

ДЕРЖАВНИЙ ЗАКЛАД
«ДНІПРОПЕТРОВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ»

Факультет післядипломної освіти
Кафедра педіатрії, сімейної медицини
та клінічної лабораторної діагностики

ПРОФІЛАКТИЧНА ПЕДІАТРІЯ

Навчальний посібник

За редакцією професора С. О. Мокія-Сербіної

Кривий Ріг
Видавець Роман Козлов
2018

УДК 616.-053.2-084
П84

Установа-розробник:

ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Рекомендовано до друку

*Вченою радою ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»
(протокол № 9 від 31.05.2018)*

Рецензенти:

Крючко Т. О., д.мед.н., професор, зав. кафедри педіатрії №2 ВДНЗУ
«Українська медична стоматологічна академія»

Овчаренко Л. С., д.мед.н., професор, зав. кафедрою педіатрії та неонатології з курсом амбулаторної педіатрії ДЗ «Запорізька медична академія післядипломної освіти МОЗ України»

П84 Профілактична педіатрія : навчальний посібник / С. О. Мокія-Сербіна, Т. К. Мавропуло, Т. В. Литвинова, М. К. Золотарьова, В. В. Чечель, Н. І. Заболотня, В. А. Шелевицька, С. В. Юркова ; за ред. проф. С. О. Мокія-Сербіної. – Кривий Ріг : Вид. Р. А. Козлов, 2018. – 212 с.

ISBN 978-617-7643-09-7

У навчальному посібнику подана необхідна для лікаря інформація з нормативно-правового забезпечення державної політики України, щодо охорони материнства і дитинства. Наведені нові дані з основних розділів профілактичної педіатрії, які стосуються питань здоров'я дітей та підлітків, організації диспансерного нагляду здорових дітей та грудного вигодовування, оцінки фізичного, нервово-психічного розвитку. Представлена сучасна концепція первинної медичної профілактики неінфекційних і інфекційних захворювань у дітей.

Зміст навчального посібника відповідає тематичним розділам програми з педіатрії додипломного навчання студентів, програм інтернатури та післядипломного навчання лікарів-педіатрів, загальної практики-сімейної медицини на циклах спеціалізації та тематичного удосконалення.

Для студентів, викладачів, лікарів-практиків.

© С. О. Мокія-Сербіна, Т. К. Мавропуло,
Т. В. Литвинова, М. К. Золотарьова, В. В. Чечель,

ISBN 978-617-7643-09-7

Н. І. Заболотня, В. А. Шелевицька, С. В. Юркова 2018.

ЗМІСТ

Передмова	4
Розділ 1 ПРОФІЛАКТИКА ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ ЯК ПРЕДