільки більшість дорослих гельмінтів перебувають у травному каналі, основним матеріалом для дослідження є фекалії.

Ускладнення. Особливо тяжко переносять глистяні інвазії діти дошкільного віку, внаслідок яких вони можуть відставати в фізичному та розумовому розвитку.

Аскаридоз – хронічний гельмінтоз, що характеризується міграцією личинок в організмі людини, з подальшим розвитком статевозрілих особин в кишківнику.

Збудником є аскарида, вона у живому стані веретеноподібної форми, червонуватого, після загибелі жовтувато-білого кольору. Самці досягають 15-25 см в довжину і 2-4 мм в ширину, є різностатевим глистом, паразитує у тонкій кишці. Щодня самка відкладає в просвіті кишок близько 200 000 яєць, які виділяються з фекаліями і протягом двох тижнів за t 20-30⁰ С на вологому ґрунті в яйцях дозрівають личинки.

Епідеміологія та патогенез. Зрілі яйця аскарид потрапляють у кишки дитини через брудні руки, з немитими фруктами, овочами, забрудненою водою та їжею. У кишках личинки звільняються від захисної оболонки, проникають через слизову оболонку кишківника в кровоносні судини. З легень вони можуть розноситись з течією крові по великому колу кровообігу і повторно потрапляти в легені. Личинки просвердлюють стінки альвеол, бронхи і з мокротинням потрапляють у ротову порожнину, заковтуються, попадають у шлунок, кишківник, де вони перетворюються на зрілі аскариди. Цикл розвитку становить 2-2,5 місяці. Протягом року аскариди живуть у кишках. Після цього терміну вони гинуть і виводяться з фекаліями назовні.

Інкубаційний період. Зараження дітей відбувається найчастіше у теплу пору року. У розвитку аскаридозу розрізняють ранню і пізню фази. Під час ранньої фази, що триває 2-3 тижні, личинки ушкоджують слизову оболонку дихальних шляхів. Під час кишкової фази аскариди механічно

ушкоджують слизову оболонку, а продукти обміну справляють токсичну дію на організм дитини.

Шлях інфікування – фекально-оральний, аліментарний, контактнопобутовий, водний. Дитина заражається аскаридозом, проковтуючи дозрілі яйця аскарид (з личинками) найчастіше з немитими овочами, ягодами, фруктами.

Симптоми. З боку шлунково-кишкового тракту: огида до деяких видів їжі (найчастіше до жирної); нудота, блювання, зазвичай ранком, які іноді супроводжуються головокружінням і напівнепритомним станом; слинотеча (часто вночі), болі в животі, ділянці пупка; запори або поноси; здуття живота. З боку нервової системи: дратливість, головні болі, неуважливість, сіпання, істеричні припадки. У той час коли личинки в період свого просування через кровоносну систему потрапляють у легені, вони можуть спричинити виникнення: бронхітів, пневмонічних вогнищ у легенях; у рідких випадках апендициту, непрохідності й проривання кишківника, закупорки жовчних ходів, менінгеальних або енцефалітичних симптомів і дати клінічну картину, схожу з картиною при туберкульозному менінгіті або енцефаліті.

Трихоцефальоз – це хронічний гельмінтоз (збудником якого є волосоголовець – геогельмінт, що належить до нематод), що характеризується хронічним перебігом з переважним ураженням сліпої частини кишківнику, порушенням його функції, анемією і астеноїєю.

Збудник. Самець завдовжки 3–4,5 см, самиця – 3,5–5,5 см. Головний кінець паразита тонкий, витягнутий, нагадує волосину. Задня частина тіла стовщена, у самця нагадує годинникову пружину, у самиці – скобку. Головним кінцем волосоголовець укорінюється у слизову і підслизову оболонку кишківнику. Волосоголовців вважають гематофагами, бо вони живляться кров'ю і мають сіро-червоне забарвлення. Вони виявляють механічний і токсичний впливи на організм дитини.

Шляхи інфікування – фекально-оральний, аліментарний, контактнопобутовий, водний. Заражаються діти тоді, коли проковтують дозрілі яйця волосоголовців головним чином з немитими сирими овочами, ягодами, фруктами. Можливе зараження й через інші харчові продукти, на які яйця волосоголовців можуть бути занесені мухами, попасти з пилом або якими-небудь іншими шляхами.

Інкубаційний період. З моменту заковтування яєць з живими личинками до виділення статевозрілими самками яєць минає близько 30-45 днів.

Патогенез. Паразитує переважно у товстому кишківнику, головним чином, у сліпій кишці, заглиблюючись волосоподібним головним кінцем в слизову оболонку. У разі масивної інвазії – на всьому протязі товстої кишки і в дистальній частині тонкої. Самка виділяє у просвіт кишок велику кількість незрілих яєць, що мають діжкоподібну форму з прозорими полюсами. За температури 20–30°C і відносної вологості близько 100 % яйця дозрівають. У зрілому яйці розвивається личинка зі стилетом на голові, здатним свердлити. Яйця волосоголовця, що виділяються з калом, стають здатними заражати людину після дозрівання у зовнішньому середовищі. При сприятливих умовах вони дозрівають на протязі трьох тижнів. Із забрудненою їжею або водою зрілі яйця потрапляють у кишки, де з них виходять личинки, з яких через 30–35 днів розвиваються дорослі волосоголовці. Вони паразитують у кишках дитини протягом 3- 5 років.

Симптоми. Спостерігаються біль у животі, переважно в правій надчеревній ділянці, часто переймоподібний, нудота, зниження апетиту, слинотеча, головний біль, запаморочення, загальна слабкість, дратівливість, розлад сну, непритомність. Випорожнення часто нестійкі, пронос змінюється запором, знижується маса тіла. Іноді спостерігаються судоми. Трихоцефальоз відбивається і на нервовій системі: з'являються головний біль, запаморочення, іноді з короткочасною втратою свідомості, непритомність і навіть напади, що нагадують епілептичні.

Ентеробіоз – це гельмінтоз, спричинений гостриками, характеризується ураженням кишківника, сверблячкою навколо анального отвору, кишковими і нервовими розладами та алергізацією організму.

Збудник. Самка гострика має довжину 9–12 мм і шилоподібно загострений хвостовий кінець. У самця завдовжки 3–5 мм хвостовий кінець спіралью загнутий.

Інкубаційний період близько 15 днів.

Патогенез. Гострики паразитують у великій кількості у нижньому відділі тонкої та у верхньому відділі товстої кишок, у червоподібному відростку, живуть 3–4 тижні. Самка виповзає з анального отвору і відкладає у його складках до 10–12 тисяч яєць, які через 4–5 годин дозрівають, а сама самка після цього гине. Відкладання яєць, що відбувається зазвичай вночі, спричиняє сильний свербіж. Під час почухування шкіри навколо відхідника дитина забруднює руки, які стають джерелом повторного зараження. Діти можуть заражатися від дорослих через забруднені речі домашнього вжитку, їжу, повітря у

приміщенні. Гострики механічно ушкоджують стінки кишок і токсично впливають на організм.

Шляхи зараження – фекально-оральний. Провідний шлях інфікування – контактно-побутовий, основним фактором є руки, забруднені яйцями гельмінтів, а також предмети побуту (дверні ручки, поверхня меблів, вікон та підвіконь, посуд, іграшки, дитячі горщики тощо), рідше – заражені харчові продукти. Можливе зараження дітей в плавальних басейнах. Не виключається можливість інфікування при вдиханні яєць з пилом. Яйця, відкладені самками гостриків, дозрівають через 4–6 годин і стають інвазійними. Вони потрапляють на натільну і постільну білизну, накопичуються під нігтями при розчухуванні і, при недотриманні гігієнічних правил, забруднюють навколишні предмети. Яйця гостриків відносно стійкі у зовнішньому середовищі і зберігають інвазійність до 2–4 тижнів. Зараження людини ентеробіозом відбувається при проковтуванні зрілих яєць гостриків, у яких містяться рухливі личинки.

Симптоми – свербіж в ділянці анального отвору, почервоніння навколо заднього проходу і статевих органів, які з'являється через 12-14 днів після зараження. Шлунково-кишкові розлади: втрата апетиту, нудота, часті випорожнення, болі в шлунку; нервові явища: безсоння, нічне нетримання сечі; діти нерідко стають неухвалюваними або кволими.

Дизентерія (червоний пронос) – це інфекційне захворювання, при якому уражається товстий кишківник (як правило, кінцевий відділ товстого кишківника). Дизентерія належить до гострих кишкових інфекцій.

Збудниками дизентерії є бактерії роду шигелл. При низькій температурі, у вологому середовищі, в темряві вони зберігаються довго; швидко гинуть на сонячному світлі, при висушуванні, високій температурі та у разі дії дезінфікуючих засобів.

Джерелом інфекції є хворий і бактеріоносії.

Інкубаційний період при дизентерії триває від кількох годин до 7 днів (найчастіше 2–3 дні).

Шлях інфікування – фекально-оральний. Переважає контактно-побутове зараження. Важливу роль у передаванні дизентерії відіграють руки як хворої (джерело), так і здорової людини, яка сприймає інфекцію. Тому дизентерію називають хворобою брудних рук. Контактно-побутовий шлях зараження найчастіше характерний для людей, які не дотримують санітарно-гігієнічних правил. Поширення дизентерії спричинюють мухи, які механічно переносять шигели. Мухи є також своєрідним джерелом.

Сприйнятливість до дизентерії дуже висока у всіх вікових групах, особливо у дітей раннього віку. Імунітет нестійкий, зникає вже через кілька місяців.

Патогенез. Шигели потрапляють в організм дитини через рот за допомогою інфікованої води, їжі або брудних рук, проходять через весь шлунково-кишковий тракт і фіксуються на слизовій оболонці його дистальних відділів (частіше в сигмовидній кишці). Там шигели розмножуються і виділяють токсин, який впливає на всі тканини, але в першу чергу – на нервові клітини і волокна. Усі наступні порушення в організмі пов'язані з дією токсину. У кінцевому відділі товстого кишківника спочатку виникає запалення, потім утворюються виразки, потім настає стадія їх загоєння і видалення шигел з організму.

Симптоми. Початок хвороби гострий. Інттоксикація при дизентерії проявляється загальним нездужанням, головним болем, підвищенням температури тіла, нерідко – блюванням. У тяжких випадках спостерігаються симптоми нейротоксикозу: судоми, порушення свідомості різного ступеня тощо. Місцевий запальний процес у товстій кишці проявляється болем у животі та частими випорожненнями. Біль у животі має переймоподібний характер, спочатку відчувається по всьому животу, потім локалізується переважно у лівій клубовій ділянці, буває перед кожною дефекацією і під час неї.

Випорожнення мають спочатку каловий характер, потім кількість калових мас зменшується, у тяжких випадках вони повністю зникають. Випорожнень мало, вони містять мутний слиз та прожилки крові (ректальний плювок). Кількість дефекацій тим більша, чим тяжче захворювання. Зі зменшенням кількості калових мас з'являються часті болісні позиви на випорожнення у зв'язку зі спастичним скороченням м'язів прямої кишки (тенезми). При пальпації живота визначають болючу та спазмовану сигмовидну кишку (симптом лівостороннього коліту). Залежно від ступеня явищ загальної інтоксикації та інтенсивності кишкового синдрому розрізняють легку, середньотяжку та тяжку, або токсичну, форми дизентерії.

При значному харчовому зараженні перебіг дизентерії нерідко нагадує харчову токсикоінфекцію. Спостерігаються явища загальної інтоксикації, повторне блювання, часті рідкі випорожнення з домішками неперетравленої їжі, слизу, зелені, рідше – кров'яні. Розвивається зневоднення, порушується гемодинаміка.

Дизентерія у дітей раннього віку має ряд відмінностей. Колітичний синдром у цьому віці відносно слабкий або його зовсім немає.

Випорожнення рідкі, зберігають каловий характер, але мають зеленуватий колір. Патологічних домішок (слизу та крові) звичайно мало. Еквівалентами тенезмів є почервоніння обличчя та крик під час дефекації. Паралельно з явищами кишкового токсикозу розвиваються зневоднення та гемодинамічні розлади.

Ускладнення. При глибокому ураженні слизової оболонки товстої кишки можуть спостерігатися кровотеча, прорив кишки та наступний перитоніт, рубцеві зміни, випадання прямої кишки.

При зтяжньому та хронічному перебігу дизентерії розвиваються гіпотрофія, анемія, гіповітаміноз.

Після перенесеної дизентерії протягом тривалого часу можуть зберігатися зміни рухових функцій кишок (спазми, біль у животі, нестійкі випорожнення).

Сальмонельоз – гостра інфекційна хвороба, яка зумовлюється численними серотипами бактерій роду сальмонел і характеризується переважним ураженням травного каналу.

Збудник. Відомо близько 2000 типів сальмонел, їм властива надзвичайна стійкість до факторів навколишнього середовища. У нашій країні домінантним типом, який спричинює захворювання сальмонельозом у дітей, є *Salmonella typhimurium*, її внутрішньолікарняні антибіотикостійкі штами.

Інкубаційний період сальмонельозу може тривати від декількох годин до 2 днів. Клінічні прояви залежать від варіанту захворювання.

Шлях інфікування. Сальмонельоз передається фекально-орально, переважно харчовим шляхом. Аліментарне зараження здійснюється при вживанні первинно або вторинно заражених продуктів харчування та при недостатній термічній обробці цих продуктів. Контактне зараження від хворих на сальмонельоз відбувається в основному у дітей раннього віку. Інфікуюча доза у таких випадках невелика. Контактне інфікування та аерогенно-пиловий шлях передавання сальмонельозу домінують при спалахах інфекції в дитячих закладах.

Основним резервуаром та джерелом інфекції є тварини (велика рогата худоба, свині, водоплавна птиця, а також гризуни). Джерелом зараження, особливо у дітей раннього віку, є люди, які мають клінічно виражену або безсимптомну форму сальмонельозу.

Збудник сальмонельозу потрапляє в організм через рот. Місцем первинного втілення та розмноження збудника є епітелій тонкої кишки і лімфатичні вузли. Ендотоксин, який утворюється в процесі розмноження

та загибелі сальмонел, зумовлює явища загальної інтоксикації, місцевий запальний процес у кишках.

Симптоми. Прихований період хвороби може тривати від кількох годин до 7 днів. Найбільш частою формою сальмонельозу є гастроентеричний варіант. Характеризується загальною інтоксикацією і порушенням водно-сольового обміну. Захворювання починається гостро, з підвищення температури і наростання ознак інтоксикації (головний біль, ломота в м'язах, слабкість). Потім у животі виникає біль спастичного характеру, яка переважно локалізується у верхніх відділах живота і пупковій ділянці, нудота і часта блювота. Незабаром приєднується діарея, калові маси досить швидко набувають водянистого, пінистого характеру, смердючі, іноді відзначається їх зеленуватий відтінок. Діарея і блювота мають різну частоту в залежності від тяжкості перебігу захворювання. Значна втрата рідини при блювоті і дефекації веде до розвитку дегідратації.

Ускладнення сальмонельозу. До важких ускладнень з високою ймовірністю летального результату відносять інфекційно-токсичний шок, що супроводжується набряком легенів і головного мозку, серцево-судинної, ниркової та надниркової недостатності.

Вірусний гепатит А – це кишкова інфекція, яка часто зустрічається у дітей. При його розвитку відбувається загальна інтоксикація організму, але в основному вражається печінка людини.

Збудник. Вірус гепатиту А відрізняється стійкістю до ряду речовин – кислот, ефіру, хлору. При цьому він виявляє чутливість до формаліну, а при кип'ятінні гине через 5 хвилин.

Інкубаційний період може помітно коливатися і складати від 7 до 50 днів. Але в основному він складає від 15 до 30 днів.

Шлях інфікування вірусу гепатиту А – фекально-оральний (переважно водними та аліментарним шляхом).

Найчастіше захворювання вражає дітей у віці від трьох до семи років. Його з повним правом можна віднести до так званих хвороб «брудних рук», пов'язаних із нехтуванням правилами гігієни. Збудник гепатиту А потрапляє в організм дитини також із забрудненою водою та їжею.

Джерело інфекції – це людина, заражена вірусом. З її фекаліями виділяються мільярди вірусів в довкілля. Якщо людина вживає воду або продукти, які були заражені вірусом гепатиту А, то вірус потрапляє в кишківник людини, а потім разом з кровотоком він переміщається в печінку і впроваджується в гепатоцити.

Симптоми. Гепатит А характеризується циклічним перебігом, помірними симптомами інтоксикації, швидкоминучими порушеннями функції печінки та доброякісним перебігом. У більшості випадків хвороба починається гостро, з підвищення температури до 38,5°C протягом перших 2-3 днів, ломоти в тілі, загального нездужання (по типу грипоподібного стану). Характерна поява наступних клінічних симптомів: погіршення апетиту, нудота, іноді блювота, біль та відчуття важкості у правому підребер'ї. Цей період захворювання називається переджовтяничним та триває від 4 до 7 днів. Жовтяничний період проявляється жовтяницею склер, слизових оболонок та шкіри. Можливе свербіння шкіри. Колір сечі стає усе більше темним (кольору міцного чаю, пива), випорожнення – безбарвними. З появою жовтяниці низка симптомів переджовтяничного періоду слабшає й у значної частини хворих зникає, а загальний стан та самопочуття покращуються. Температура тіла нормалізується. Через 10-21 день (залежно від тяжкості захворювання) дитина одужує.

Загострення та рецидиви спостерігаються у 2-5 % хворих. Затяжний перебіг хвороби зазвичай пов'язаний із супутніми захворюваннями, порушенням режиму та впливом інших шкідливих чинників. Після перенесеного захворювання формується стійкий, досить тривалий імунітет.

Для вірусного гепатиту А характерні спалахи, які найчастіше реєструються в дитячих дошкільних закладах та школах.

Гепатит В – інфекційне захворювання, яке спричинює вірус гепатиту В, який призводить до запалення печінки. Гепатит В буває гострим (самообмеженим) або хронічним (довготривалим).

Способи зараження:

- через поранення, укуси комах і тварин;
- через слину інфікованої людини, сечу;
- через контакт із зараженою кров'ю, з пошкодженою шкірою чи слизовими оболонками (спільні прилади, забруднені кров'ю: бритви для гоління, зубні щітки, рушники, носовики, мочалки тощо);
- від матері до дитини в утробі через плаценту, під час пологів та через грудне молоко;
- незахищений статевий контакт (при гетеросексуальних та гомосексуальних стосунках);
- через медичні та немедичні парентеральні втручання: переливання крові, внутрішньовенне вживання препаратів, під час проколювання вуха, татування, гоління, манікюру та інших косметичних процедур.

Симптоми. Гепатит В починає проявлятися поступово. Початковий період може затягуватися до 1 місяця і більше.

Хворі на гепатит В мають такі симптоми:

- головний біль;
- порушення сну;
- закрепи;
- нудота та блювання; загальна слабкість;
- свербіння та пігментація шкіри (рідко);
- жовтяниця;
- болі в суглобах;
- тупий біль в районі печінки;
- зниження апетиту, відраза до їжі;
- підвищується температура тіла (при тяжкому перебігу хвороби).

Гепатит С – інфекційне захворювання, яке спричинює вірус гепатиту С і уражає як печінку, так і інші внутрішні органи та тканини (зокрема, кістковий мозок, щитоподібну залозу тощо).

Гепатит С поділяють на такі види: інфекційний гепатит, токсичний гепатит, променевий гепатит та аутоімунний гепатит.

Способи зараження. Інфекційний гепатит можна підчепити через орально-фекальний шлях або парентеральний, або ж отримати вірус як ускладнення інфекційного або бактеріального захворювання (наприклад, ускладнення сифілісу або лептоспірозу).

Токсичний гепатит виникає як ускладнення при отруєннях хімічними речовинами, лікарськими препаратами та алкоголем. Променевий гепатит з'являється під час впливу на організм радіоактивних речовин (наприклад, при тривалих лікувальних курсах променевої терапії). Аутоімунний гепатит – це результат аутоімунної патології.

Симптоми. Основна небезпека цього вірусу в тому, що гепатит С довгий час протікає безсимптомно або майже безсимптомно – інкубаційний період може складати від 20 до 140 днів, але переважно це близько 50 днів.

Серед симптомів:

- болі у суглобах;
- жовтяниця;
- біль у правому підребер'ї;
- різке схуднення, відсутність апетиту, нудота;
- запори або проноси;
- загальна слабкість і сильна стомлюваність;
- асцит (збільшення в обсязі живота);
- свербіж та поява на шкірі судинних зірочок.

Дисбактеріоз – це порушення мікробної рівноваги в кишківнику, коли кількість біфідо- і лактобактерій стає неприпустимо малою, а кількість шкідливих, патогенних, бактерій загрозливо великою.

Найчастіша форма дисбактеріозу – це кишкова.

Лактобактерії – своєрідні «контролери» кишківнику, що стежать за тим, щоб кількість умовно-патогенних (шкідливих) мікробів не перевищувала допустимих норм. Крім цього, лактобактерії контролюють процеси відновлення слизової оболонки травного тракту.

Крім біфідо-і лактобактерій, в травному тракті присутні непатогенні кишкові палички, які відповідають за вироблення вітаміну К.

Для дитячого організму ці мікроби життєво необхідні. Вони слугують бар'єром для хвороботворних і умовно-хвороботворних бактерій і не дають їм проникнути всередину організму. При цьому вони перешкоджають: розвитку кишкових інфекцій; діяльності газоутворюючих бактерій; інтоксикації організму, полегшуючи роботу печінки; появи алергії.

В організмі, не хворому дисбактеріозом, «живе» понад 300 видів бактерій. Значну їх частину складають мікроорганізми, що впливають на процеси травлення. У кишківнику людини обов'язково присутні біфідобактерії – мікроорганізми, що створюють потужний захист від шкідливих мікробів, що надходять в організм з повітрям, їжею і водою. Дитина народжується із стерильним кишківником, і заселення його бактеріями відбувається вже під час пологів. Подальшому формуванню здорової мікрофлори кишківника сприяє мамине молозиво, а згодом і молоко. Тільки грудне молоко (а не штучні його замінники) може дати все необхідне для нормальної роботи органів травлення. Тому що одночасно з корисними мікробами в організм дитини починають проникати і хвороботворні бактерії, протистояти яким можуть лише лакто- і біфідобактерії.

Якщо хвороботворні мікроорганізми перемагають, то в організмі у дитини можуть початися запальні процеси, тривалі алергічні реакції, дисфункція кишківника, печінки, підшлункової залози, ендокринної системи. Згодом можуть розвинутиися і хронічні хвороби – гастрит, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма та нейродерміт.

Симптоми дисбактеріозу:

– на першій стадії клінічних проявів немає, виявити хворобу можна лише за даними аналізів – в аналізі калу відзначається зниження вмісту біфідобактерій і лактобактерій;

– на 2 стадії захворювання відзначаються порушення стулу, схильність до запорів, здуття кишківника. В аналізах відзначають зростання умовно-патогенної флори і зменшення кількості корисних бактерій;

– на 3 стадії порушення в травленні відбиваються на загальному стані хворого, він стає млявим, апатичним, шкіра бліда, землистого відтінку, порушується апетит, виникають часті простудні захворювання;

– остання стадія – це важка форма, виникають ускладнення, що розвинулися в результаті дисбактеріозу, різні кишкові інфекції, захворювання інших органів або повне порушення перетравлення і виснаження.

Контрольні питання

1. Дайте визначення гельмінтозам.
2. Назвіть джерело та шляхи зараження інвазіями.
3. Поясніть спосіб дії гельмінтів на організм.
4. Охарактеризуйте специфічну і неспецифічну профілактику гельмінтозів.
5. Визначте збудника, симптоми та профілактику аскаридозу.
6. Поясніть стан здоров'я хворого на трихінельоз.
7. Визначте причини захворювання на ентеробіоз.
8. Поясніть симптоми при гіменолепідозі.
9. Назвіть причини та ускладнення при дизентерії.
10. Поясніть профілактику сальмонельозу.
11. Назвіть причини та ускладнення при дисбактеріозі.

Література

1. Бандурина Т. Ю. Лямбліоз у дітей: учеб. пос. / Т.Ю. Бандурина, В. Н. Самарина. – СПб.: СПбМАПО, 2009. – 37 с.
2. Богоявленский Ю. К. Нематоды и антигельминтные средства / Ю. К. Богоявленский, И.В. Рачковская, Н.В. Чебышев. – М., 2009. – 29 с.
3. Васильев В.С. Практика инфекциониста / В.С. Васильев, В.И. Комар, В.М. Цыкунов. – Минск: Высшая школа, 2008. – 194 с.
4. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – С. 564-601.
5. Гельминтозы человека / под ред. Ф. Ф. Сопрунова. – М.: Медицина, 2005. – 368 с.
6. Інфекційні хвороби/За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. – С. 55-70.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Абсцес – наповнена гноем порожнина в тканинах тіла, що відокремлюється більш-менш розвиненою капсулою.

Алергія – стан підвищеної чутливості організму відносно до певної речовини чи речовин (алергенів), переважно органічних, що розвивається при повторній дії цих речовин.

Анартрія – втрата здатності утворювати мовні звуки.

Анатоксин – бактеріальні токсини, що втратили в результаті специфічної обробки токсичність, але зберегли антигенні та імуногенні властивості.

Аномалія – структурні чи функціональні відхилення певної частини організму від норми чи середнього значення в той чи інший бік, які виникають в результаті порушення індивідуального розвитку.

Аntenатальний період – період розвитку організму від моменту утворення зиготи до початку пологів.

Антибіотики – хіміотерапевтичні препарати, що утворюються мікроорганізмами або ті, які отримують з тканин рослин і тварин, що мають властивості вибірково пригнічувати життєдіяльність збудників захворювань (бактерій, грибів, вірусів, найпростіших) чи затримувати розвиток злякисних новоутворень.

Антитіла – білки сироватки крові й імуноглобуліни – це складова частина імунної системи організму, що допомагає боротися зі збудниками різних інфекцій.

Артропатія – захворювання суглобів в результаті порушень трофічної іннервації і чутливості.

Атаксія – розлад координації довільних рухів.

Бактерії – група мікроскопічних, переважно одноклітинних організмів, які мають клітинну стінку, але не мають оформленого ядра, без хлорофілу і пластид, розмножуються діленням.

Біологічні ритми – циклічні коливання інтенсивності та характеру біологічних процесів, їх кількісні й якісні зміни, що відбуваються на всіх рівнях життя.

Вакцина – препарат для щеплення, виготовлений зі знешкоджених живих чи убитих мікроорганізмів, якими користуються для імунізації людей і тварин, щоб запобігти або лікувати хворобу.

Вакцинація – метод створення активного імунітету проти інфекційних захворювань.

Вакцинопрофілактика – профілактика інфекційних захворювань із застосуванням вакцин.

Валеологія – сучасна інтегральна наука про фундаментальні закони духовного і фізичного здоров'я як окремої особистості, так і всього людського суспільства на новому етапі його духовно-творчої еволюції; наука, в основі якої лежить перевірена досвідом багатьох століть ідея про те, що завдяки правильному світобаченню і відповідній поведінці людина здатна забезпечити собі довге, радісне і активне творче життя.

Васкуліт – захворювання, пов'язане із запальними процесами в стінках кровоносних судин.

Відпочинок – процес відновлення працездатності у стані спокою, або при такій діяльності, яка знімає втому.

Віруси – неклітинні форми життя, здатні проникати в деякі живі клітини і розмножуватись тільки в них.

Вітаміни – біологічно активні речовини, необхідні в невеликих кількостях для нормального обміну речовин і життєдіяльності живих організмів.

Втома – сукупність змін у фізичному і психічному стані людини, які розвиваються в результаті її діяльності і призводять до тимчасового зниження її ефективності.

Геміплегія – повна втрата довільних рухів в руці і нозі з одного боку.

Гемодинаміка – галузь фізіології, яка вивчає закономірності руху крові кровоносними судинами.

Геморагічний – той, що супроводжується крововиливом.

Гігієна – розділ профілактичної медицини, який вивчає вплив зовнішнього середовища на здоров'я людини, її працездатність і тривалість життя, який розробляє заходи, спрямовані на попередження виникнення хвороб і створення умов, які забезпечують збереження здоров'я.

Гіперкінезія – насильницькі мимовільні рухи в різних групах м'язів.

Гіперестезія – надмірно підвищена чутливість організму до сприймання звичайних зовнішніх подразників.

Гіпотрофія – хронічний розлад трофіки тканин, що належить до дефіцитних станів та характеризується зменшенням ваги відносно зросту.

Деменція – стійке порушення когнітивних функцій в результаті органічного ураження мозку.

Діурез – об'єм сечі, що утворюється за певний проміжок часу.

Дизартрія – порушення мовної функції, виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи.

Дизентерія – інфекційне захворювання, яке поширюється епідемічним способом при зараженні людини через травний тракт.

Ексудативний діатез – це особлива схильність шкіри і слизових оболонок дитини до катарально-запальних (ексудативних) процесів, пов'язаних з порушенням нервово-трофічних функцій центральної нервової системи.

Емоції – реакції людини і тварини на дію внутрішніх і зовнішніх подразників, які мають яскраво виражене суб'єктивне забарвлення і охоплюють всі види чутливості і переживань, пов'язані з задоволенням чи незадоволенням різноманітних потреб організму.

Енантема – висип будь-якого виду і походження на слизових оболонках, в тому числі і внутрішніх органах.

Енцефаліт – запалення головного мозку.

Енцефалопатія – захворювання, при якому дистрофічно змінюється тканина мозку, що призводить до порушення його функції.

Епідемія – поширення епідемічного процесу на велику територію та велику кількість населення.

Етіологія – вчення про причини виникнення хвороб.

Імунітет – несприйнятливість організму до інфекційних і неінфекційних агентів та речовин, що мають сторонні антигенні властивості.

Імуноглобулін – це білки плазми, що продукуються В-лімфоцитами і здійснюють специфічний гуморальний захист шляхом розпізнання і зв'язування антигенів.

Імунопрофілактика – заходи, направлені на боротьбу з інфекційними захворюваннями шляхом створення специфічної несприйнятливості до них.

Іннервація – постачання органів і тканин нервами, що забезпечують їхній зв'язок з центральною нервовою системою (ЦНС).

Інкубаційний період – початковий період інфекційних захворювань, що починається з моменту проникнення хвороботворного мікроба в організм до розвитку перших клінічних ознак хвороби.

Інтерферон – відкритий англійським дослідником А. Айзексом білок, призначений захистити клітину від проникнення в неї чужої генетичної інформації. Він автоматично виробляється і викидається клітиною в навколишню тканинну рідину відразу ж після того, як у клітину проникає будь-яка стороння нуклеїнова кислота.

Інтоксикація – отруєння токсинами.

Інфекційні хвороби – група захворювань, що викликаються патогенними мікроорганізмами і характеризується специфічністю збудника, заразністю, наявністю інкубаційного періоду, циклічністю перебігу, реакціями взаємодії патогенного мікроорганізму та макроорганізму і утворенням пост-інфекційного імунітету.

Інфекція – проникнення та розмноження патогенних мікроорганізмів в макроорганізмі, їх взаємодія з розвитком різних форм інфекційного процесу від носія збудника до інфекційного захворювання.

Інфільтрат – скупчення в тканинах організму клітинних елементів з домішками крові і лімфи.

Іррадіація – поширення відчуття болю за межі безпосередньо враженого місця чи органа.

Карантин – система заходів, спрямованих на попередження поширення інфекційних захворювань із епідемічного осередку. Карантин може бути накладений на гуртожиток, школу, дошкільний заклад.

Кінестетичні відчуття (рухові) – це відчуття людиною рухів і положення частин власного тіла, мають важливе значення в підтриманні м'язового тону, координації рухів, в утворенні рухових навичок і пізнанні різних предметів зовнішнього світу.

Кір – це широко поширене гостре інфекційне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом, що зустрічається головним чином у дітей і характеризується підвищенням температури, запаленням слизових оболонок носа, очей і горла і появою на шкірі висипки.

Краснуха – гостра інфекційна хвороба, що спричиняється вірусом краснухи, передається повітряно-крапельним шляхом, характеризується помірною інтоксикацією, незначним катаральним запаленням слизових оболонок очей і носа, дрібно плямистою екзантемою, генералізованою лімфаденопатією, головним чином потиличних лімфатичних вузлів.

Круп – це гостре запалення гортані та звуження її просвіту, супроводжується періодичною появою хриплого голосу, «гавкаючим» кашлем та утрудненим диханням.

Коки – бактерії кулястої форми.

Лімфаденіт – запалення лімфатичних вузлів.

Локальний – місцевий.

Мигдалики – органи лімфатичної системи, розміщені в слизовій оболонці ротової порожнини і гортані.

Мікрофлора – сукупність мікробів, що населяють певний ареал.

Опортуністичні інфекції – інфекційні захворювання, спричинені організмами, які зазвичай не зумовлюють хворобу в людині із здоровою імунною системою, але можуть розвиватися у людей з ослабленою імунною системою.

Організм – самостійно функціонуюча одиниця органічного світу, яку можна охарактеризувати як відкриту саморегульовальну систему, здатну реагувати на різноманітні зміни умов існування.

Органи чуття – спеціалізовані органи (нюх, смак, дотик, зір, слух, рівновага і положення тіла в просторі), через які нервова система отримує подразнення із зовнішнього і внутрішнього середовищ і сприймає ці подразнення у вигляді відчуттів. Показники органів чуття є джерелом наших уявлень про оточуючий світ.

Особистість – 1) людина як суб'єкт відносин і свідомої діяльності; 2) стійка система соціально значущих рис, які характеризують індивіда чи члена суспільства; 3) єдність унікальних і соціально-життєвих характеристик людини.

Пальпація («обмацування») – метод медичного обстеження хворого, заснований на дотикальному відчутті руки, що виникає при русі і тиску пальців та долоні. Розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію.

Папула – твердий вузлик на шкірі людини.

Параліч – відсутність довільних рухів внаслідок ураження мозкових рухових центрів або рухових шляхів центральної чи периферійної нервової системи.

Пароксизм – посилення якого-небудь хворобливого припадку (лихоманка, біль, задишка) до найвищого ступеня.

Патогенез – механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму.

Період реконвалесценції (одужання) – процес, при якому відбувається ліквідація порушень, викликаних хворобою, відновлення нормальних відносин організму з середовищем.

Перитоніт – запалення очеревини.

Пігментація – забарвлення шкіри або тканин тіла в результаті відкладення в них пігменту, особливо в надмірній кількості.

Плеврит – запалення плеври, двошарової оболонки, яка вистеляє грудну порожнину.

Пневмонія – інфекційне захворювання легенів, яке виникає як самостійна хвороба або як ускладнення інших захворювань.

Психогігієна – гігієна психічного життя.

Пубертатний період – період статевого дозрівання.

Рахіт – захворювання дітей грудного та раннього віку, що протікає з порушенням утворення кісток та недостатністю їх мінералізації, обумовлене головним чином дефіцитом кальцію і його активних форм в період найбільш інтенсивного росту організму.

Режим дня – розподіл праці, відпочинку, харчування і сну.

Режим харчування – кількісна і якісна характеристика харчування, яка включає кратність, час прийому їжі, а також розподіл її за калорійністю і хімічним складом.

Режим праці і відпочинку – науково обґрунтована організація трудової діяльності, яка регламентує таке співвідношення праці і відпочинку, при якому висока ефективність праці співвідноситься без втрати для здоров'я, з високою і стійкою працездатністю людини протягом можливо тривалого часу.

Ремісія – тимчасове мимовільне поліпшення в перебігові хвороби.

Респіраторний – дихальний, що відноситься до дихання, наприклад, респіраторне захворювання.

Рецидив – це новий прояв хвороби після уявного або неповного її припинення.

Симптом – ознака патологічного стану чи хвороби.

Симптом Пастернацького – ознака захворювання нирок (зокрема, ниркової коліки): хворобливість в ділянці нирок при постукуванні в поперековій ділянці.

Симптом Щоткіна-Блюмберга – симптом подразнення очеревини (лікар натискає на передню черевну стінку, а потім швидко прибирає палець: симптом вважається позитивним, якщо після прибрання пальця біль посилюється).

Середовище – сукупність зовнішніх умов, діючих на організм, популяцію чи більш складні біотичні об'єднання, викликаючи відповідну реакцію у них за допомогою прямих чи непрямих взаємовідносин.

Сéпсис (гниття) – особливе гостре або хронічне захворювання, що характеризується прогресуючим поширенням в організмі інфекційного фактору з розвитком тяжких органних порушень, пошкоджень систем організму.

Смегма – суміш секрету сальних залоз крайньої плоти.

СНІД (синдром набутого імунодефіциту) – прояв ВІЛ-інфекції і, як правило, заключна стадія захворювання.

Соматичний – тілесний, фізичний.

Спосіб життя – стійка, довготривала система відносин людини з природним і соціальним середовищем, уявлень про моральні і матеріальні цінності, наміри, вчинки, стереотипи поведінки, реалізації стратегій, спрямованих на задоволення різноманітних потреб, на основі адаптації до правил, законів і традицій суспільства.

Стрес – стан напруження організму – сукупність фізіологічних реакцій, що виникають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різноманітних негативних факторів: холоду, голоду, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції чи, навпаки, винятково позитивних –радості.

Тахікардія – прискорене серцебиття. Розрізняють тахікардію як патологічне явище, тобто збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) в спокої, та тахікардію як нормальне фізіологічне явище (збільшення ЧСС в результаті фізичного навантаження, в результаті хвилювання або страху).

Токсикоінфекція – інфекція, що розвивається в результаті дії токсину.

Токсин – отруйна речовина, що утворюється мікроорганізмами, а також деякими тваринами і рослинами.

Тривога – емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій.

Туберкулін – речовина із збудника туберкульозу, що викликає алергізацію організму; використовується для діагностики туберкульозу.

Умови життя людини – кількісне співвідношення потреб людини і соціальних, антропогенних, природно-антропогенних і природних обставин і можливостей їх задоволення.

Фосфатурія – порушення обміну фосфору і кальцію в організмі.

Фотопсія – це суб'єктивні світлові відчуття у вигляді іскор, блиску, блискавок, вогняних поверхонь і т. ін.

Харчування – процес надходження, переварювання, всмоктування і засвоєння речовин, необхідних організму для відновлення його енерговитрат, побудови і відновлення тканин і регуляції функцій організму.

Хвороба – порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними або (та) морфологічними змінами.

Ціаноз – синюшний колір шкіри або слизових оболонок, пов'язаний з присутністю гемоглобіну еритроцитів, який недостатньо насичений киснем, у поверхневих судинах шкіри та слизової оболонки.

Я – результат виділення людиною себе із оточуючого середовища, який дозволяє їй відчувати себе суб'єктом своїх фізичних і психічних станів, дій і процесів, переживати свою цілісність і тотожність із собою – як у відношенні до свого минулого, так і теперішнього, і майбутнього.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акопян Г. Р. Підручник: Медицина дитинства / Г. Р. Акопян, Ю. Г. Антипкін. – Київ : «Здоров'я», 1994. – 704 с.
2. Аршавський І. А. Основи вікової періодизації. – У кн.: Вікова фізіологія / І. А. Аршавський – Л.: Наука, 2005. – С. 60.
3. Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М: МЕДпресс-информ, 2019. – 208 с.
4. Бандурина Т. Ю. Лямблиоз у дітей: учеб. пос. / Т.Ю. Бандурина, В. Н. Самарина. – СПб.: СПбМАПО, 2009. – 37 с.
5. Богоявленский Ю. К. Нематоды и антигельминтные средства / Ю. К. Богоявленский, И.В. Рачковская, Н.В. Чебышев. – М., 2009. – 29 с.
6. Бочков Н. П. Клиническая генетика : учебник / Н. П. Бочков – 2-е изд., доп. и перераб. – М.: ГЭОТАР – МЕД, 2001. – 448 с.
7. Буянов М. І. Основи психотерапії дітей і підлітків / М. І. Буянов. – М.: Просвещение, 1998.
8. Васильев В.С. Практика инфекциониста / В.С. Васильев, В.И. Комар, В.М. Цыкунов. – Минск: Высшая школа, 2008. – 194 с.
9. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Авт.: Н. В. Котова, О. О. Старець, П. П. Олена, Н. В. Леончук, О. М. Панфілова, Т. А. Бордуніс, І. М. Дубініна, Л. В. Булах – К.: ТОВ «К.І.С.», 2010. – 176 с.
10. Вільчковський Е. С., Курок О. І. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку: Навч. посіб. – Суми: ВТД «Університетська книга», 2019. – 466 с.
11. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку: Навч. посібник. / Е.С. Вільчковський. – Київ.: ІЗМН, 1998. – 94 с.
12. Возіанова Ж. І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж. І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – 601 с.
13. Гельминтозы человека / под ред. Ф. Ф. Сопрунова. – М.: Медицина, 2005. – 368 с.
14. Гігієна харчування з основами нутриціології / За редакцією проф. В.І. Ципріяна. – К.: Медицина, 2007. – 544 с.
15. Глазырина Л. Д. Физическая культура – дошкольникам: Программа и программные требования. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 144 с.
16. Голубев В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста:

- Учеб. пособие для студ. дошк. факультетов высш. пед. учеб. заведений / В. В. Голубев – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 306 с.
17. Денисенко Н. Впровадження програми з валеології / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. – 1998. – № 9.
 18. Денисенко Н. Оздоровчі технології – в освітній процес / Н. Ф. Денисенко // Дошкільне виховання. – 2009. – № 9. – С. 7–9.
 19. Денисенко Н.Ф. Організація методичної роботи з фізичного виховання дітей у дошкільному закладі освіти // Педагогіка і психологія формування творчої особистості: проблеми і пошуки. Вип. 21. – Київ–Запоріжжя, 2001. – С. 302-307.
 20. Доманова О. О. Нові форми дошкільної освіти / О. О. Доманова // Матеріали XII підсумкової науково-практичної конференції викладачів МДГУ : зб. наук. праць / за заг. ред. К. В. Балабанова. – Маріуполь : МДГУ, 2010. – 370 с. – С. 201–203.
 21. Доскин В. А. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. / В.А. Доскин, Х. Келлер, Н.М. Мураенко, М.Р.Тонкова-Ямпольская – М.: Медицина, 1997. – С. 191-210.
 22. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
 23. Ермолаев Ю. А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 1985. – 384 с.
 24. Ермолаев Ю. А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 2001. – 444 с.
 25. Есаков С.А. Возрастная анатомия и физиология (курс лекций) / С.А. Есаков – УдГУ. Ижевск, 2010. – 196 с.
 26. Закон України «Про дошкільну освіту»// Збірник законодавчих і нормативних актів про дошкільну освіту. – Запоріжжя : ТОВ «ЛІПС. Лтд.», 2003. – 246 с. – С. 8–9.
 27. Звенкина О.В. В копилку родителям. Говорим с ребенком о ВИЧ /СПИДе. Методические рекомендации / О.В Звенкина – М., 2008.
 28. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия. / А. Г. Ипполитова – М., 1983.
 29. Исаков Ю. Ф. Хирургические болезни детского возраста: Учеб.: В 2 т. / Под ред. Ю.Ф. Исакова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004. – Т. 1. – 632 с
 30. Інструкція з організації харчування дітей в ДНЗ (зі змінами від 26.02.2013 р.) – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0523-06>
 31. Інструкція про організацію проведення щорічного оцінювання фізичної підготовленості осіб на добровільних засадах (ММС, від 24.10.18). Режим доступу: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1207-18>
 32. Інфекційні хвороби / За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. С.55-70.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

33. Інфекційні хвороби. Курс лекцій : навч. посібник / Є. В. Нікітін, К. Л. Сервецький, Т. В. Чабан [та ін.]. – Одеса : ОНМедУ, 2012. – 252 с.
34. Канюков В. Витаміны / В. Канюков, Т. Санеева, А. Стрекаловская. – Оренбург: ООО «ЛитРес», 2012. – 148 с.
35. Капітан Т. В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. – Вінниця-Київ, 2001. – С. 257-331.
36. Клінічне обстеження органів та систем у дітей // В. Г. Майданник, В. Д. Чеботарьова, М. А. Дадикіна та інші. – К.: «Супрамед», 1993. – С. 138-159.
37. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні : наук.-метод. посіб. – К. : Ред. Журналу «Дошкільне виховання», 2003.
38. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні. – ЮНЕЙДС, 2009 р. – 44 с.
39. Коцур Н. І. Основи педіатрії і гігієни дітей раннього і дошкільного віку: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – XXI, 2004. – 576 с.
40. Крамарев С. О. Інфекційні хвороби у дітей / С. О. Комаров – К: МОРІОН, 2003. – 480 с.
41. Лазарева Г. Ю. Диагностический справочник инфекциониста : справочное издание / Г. Ю. Лазарева. – М. : АСТ, 2007. – 528 с.
42. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л. С. Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. Изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 704 с.
43. Луцик О. Д. Гістологія людини / О. Д. Луцик, А. Й. Іванова, К. С. Кабак, Ю. Б. Чайковський. – Київ: Книга плюс, 2003. – 592 с.
44. Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней. / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. – СПб.: Фоллиант, 2009. – 1008 с.
45. Майданник В. Г. Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні / В. Г. Майданник // Здоров'я України. – 2006. – № 8.
46. Мойсак О. Д. Основи медичних знань і охорона здоров'я / О. Д. Мойсак. – К.: Арістей, 2007. – 616 с.
47. Нарскин Г. И. Профилактика и коррекция отклонений в опорно-двигательном аппарате детей дошкольного и школьного возраста / Нарскин Г. И. // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. – 2002. – № 4. – С. 60–61.
48. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. – Х. : Вид. група «Основа», 2008. – 205 с.
49. Особливості і семіотика захворювань дитячого віку / Під ред. чл.-кор. АМН України, проф. Сміяна І. С., проф. Майданника. – Тернопіль-Київ, 1999. – 146 с.

50. Патологія: учебник / Ю. В. Быць [и др.] ; под ред.: Н. Н. Зайко, Ю. В. Быця, Н. В. Крышталя. – К. : ВСИ Медицина, 2015. – 744 с.
51. Педиатрия: Учебник для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. - СПб.: СпецЛит, 2003. – 893 с.
52. Педиатрия: Учебник для студентов высших мед. учеб. заведений III-IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр. и доп. / В.Г. Майданник. – Харьков: Фолио, 2002. – 125 с.
53. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш та ін. – 2018. – 592 с.
54. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами
55. Полушкін П. М. Історія медицини: Конспект лекцій. [Текст]: навч. посіб. / Полушкін П. М. – Д.: РВВ ДНУ, 2000. – 52 с.
56. Пропедевтика дитячих хвороб / Навчальний посібник за ред. проф. О. Гнатейка. – Львів: Ліга-Прес, 2004. – С. 145-168.
57. Пропозиції щодо поширення досвіду діяльності центрів денного перебування для дітей з ВІЛ на базі Київського та Одеського центрів. – К.: Дитячий фонд ООН в Україні (ЮНІСЕФ), Український інститут соціальних досліджень, 2005. – 23 с.
58. Рахманова А.Г. Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных. – СПб.,1996. – 36 с.
59. Регуш Л. А. Педагогическая психология / Л. А. Регуш. – СПб.: Издательский дом "Питер", 2011 – 414 с.
60. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Лобзина Ю. В. – Санкт-Петербург: Фолиант,2003. – С. 21-38.
61. Сависько А. А. Популяционно-генетические исследования детей, рожденных от ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, и их родителей / А. А. Сависько, В. Н. Чернышов, М. М. Батюшин // Дитина і суспільство: проблеми здоров'я, розвитку та харчування : I Конгрес федерації педіатрів країн СНД, 19 – 21 травня 2009 р. : тези доп. – К., 2009. – С. 121.
62. Савчак В. І. Хвороби шкіри / В.І. Савчак, С.О. Галникіна – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001, С. 8-12, 27-30.
63. Савчин М. В. Вікова психологія.: навч. посібник / М. В. Савчин, Л. П. Василенко. – К.: Академвидав, 2005. – 202 с.
64. Славик М. Постава як фактор відображення здоров'я людини / М. Славик // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки (Т. 3) –

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

- Луцьк, 2008. – С. 138–141.
65. Смоляр В.І. Сучасні проблеми дитячої нутриціології/ В.І. Смоляр // Проблеми харчування. – 2007. – №3. – С. 22-30
66. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней. / Под. ред. А. Ф. Фролова, Б. Л. Угрюмова, Е. К. Тринус. – К.: Здоровья, 1983. – 216 с.
67. Степанова Т. М. Еволюція змісту дошкільної освіти у другій половині ХХ століття : [моногр.] / Т. М. Степанова. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. – 184 с.
68. Ткаченко С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С. К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991. – 442 с.
69. Ткаченко С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунпрофілактики: підручник / С. К. Ткаченко, Р. І. Поцюрко, Л. В. Беш та ін. – К.: «Медицина», 2009. – 560 с.
70. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С. К. Ткаченко. – К. : Медицина, 2013. – 551 с.
71. Фридлянд М. О. Ортопедія / М. О. Фридлянд. – М. : Медицина, 2004. – 507 с.
72. Хвороби ендокринної системи у дітей. Сенаторова Г. С., Чайченко Т. В., Тельнова Л. Г., Гриф МОН України, 2012. – 61 с.
73. Хоменко Б. Г., Анатомія і фізіологія дитячого організму // Хоменко Б. Г., Дідков О. М. – К.: НПУ ім. Драгоманова, 2004. – 373 с.
74. Чеботарьова, В. Д. Пропедевтична педіатрія. / В. Д. Чеботарьова, В. Г. Майданник. – К., 1999. – С. 358-387.
75. Шабалов Н. П. Детские болезни. – СПб.: Питер . – Т.1,2. 2004. – 648 с., 687 с.
76. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни / Е.П. Шувалова – Ростов н/Д.: Феникс, 2001. – 959 с.
77. Эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. Н. Лавина. – М.: Практика, 1999. – 1128 с.
78. <http://www.hnb.com.ua>
79. <http://www.airspb.ru>
80. <http://www.pediatr4.kiev.ua>
81. <http://www.pediatric.spb.ru>
82. <http://www.consilium-medicum.com/media/pediatr>
83. <http://www.health-ua.com>
84. <http://www.medi.ru>
85. <http://www.neonatology.ru>

ДОДАТКИ

Додаток 1

Міністерство освіти і науки України
Сумський державний педагогічний університет
імені А.С. Макаренка
Кафедра дошкільної і початкової освіти

НАВЧАЛЬНА ПРОГРАМА НОРМАТИВНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

ПЕДІАТРІЯ

Галузь знань 0101 Освіта/ Педагогіка

Спеціальність 012 Дошкільна освіта

Освітньо-професійна програма Дошкільна освіта

Додаткова спеціальність 016 Спеціальна освіта (логопедія)

053 Психологія

Кредитно-трансферна система
організації навчального процесу
(ECTS)

ВСТУП

Програма вивчення нормативної навчальної дисципліни «Педіатрія» складена відповідно до освітньо-професійної програми підготовки фахівців за спеціальністю 012 Дошкільна освіта, ОКР «Бакалавр».

Предметом вивчення навчальної дисципліни є процес та особливості патологічних станів дітей дошкільного віку.

Міждисциплінарні зв'язки: вивчення курсу педіатрії ґрунтується на знаннях, отриманих при вивченні навчальних дисциплін: анатомії та фізіології дитини, основ валеології, біології розвитку дитини, віковій та педагогічній психології, педагогіки, фізичної культури.

Програма навчальної дисципліни складається з трьох розділів:

1. Педіатрія як наука про здоров'я і хвороби дитини.
2. Хвороби систем і апаратів органів дітей дошкільного віку.
3. Інфекційні дитячі захворювання.

1. Мета та завдання навчальної дисципліни.

1.1. Метою викладання навчальної дисципліни є підготовка студентів – майбутніх фахівців з дошкільної освіти до збереження здоров'я дітей дошкільного віку та виховання у дошкільників навичок здорового способу життя. Озброїти майбутніх вихователів необхідними теоретичними знаннями і практичними навичками з профілактичної роботи та вмінням своєчасно визначати погіршення стану здоров'я дитини.

1.2. Основними завданнями вивчення дисципліни є:

Методичні – ознайомити студентів з основами організації здоров'язберігаючого виховання в дитячих закладах освіти; формувати у студентів відповідальне ставлення до ролі вихователя як особи, відповідальної за здоров'я дитини та пропагандиста здорового способу життя. Прагнення поповнювати свої знання здоров'язберігаючими технологіями, підвищувати професійну майстерність.

Пізнавальні – надати студентам наукові знаннями про анатомо-фізіологічні особливості та патологічні стани дітей, сутність та механізми здоров'я дитини і засоби його збереження, ознайомлення з найбільш розповсюдженими дитячими хворобами.

Практичні – застосовувати теоретичні знання з курсу у педагогічній практиці в закладах дошкільної освіти. Структурувати зміст навчального матеріалу за його компонентами, виділяти знання та уміння, що мають використовуватися вихователями у закладах дошкільної освіти. Здійснювати вибір форм та методів роботи з дошкільниками для

правильного нервово-психічного розвитку в залежності від стану здоров'я, віку та індивідуальних особливостей дитини.

Виховні – виховувати у студентів спостережливість, чуйність, милосердя, дисциплінованість, відповідальність за життя і здоров'я дітей.

1.3. Згідно з вимогами освітньо-професійної програми студенти повинні **знати** :

– сучасні знання про вікові особливості організму дитини, що розвивається;

– принципи збереження і зміцнення здоров'я дітей;

– ознаки дитячих патологічних станів;

– особливості харчування дошкільників;

– основні закономірності нервово-психічного розвитку дитини;

– загальні закономірності розвитку інфекцій, основні дитячі хвороби;

вміти :

– проводити санітарно-освітню роботу з профілактики дитячих захворювань;

– попереджати нервово-психічні та фізичні розлади у дітей;

– надавати невідкладну допомогу дітям при хворобливих станах.

На вивчення навчальної дисципліни відводиться 150 годин/5 кредитів ECTS.

2. ІНФОРМАЦІЙНИЙ ОБСЯГ НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ

Розділ 1. ПЕДІАТРІЯ ЯК НАУКА ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБИ ДИТИНИ

« 1. З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ

« 2. ВІКОВА ПЕРІОДИЗАЦІЯ ТА ПСИХОФІЗИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІКОВИХ ПЕРІОДІВ

« 3. ПОРУШЕННЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

« 4. ФУНКЦІЇ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

« 5. ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

« 6. ПОНЯТТЯ ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБУ

Розділ 2. ХВОРОБИ СИСТЕМ І АПАРАТІВ ОРГАНІВ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

« 7. ЗАХВОРЮВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

« 8. ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМ

« 9. ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

« 10. ЗАХВОРЮВАННЯ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

« 11. ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

« 12. ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

« 13. ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

Розділ 3. Інфекційні дитячі захворювання

- « 14. Поняття про інфекційні хвороби. Особливості інфекційних захворювань. Імунитет, його види
- « 15. Інфекції дихальних шляхів. Епідемічний паротит та отит у дітей
- « 16. Інфекційні ураження центральної нервової системи
- « 17. Захворювання на віл-інфекцію у дітей
- « 18. Інфекційні захворювання шкіри
- « 19. Інфекційні хвороби шлунково-кишкового тракту

3. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Базова

1. Аршавський І. А. Основи вікової періодизації. – У кн.: Вікова фізіологія / І. А. Аршавський – Л.: Наука, 2005. – С. 60.
2. Бадалян Л. О. Детская неврология / Л. О. Бадалян. – М: МЕДпресс-информ, 2019. – 208 с.
3. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку: Навч. посібник. / Е.С. Вільчковський. – Київ.: ІЗМН, 1998. – 94 с.
4. Гельминтозы человека / под ред. Ф. Ф. Сопрунова. – М.: Медицина, 2005. – 368 с.
5. Голубев В. В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. дошк. факультетов высш. пед. учеб. заведений / В. В. Голубев – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 306 с.
6. Інфекційні хвороби. Курс лекцій : навч. посібник / Є. В. Нікітін, К. Л. Сервецький, Т. В. Чабан [та ін.]. – Одеса : ОНМедУ, 2012. – 252 с.
7. Коцур Н. І. Основи педіатрії і гігієни дітей раннього і дошкільного віку: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – ХХІ, 2004. – 576 с.
8. Крамарев С. О. Інфекційні хвороби у дітей / С.О.Комаров – К: МОРІОН, 2003. – 480 с.
9. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л.В. Беш та ін. – 2018. – 592 с.
10. Полушкін П. М. Історія медицини: Конспект лекцій. [Текст]: навч. посіб. / Полушкін П. М. – Д.: РВВ ДНУ, 2000. – 52 с.

11. Ткаченко С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С. К. Ткаченко, Р. І. Поцюрко, Л. В. Беш та ін. – К.: «Медицина», 2009. – 560 с.
12. Хоменко Б. Г., Анатомія і фізіологія дитячого організму // Хоменко Б. Г., Дідков О. М. – К.: НПУ ім. Драгоманова, 2004. – 373 с.

Допоміжна

1. Гігієна харчування з основами нутриціології / За редакцією проф. В.І. Ципріяна. – К.: Медицина, 2007. – 544 с.
2. Дуткевич Т. В. Дитяча психологія. Навч. посіб. – К.: Центр учбової літератури, 2012. – 424 с.
3. Ермолаев Ю. А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 2001. – 444 с.
4. Інструкція з організації харчування дітей в ДНЗ (зі змінами від 26.02.2013 р.) – <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0523-06>
5. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. – Х. : Вид. група «Основа», 2008. – 205 с.
6. Регуш Л. А. Педагогическая психология / Л. А. Регуш. – СПб.: Издательский дом "Питер", 2011 – 414 с.
7. Славик М. Постава як фактор відображення здоров'я людини / М. Славик // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки (Т. 3) – Луцьк, 2008. – С. 138–141.
8. Смоляр В.І. Сучасні проблеми дитячої нутриціології/ В.І. Смоляр // Проблеми харчування. – 2007. – №3. – С. 22-30

4. Форма підсумкового контролю успішності навчання: екзамен.

5. Засоби діагностики успішності навчання: питання для модульного контролю, комплекси контрольних робіт, використання тестів, екзаменаційних питань.

Тестові питання до теми «Інфекційні захворювання нервової системи»

1. Резервуаром і джерелом менінгококової інфекції є:

1. Люди і тварини.
2. Тільки люди.
3. Синантропні і дикі гризуни.
4. Домашні тварини.
5. Птахи.

2. Збудник менінгококової інфекції:

1. Грампозитивні диплококи.
2. Стрентококи.
3. Пневмококи.
4. Грамнегативні диплококи.
5. Стафілококи.

3. Ворота менінгококової інфекції:

1. Слизова оболонка верхніх дихальних шляхів.
2. Лімфоїдні утворення ротоглотки.
3. Мигдалики.
4. Слизова оболонка трахеї та бронхів.
5. Кон'юнктиви.

4. Для менінгококового назофарингіту характерні:

1. Лейкопенія з відносним лімфоцитозом.
2. Лейкоцитоз з лімфоцитозом, помірне шое.
3. Нейтрофільний лейкоцитоз, прискорене шое.
4. Тільки гіперлейкоцитоз з прискореною шое.
5. Різде прискорення шое.

5. Переносник вірусу кліщового енцефаліту:

1. Москіти.
2. Блохи.
3. Іксодові кліщі.
4. Воші.
5. Червонотілкові кліщі.

6. Що з переліченого характерно для правця:

1. Опістотонус.
2. Фотофобія, гіпотермія.
3. Акустикофобія, шкірне свербіння, бульбарні розлади.
4. Тризм, судоми.
5. Гіпотонія, гіпотермія, блювання.

7. Які основні заходи специфічної профілактики правця:

1. Застосування етіотропних препаратів.
2. Вакцинація немовлят.
3. Вакцинація дорослих із груп ризику.
4. Уведення специфічного імуноглобуліну.
5. Ізоляція хворих, введення специфічного імуноглобуліну.

8. Назвіть клінічні стадії сказу:

1. Передвісників.
2. Початкова, розпалу, реконвалесценції.
3. Початкова, розпалу, хронізації.
4. Збудження.
5. Паралічів.

9. Що уражує збудник сказу:

1. Опорно-руховий апарат.
2. Сечостатеву систему.
3. Нервову систему.
4. Печінку, нирки.
5. Слизові оболонки та шкіру.

10. Що найчастіше є резервуаром та джерелом вірусу сказу в природних осередках:

1. Лисиці.
2. Собаки, кішки.
3. Хвора людина.
4. Вовки.
5. Предмети, заражені слиною хворих тварин.

11. Як проникає токсин збудника правця в центральну нервову систему:

1. Тільки через периневральні та інтраневральні лімфатичні щілини.
2. Через кровоносну, лімфатичну систему і за ходом чутливих нервових волокон.
3. Через гематоенцефалічний бар'єр.
4. Тільки за ходом чутливих нервових волокон.
5. Тільки з током крові.

Тестові питання до теми «Інфекційні захворювання дихальної системи»

1. Джерелом інфекції при гострих респіраторних захворюваннях можуть бути:

1. Тільки хворі люди.
2. Тільки хворі латентними формами захворювань.
3. Домашні тварини.
4. Хворі з клінічно вираженими чи латентними формами захворювань та вірусоносії.
5. Дикі та синантропні гризуни.

2. Епідемії грипу А виникають:

1. Щорічно в осінньо-зимовий період.
2. Щорічно, кожні 2-3 роки.
3. Через кожні 5-6 років.
4. Щорічно в весняний період.
5. Щорічно, незалежно від пори року.

3. Інкубаційний період при грипі продовжується:

1. Протягом 12-48 годин.
2. До 7 днів.
3. До 12 годин.
4. Протягом 5-7 днів.
5. Протягом 7-14 днів.

4. Для грипу характерне переважне запалення:

1. Лімфоїдних елементів глотки.
2. Тільки слизової носа.
3. Трахеї.
4. Тільки бронхів.
5. Тільки альвеол легень.

5. Джерело герпетичної інфекції:

1. Велика рогата худоба;
2. Гризуни;
3. Кролики.
4. Мавпи.
5. Людина.

6. Найчастіший шлях інфікування герпетичної інфекції:

1. Повітряно-крапельний.
2. Харчовий.
3. Водний.
4. Трансмівний.
5. Парентеральний.

7. Збудник герпетичної інфекції:

1. Вірус простого герпеса I-II типу.
2. Вірус герпеса людини III типу.
3. Вірус герпеса людини IV типу.
4. Вірус Епштейна-Барр.
5. Вірус герпеса людини V типу.

8. Герпетична інфекція уражує шкіру у вигляді:

1. Розеолезних висипань.
2. Еритеми.
3. Папул, пустул, виразок.
4. Міхурців, пустул, кірочок.

9. Який лікар описав туберкульоз як спадкову хворобу:

1. Аристотель.
2. Гіппократ.
3. К. Гален.

10. Туберкульоз це :

1. Гостре захворювання.
2. Венеричне захворювання.
3. Хронічне захворювання.

11. Шляхи зараження туберкульозом:

1. Повітряно-крапельний, внутрішньоутробний.
2. Первинний і вторинний.
3. Повітряно-крапельний, через пил, аліментарний, контактний, внутрішньоутробний.

12. Аліментарний шлях зараження це зараження через:

1. Їжу.
2. Пил.
3. Кров.

13. Дуже рідко зустрічаються зараження туберкульозом через :

1. Повітря.
2. Шкіру.
3. Пил.

ДОДАТКИ

14. У дитячому віці найчастіше зустрічаються форми такого туберкульозу:

1. Первинного.
2. Захворювання не зустрічається.
3. Вторинного.

15. Яка температура тримається при туберкульозі:

1. 39-40.
2. 37-38.
3. 36,9.

16. Діагностику туберкульозу починають з з'ясування:

1. Клінічних проявів.
2. Особливостей перебігу хвороби.
3. З'ясування основних симптомів.

17. Як може проявлятися туберкульоз у дітей:

1. Безсимптомно.
2. Дитина худне.
3. Дитина скаржиться на поганий зір.

18. Скільки періодів включає профілактика туберкульозу:

1. 8.
2. 3.
3. 2.

Тестові питання до теми «ВІЛ -інфекція»

1. Вірус імунодефіциту людини належить до:

1. Пікорнавірусів.
2. Ретровірусів.
3. Ортоміксовірусів.
4. Арбовірусів.
5. Аренавірусів.

2. Вірус імунодефіциту в організмі знаходиться:

1. У сечі.
2. У слині.
3. В органах і тканинах.
4. У крові.
5. У всіх біологічних середовищах.

3. Джерелом інфекції СНІДу є:

1. ВІЛ-інфікований на стадії безсимптомного носійства.
2. Хворий в стадії пре-СНІД.
3. ВІЛ-інфікований на стадії генералізованої лімфаденопатії.
4. Хворий на СНІД в термінальній стадії.
5. Всі відповіді вірні.

4. Найефективніша профілактика статевого шляху зараження:

1. Уникнення випадкових статевих стосунків.
2. Уникнення гомосексуальних стосунків.
3. Статеве життя в моногамній сім'ї.
4. Уникнення статевих стосунків до повноліття.
5. Все перераховане.

5. Прогресуючий імунodefіцит в основному зумовлений:

1. Ураженням CD4+ лімфоцитів.
2. Ураженням CD8+ лімфоцитів.
3. Ураженням В- лімфоцитів.
4. Т- кілерів.
5. Ураженням макрофагів.

6. Антитіла до ВІЛ можна виявити:

1. Через 1 -5 днів після інфікування.
2. Через 2-3 тижні після інфікування.
3. Через 6-8 місяців після інфікування.
4. Через 1 місяць після інфікування.
5. Через 8-10 років після інфікування.

Тестові питання до теми «Шкіряні інфекції»**1. Збудником скарлатини є:**

1. Стрептокок.
2. Стафілокок.
3. Пневмокок.
4. Веретеноподібна паличка.
5. Гемофільна паличка.

2. Інкубаційний період при кору складає:

1. 4-9 днів.
2. 2-6 днів.
3. 9-17 днів.
4. 14-25 днів.
5. до 48 годин.

3. Висип при краснусі має наступний характер:

1. Петехіальний.
2. Плямисто-папульозний.
3. Везикульозний.
4. Розеольозний.
5. Пустульозний.

4. Хворі на вітряну віспу підлягають ізоляції до:

1. 10 дня від початку хвороби.
2. 14 дня від початку хвороби.
3. 9 дня від моменту перших висипань.
4. 5 дня з моменту останніх висипань.
5. 10 дня з моменту останніх висипань.

5. Пластинчасте лущення шкіри виникає після наступного перенесеного захворювання:

1. Вітряна віспа.
2. Паротитна інфекція.
3. Краснуха.
4. Скарлатина.
3. Кір.

6. Кір характеризується

1. Гарячкою.
2. Підвищенням температури тіла.
3. Запаленням верхніх дихальних шляхів.
4. Усі відповіді вірні.

7. Інкубаційний період кору триває:

1. 19-17 днів.
2. 10-15 днів.
3. Немає правильної відповіді.

8. Хворого на кір з моменту висипки ізолюють на:

1. 1-2 дні.
2. 8-10 днів.
3. 4 дні, а в ускладнених випадках на 10.

9. Вакцинація проти кору в Україні розпочалася

1. з 1968.
2. з 1850.
3. немає вірної відповіді.

10. Передача кору через предмети та третю особу

1. Відбувається.
2. Не відбувається.

11. Збудник краснухи

1. Фільтрівний вірус.
2. Нуклеокапсид.
3. Вірус з групи міксовірусів, містить РНК.

12. Інкубаційний період при краснусі становить

1. 10-15 днів.
2. 15-21 день.
3. 5-8 днів.

13. Вакцинація проти краснухи в нашій країні

1. Проводиться.
2. Не проводиться.

14. Краснуха як самостійне захворювання була описана

1. у 1834 р.
2. у 1950 р.
3. у 1755 р.

15. Що спільне між краснухою та кором?

1. Викликаються вірусами.
2. Характерна висипка.
3. Всі відповіді вірні.

Тестові питання до теми «Кишкові інфекції»**1. Джерелом інфекції при сальмонельозі можуть бути:**

1. Велика рогата худоба і птахи.
2. Собаки.
3. Кішки.
4. Кліщі.
5. Гризуни.

2. Найбільш розповсюдженою формою сальмонельозної інфекції є:

1. Тифоподібна.
2. Септична.
3. Бактеріоносійство.
4. Субклінічна.
5. Гастроінтестинальна.

3. Час появи гепатолієнального синдрому при генералізованій формі сальмонельозу:

1. 1-й день хвороби.
2. 2-й день хвороби.
3. У кінці першого тижня хвороби.
4. У кінці другого тижня хвороби.
5. В інкубаційному періоді.

4. Генералізована форма сальмонельозу відрізняється від тифо-паразитарних захворювань:

1. Відсутність рецидивів.
2. Відсутність розеолезної висипки.
3. Відсутність відносної бактеріємії.
4. Відсутність бактеріємії.
5. Відсутність гарячки.

5. Які збудники можуть викликати харчові токсикоінфекції?

1. Лептоспіри.
2. *Salmonellatyphi*.
3. *Staphiloccusaureus*.
4. *Clostridiumtetani*.
6. Ентеровіруси.

6. Ботулізм належить до:

1. Харчових токсикоінфекцій.
2. Кров'яних інфекцій.
3. Кишкових інфекцій.
4. Вірусних діарей.
5. Харчових інтоксикацій.

7. Збудник ботулізму:

1. Бліда трепонема.
2. Веретеноподібна паличка.
3. *Vibriu comma*.
4. *Clostridium perfringens*.
5. *Clostridium botulinum*.

8. Які токсини виділяє збудник ботулізму:

1. Ендотоксин.
2. Нейротропний екзотоксин.
3. Анатоксин.
4. Не виділяє.
5. Екзотоксин+ендотоксин.

9. Джерело інфекції при ботулізмі:

1. Харчові продукти.
2. Людина.
3. Вода.
4. Травоїдні тварини.
5. Консервовані продукти.

10. Фактори інфікування при ботулізмі:

1. Продукти, що інфіковані спорами збудника ботулізму і мають анаеробні умови.
2. Недоброякісні овочі.
3. Немиті фрукти.
4. Все перелічене.
5. Молочні продукти.

11. Що є пусковим механізмом у патогенезі ботулізму:

1. Токсин, здатний пригнічувати тканинне дихання.
2. Ураження токсином холінергічних відділів нервової системи.
3. Ураження токсином травної системи.
4. Проникнення вегетативних форм збудника з кишок в органи і тканини.
5. Ураження токсином адренергічних відділів нервової системи.

ДОШКІЛЬНЕ ВИХОВАННЯ В РОЗВИНЕНИХ КРАЇНАХ

Англія. Перший дитячий садок в Англії був відкритий в Лондоні в 1873 р. як приватна установа, у 1904 р. в Бірмінгемі відкрився перший народний дитячий сад, який у 1917 р. отримав назву «школа-ясла». Надалі ця назва збереглася за дошкільними установами Англії. У 1918 р. англійський уряд офіційно дозволив відкривати або підтримувати дошкільні установи для дітей від 3 до 5 років, оскільки з 5 років вони повинні вчитися в початковій школі. Незабаром була створена асоціація шкіл-ясел, але кількість дошкільних установ в Англії була довгий час порівняно невеликою. У 1937 р. було всього лише 87 державних шкіл-ясел, що обслуговували 6738 дітей. Однією з причин повільного розвитку в Англії мережі дошкільних установ було те, що хоча місцеві органи народної освіти отримали право відкривати установи для маленьких дітей, але це не ставилося їм в обов'язок. У роки Другої світової війни мережа дошкільних установ стала швидко рости, вони охоплювали вже до 50 000 дітей від двох місяців до 5 років.

Згідно з «Актом про освіту» (від 1944 р.) діти 5-7 років відвідують початкову школу, для малюків від 2 до 5 років призначені спеціальні класи – державні безкоштовні, приватні, іноді субсидовані державою або такі, що належать філантропічним організаціям, а також церкві. У державних школах-яслах і дошкільних класах діти знаходяться з 8 години ранку до 15-16-ї години дня.

Заклади дошкільного виховання підпорядковані органам, котрі піклуються початковою і середньою освітою. Спеціального управління, що піклується дошкільними справами, в Англії не існує. Інспектування дошкільних установ здійснюють інспектора початкової школи, в поодиноких випадках вони виявляються фахівцями дошкільної справи.

Точних вказівок щодо того, зі скількома дітьми повинна працювати одна вихователька, немає, але рекомендується, щоб у дошкільному закладі на 40 дітей було дві виховательки (одна з яких завідувачка) і дві няні.

Дошкільні установи, підпорядковані місцевим органам народної освіти, обслуговуються лікарями шкіл.

Офіційних інструкцій щодо змісту роботи дошкільних установ або програм в Англії не існує, працівники дошкільних установ самі складають

собі програми роботи відповідно до вказівок, які отримують на спеціальних конференціях і курсах.

У практиці англійських дошкільних установ активно використовуються методи Монтесорі. Керівним принципом у їх роботі є принцип самовираження дитини у діяльності як нібито найкращий засіб виявлення здібностей дітей та їхніх спадкових даних. Вихованцям надається можливість працювати з пластиліном, папером, викидним матеріалом, піском як групами, так і індивідуально. У другій половині дня організуються необов'язкові для дітей заняття музикою, співом, прослуховування платівок, розповідання. Досить велику увагу в англійських дошкільних установах приділяється фізичному та естетичному вихованню малюків. Приміщення гарно оформлені і обладнані так, щоб діти мали можливість грати і займатися фізичними вправами. У їх розпорядженні фарби, двосторонні мольберти; діти багато малюють, як правило, стоячи.

Установка на спонтанне, стихійний розвиток негативно позначається на дітях, які не мають у родині умов для культурного розвитку, і вони часто виявляються в групах, де робота ведеться за зниженими програмами.

Підготовка вихователів дошкільних установ здійснюється в Англії в спеціальних педагогічних закладах. По закінченню їх надається право працювати в класах для малят (5-7 років), а іноді й у всіх класах початкової школи.

Особи, які працюють у приватних установах, повинні мати кваліфікацію, але суворих вимог на цей рахунок немає. Виховательки можуть підвищувати свою кваліфікацію на курсах, організованих міністерством, місцевими органами, громадськими організаціями, що займаються дошкільним вихованням.

Сполучені Штати Америки. Перші дитячі сади були відкриті в США в другій половині XIX ст. На початку XX ст. майже в кожному штаті були розроблені програми для дитячих садів, серед яких привертала увагу «Програма навичок у дитячому садку прогресивного американського педагога Смісс-Хілл. При всьому різноманітті програм усі вони мали, загалом, єдину класову буржуазну ідеологічну основу.

У 30-х роках XX ст. на практику роботи дитячих садів США зробила сильний вплив прагматична педагогіка Д. Дьюї.

В американських дитячих садах діти, як правило, проводять всього 3 години. Велика увага приділяється їх фізичному вихованню; в умовах теплого клімату робота з дітьми найчастіше організовується на свіжому

ДОДАТКИ

повітрі, при відкритих вікнах; є різні пристосування для вправ у рухах: гірки, гойдалки, знаряддя для лазіння.

У відповідності з установкою педагогіки прагматизму на заняттях переважає самостійна діяльність дітей, дуже поширені ігри з будівельним матеріалом, заохочується музична і словесна дитяча творчість (створення віршів, оповідань). Під час трудової діяльності дітей приділяється увага навчанню їх планувати свою роботу, ретельно виконувати, доводити до кінця. Ставиться завдання розвинути у дітей вміння самоорганізовуватися, бути ватажками.

Переведення дітей із групи в групу найчастіше відбувається на основі результатів їх тестового обстеження.

Мережа дошкільних установ у США розвивається дуже повільно. Незважаючи на широкий інтерес громадськості до дошкільного виховання, в США і в даний час не створено державної системи дошкільного виховання, немає і загальних законів, тому робота в кожному штаті, місті будується по-різному.

Функціонують такі типи дошкільних установ: дитячі садки при державних школах, при коледжах, університетах, кооперативні дитячі садки (приватні), дитячі центри. Дитячі садки при державних школах, як більш доступні трудящим, обладнані погано; в них немає необхідних посібників, іграшок. Дитячі садки при педагогічних коледжах і університетах відрізняються від пришкільних як обладнанням, так і підготовкою і майстерністю педагогів. У дошкільних центрах діти проводять 6 годин, отримують дворазове харчування, грають, займаються, але, як правило, при дитячих центрах немає спеціально обладнаних майданчиків для ігор і прогулянок. Бюджет дитячого саду, включаючи і заробітну плату персоналу, в основному складається з внесків батьків.

Кооперативні дитячі сади організуються батьками. На їхні кошти орендується приміщення, наймаються вихователі. Батьки оплачують всі витрати, що часто вимагає додаткових зборів грошей. Незважаючи на дуже високу плату, діти отримують в саду одноразове харчування. Нести такі витрати (за браку дошкільних установ) батьків спонукає страх, щоб дитина не відставала в розвитку і в школі не опинилася в групі «нездатних».

Існують дитячі сади і при церквах. Їх відвідують в основному діти служителів церкви і вчителів церковних шкіл.

Є експериментальні дошкільні установи з поліпшеними програмами, що працюють за новими методиками. Проте практика роботи всіх дитячих

садів спирається на теорію спонтанного розвитку дітей, згідно з якою вихователі планують свою роботу, виходячи з випадкових інтересів і бажань вихованців.

Прогресивні організації США виступають за створення державної демократичної системи дошкільного виховання, ведуть боротьбу з теоріями спонтанного розвитку дітей та стихійності у педагогічному процесі. В останні роки в США пильно вивчається радянська система дошкільного виховання. Американські педагогічні делегації ретельно вивчають роботу радянських дитячих садів, діяльність міністерств освіти в галузі дошкільного виховання, знайомляться з дослідженнями НДІ дошкільного виховання АПН СРСР, перекладають і видають праці радянських теоретиків дошкільної педагогіки.

Франція – країна, де дошкільні установи з'явилися раніше, ніж в інших державах. При здійсненні реформи у галузі народної освіти в 1881-1882 рр. дошкільні установи були введені в систему народної освіти, оголошені державними безкоштовними, світськими, але не обов'язковими. Поряд з державними зберігалися і приватні дошкільні установи, які в більшості випадків створювалися церковними організаціями і обслуговували забезпечені верстви населення.

У результаті реформи основним типом дошкільного закладу став дитячий сад Фребелівського типу, що отримав назву «материнська школа». Реорганізацію дошкільних установ очолювала Поліна Кергомар.

Дошкільна освіта розрахована на дітей віком від 2 до 6 років.

«Материнські школи» розглядаються не тільки в плані загального розвитку і виховання дітей, але й як важливий суспільний інститут підготовки їх до обов'язкового навчання. На «материнську школу» покладені завдання фізичного, естетичного, морального та інтелектуального розвитку дітей.

«Материнська школа» часто вважається великим досягненням навчально-виховної системи Франції. Діти в ній поділені на три секції: у першій – віком від 2 до 4 років і їхнє навчання обмежується іграми; у другій діти 4 - 5 років, які навчаються вмінню «соціального спілкування» шляхом мови і жестів. Основну секцію становлять шестирічні хлопчики і дівчатка. Їх до навчання вчать читати, писати і рахувати, вони ходять до «школи» 5 разів на тиждень і там перебувають 6 годин на день. Діти старше 5 років становлять особливу перехідну групу від дитячого саду до школи: у цих групах зберігаються методи роботи, як і в материнській школі, але одночасно ведуться заняття за програмами, які готують до школи.

Болгарія. Систему суспільного дошкільного виховання в Болгарії було сформовано після Другої світової війни. До неї належать дитячі садки (повного дня, цілорічні, сезонні, цілодобові), ясла, ясла-садки з денним і напівденним перебуванням дітей (садки при школах). Дошкільні заклади відвідують майже всі діти. Існує державна програма виховання дітей дошкільного віку. Значну увагу в дошкільних закладах зосереджують на фізичному вихованні (спортивні свята, навчання плавання, загартування).

Для системи суспільного дошкільного виховання Болгарії характерні:

- широка мережа дошкільних закладів, наявність спеціальних норм їх проектування і будівництва;
- державний характер системи дошкільного виховання і підготовки педагогічних кадрів;
- визнання дошкільного виховання частиною системи народної освіти, її первинною ланкою;
- державна програма виховання дітей в дошкільних закладах.

На сучасному етапі триває реформування суспільного дошкільного виховання.

Данія. Найпоширенішими типами закладів суспільного дошкільного виховання Данії є денні ясла, садки, ясла-садки, ігрові майданчики та цілодобові дошкільні заклади, призначені для виховання і лікування дітей із проблемами фізичного та психічного розвитку, надання їм психолого-педагогічної допомоги і здійснення корекції вад. Педагогічний персонал отримує трирічну підготовку з психології, фізіології, педагогіки. Кожен п'ятий працівник датських дошкільних закладів є чоловіком.

У Данії знаходиться центр Міжнародної Монтессорі-асоціації.

Ізраїль. Дитячі садки в Ізраїлі перебувають на утриманні муніципалітетів, релігійних і жіночих організацій. Працюють цілорічно, за винятком невеликих канікул у серпні. Діють платні приватні садки і групи по 5–10 дітей раннього (з 3-х місяців) і дошкільного віку. Відкриття приватних дитячих садків дозволяється лише фахівцям з педагогічною освітою.

Як і муніципальні, приватні дитячі садки контролюються міністерством освіти. Усі діти обов'язково мають відвідувати старшу групу в дитячому садку, яка безплатно готує їх до школи. Вони опановують різні види художньої діяльності, слухають оповідання і казки, вчать читати і рахувати, працюють з комп'ютером, ознайомлюються з народними традиціями.

Китай. Дошкільні заклади в Китаї великі (270 вихованців і 60 педагогів та обслуговуючого персоналу). Групи нараховують 25–26 дітей, переважно денного перебування, 5 % груп дошкільних закладів – цілодобові, з яких батьки забирають дітей у середу і суботу. Вихователі та їхні помічники мають бути різного віку, вміти чітко організувати поведінку дітей, не надавати багато часу на вільну діяльність, виховувати звичку до порядку, прищеплювати навички колективного життя, уникаючи покарань, виховувати працелюбність, наполегливість, відповідальність перед батьками, вихователями, однолітками, країною. Патріотичне виховання є основою навчально-виховного процесу. Значна увага приділяється розвитку музичних здібностей.

Німеччина. Традиції суспільного дошкільного виховання в Німеччині є одними з найдавніших. З 1957 р. діє закон про вільне відвідування дитячих садків, 20 % з яких утримує держава, 80 % належать церковним громадам, профспілкам, німецькому Червоному Хресту, службі молоді, іншим благодійним товариствам. Батьки оплачують 50 % утримання дітей, інші витрати відшкодовує власник дошкільного закладу.

У Німеччині існують такі типи дошкільних закладів:

- дитячі садки з повним або неповним днем, призначені для дітей 3-х – 6-ти років;
- одноступові дошкільні заклади (переважно для старших дошкільників);
- пришкільні групи (для п'ятирічних дітей);
- підготовчі класи основної школи. У них виховують і навчають п'ятирічних дітей;
- цілодобові інтернати для здорових дітей віком від 3-х до 6-ти років;
- інтернати для дітей із проблемами здоров'я і розвитку;
- материнські центри. У них матері разом з дітьми займаються цікавою і корисною діяльністю, спілкуються між собою та спеціалістами з педагогіки і психології.

Головні концептуальні засади виховання дітей реалізуються у дитячих садках вільного і відкритого типів. Найпоширеніший тип вільного дитячого садка – штейнерівські дитячі садки і дитячі садки Монтесорі.

Відкритий дитячий садок організовано на ситуативно-орієнтованій концепції дошкільного виховання, для якої характерні: відкрите планування з участю дітей; навчання на базі реальних життєвих зв'язків; єдність гри і навчання; різновікова організація життя та діяльності; зв'язок із громадськістю; співробітництво батьків і дошкільного закладу.

Вихователь повинен бути здатним до систематичних і тривалих спостережень, аналізу результатів педагогічної діяльності, прогнозування.

Республіка Польща. Систему дошкільного виховання у Польщі утворюють дитячі садки, ясла-садки з повним (міста) та неповним (сільська місцевість) днем перебування дітей. Діють також цілодобові двотижневі ясла-садки і тимчасові дитячі садки типу сімейних мікросадків, розташовані у квартирах багатоквартирних будинків.

Туреччина. Певною мірою на дошкільне виховання впливають традиційні для ісламу цінності багатодітного родинного виховання та ролі жінки в сім'ї. У системі суспільної дошкільної освіти (ясла, приватні, фабричні, експериментальні дитячі садки) виховується 10 % дітей від народження до шести років. Однак її матеріальна, науково-методична бази потребують суттєвого поліпшення.

Мета і зміст дошкільної освіти відповідають загальному спрямуванню національної освіти: фізичний, розумовий, емоційний розвиток дітей; формування соціальних навичок поведінки; розвиток мовленнєвої компетенції; підготовка до навчання у школі.

Фінляндія. Дошкільні заклади у цій країні існують з 50-х років XIX ст. Певний час вони працювали за фребелівською системою. У пошуках раціональних моделей роботи дошкільних закладів апробуванню були піддані монтезорівська, американська, шведська системи.

У Фінляндії існують такі типи дошкільних закладів:

- народні дитячі садки. Вони виникли найдавніше, будучи покликаними допомагати у вихованні дітей сім'ям, у яких батьки працюють. Поширеними є денний догляд за дітьми у сім'ях, відкриті дитячі садки, пересувні дитячі садки (на зразок сезонних), дошкільні заклади для дітей із проблемами фізичного і психічного розвитку;
- сімейні дитячі садки. Їх призначення полягає в організації сімейного догляду за дітьми. Вихователі повинні мати спеціальну підготовку;
- відкриті дитячі садки. Працюють за типом ігрових майданчиків, куди батьки приводять дітей для прогулянок, спільних ігор з однолітками;
- дошкільні дитячі будинки. Робота їх розгортається за принципом життя великої сім'ї.

Суспільне дошкільне виховання у Фінляндії здійснюється у тісному зв'язку із сім'єю. Кожна третя дитина до 3-х років і майже всі діти дошкільного віку (за рік до школи) виховуються у закладах системи дошкільної освіти. Батьки мають широкі можливості щодо безпосередньої участі у роботі дошкільних закладів. Кількість дітей у групах має чіткі

обмеження: віком до року – не більше 6-ти осіб, від року до 2-х років – не більше 12-ти, після 3-х років – не більше 20-ти вихованців. Графік роботи педагогічного персоналу побудований так, щоб удень з дітьми працювали всі вихователі і няні. Заборонено продаж іграшок військової тематики. У виховній роботі значну увагу приділяють проведенню свят: Дня ООН, Дня незалежності Фінляндії, Дня тата, Дня мами, Дня друга, Різдва, Великодня, Дня фінської мови, Дня «Калевали» (карело-фінського національного епосу).

Вихователями можуть працювати особи, які здобули спеціалізовану вищу освіту.

Чехія. У країні майже всі діти охоплені суспільним дошкільним вихованням. Перші дитячі садки були відкриті у 1832 р. (Прага), згодом створені материнські школи – народні дитячі садки. Крім них, функціонують ясла, дитячі садки з неповним днем, підготовчі класи при школах.

Педагогічні кадри для системи дошкільного навчання і виховання готують у вищих навчальних закладах. Часто їх керівники працюють вихователями груп дітей.

Подібна система дошкільного навчання і виховання функціонує і в Словаччині.

Швейцарія. Дошкільні заклади Швейцарії (дитячі садки або дитячі школи) призначені для виховання дітей 4–6-ти років. Крім державних, існує багато приватних дошкільних закладів, які протягом п'яти днів на тиждень працюють по кілька годин на день і розміщені переважно в одноповерхових котеджах з майданчиками для прогулянок і занять фізичною культурою. Історично склалися дві концепції виховання дітей дошкільного віку: у німецькій частині країни концепція заснована на ідеях Ф. Фребеля, у романській – женецького напрямку (Е. Клапаред, А. Фер'єр, Ж. Піаже) та монтессорівського типу. Німецькомовні і романомовні дитячі садки працюють за різними програмами. Швейцарські дошкільні заклади добре обладнані, в них багато дидактичного, ігрового матеріалу для занять і самостійної діяльності дітей.

Постійно триває пошук ефективних шляхів взаємодії дошкільних закладів і початкової школи, організовуються комплекси «дитячий садок – школа» для охоплення дітей дошкільним вихованням і підготовки їх до школи.

Японія. Дошкільні заклади для дітей віком від народження до 6-ти років (ясла, дитячі садки, ясла-садки) перебувають у підпорядкуванні муніципалітетів, приватних організацій та осіб, і працюють від 2–3-х до

ДОДАТКИ

10–12-ти годин на день. Існують також однорічні заклади для повноцінної підготовки дітей 5–6-ти років до школи. Крім муніципальних, усі дошкільні заклади платні й за бажанням батьків забезпечують програму індивідуального розвитку кожної дитини. Виховательками працюють переважно молоді неодружені жінки, які обов'язково повинні мати університетську освіту.

Японська система виховання зорієнтована на раннє виявлення задатків і природний розвиток здібностей. Групи у дитячих садках є досить чисельними – у середньому по 40 осіб. Виховне середовище дбайливо, зі смаком організоване. Дітей залучають до участі у створенні затишку і краси в помешканні: вони вирощують і оранжують квіти, конструюють, виготовляють панно і гобелени тощо. Участь дітей у художній праці є обов'язковою, оскільки, на думку японців, лише рукотворна краса підносить людину до філософського розуміння прекрасного як доцільності буття.

Завдання педагогів полягає і в тому, щоб навчити дітей спілкуватися, дбати, щоб кожна дитина відчувала комфорт, рівноправність, а група розвивалася на основі товаришування і співробітництва. Педагог не робить дітям зауважень.

Основою виховання є національні цінності японського народу, що виявляється навіть в організації індивідуального харчування. Стверджується, що доля людини залежить не так від обдарованості, як від терпіння, працездатності, посидючості, старанності. У зв'язку з цим важлива роль відводиться дотриманню режиму життя і діяльності (рано вставати, бути акуратним, багато працювати, правильно харчуватися, володіти формами ввічливості, вітання, вдячності). Схвалюються повага до старших, уміння розуміти іншу людину, підкорятися загальним правилам, бути толерантним. Дітям розкривають суть поняття «смерть», їх привчають до миролюбності.

У вихованні дітей тісно співпрацюють вихователі та батьки. Традиційними є відвідування дітей батьками, спортивні дні, дні спостережень, спільні занотовування цікавих думок педагогів і батьків про розвиток дитини, батьківські збори.

Багато дошкільних закладів опираються у своїй роботі на досвід відомого японського скрипаля і педагога Синьїті Судзукі («Система виховання таланту»), який вважав талант максимальним рівнем розвитку здібностей дитини, а вік до 6-ти років – періодом, коли вирішується її доля. Ранній розвиток музичних і мовленнєвих здібностей поступово стає

системою цілісного розвитку особистості, а музика і рідна мова – провідними її засобами. Про популярність дитячих садків Судзукі свідчить те, що заяви про прийом дитини до них батьки подають за 3–4 роки до її народження. Сюди приймають дітей без будь-якої попередньої перевірки задатків. Вихователі працюють з різновіковими (від 3,5 до 5-ти років) групами дітей (до 60-ти осіб). Їхня роль полягає у створенні середовища для саморозвитку особистості дитини. Йдеться про розвиток пам'яті, сприймання (візуального, слухового, тактильного), комплексних видів художньої діяльності дітей. З двох років дитину вчать гри на скрипці, для чого компанія «Судзукі» виготовляє маленькі скрипки на 1/32 повного розміру. Виховання у цих садках має гуманістичний зміст (підкреслюється краса природи, мистецтва) і форму (дитину ні до чого не змушують, а створюють розвиваюче педагогічне середовище).

Проблемами розвитку дитячих талантів переймаються не лише педагоги і батьки. Відчутно впливають на функціонування системи дошкільних закладів Асоціація раннього розвитку, організація «Навчання талантів». Слова автора популярних праць про виховання здібностей у дітей, засновника фірми «Соні» Масари Ібуки про те, що основою розвитку розумових здібностей дитини є її особистий досвід пізнання у перші три роки життя, коли активно розвивається структура мозку, що жодна дитина не народжується геніальною або відсталою, кожна може вчитися добре – все залежить від методу навчання, який повинен бути гуманним і враховувати можливості, нахили та інтереси дитини, вичерпно і влучно характеризують особливості японської системи дошкільного виховання і навчання.

Якими б своєрідними, оригінальними не були національні системи освіти і виховання дітей дошкільного віку, всі вони мають у своїй основі універсальні засади і принципи, репрезентують єдину і цілісну систему дошкільного виховання і навчання як загальноцивілізаційний феномен.

Навчальне видання

Укладачі

КОНДРАТЮК Світлана Миколаївна

ЛЯННА Ольга Володимирівна

ОСНОВИ ПЕДІАТРІЇ

Навчальний посібник

2-е видання

перероблене і доповнене

Суми: Видавництво СумДПУ, 2019 р.

Свідоцтво ДК № 231 від 02.11.2000 р.

Відповідальний за випуск: В. І. Шейко

Комп'ютерний набір і верстка авторів

Підписано до друку 25.11.19.

Формат 60x84/16. Гарн. Cambria.

Друк ризогр. Папір друк.

Ум. друк. арк. 11,8. Обл.-вид. арк. 10,21.

Тираж 100 прим.

Видавництво СумДПУ імені А. С. Макаренка

40002, м. Суми, вул. Роменська, 87

Виготовлено на обладнанні СумДПУ імені А. С. Макаренка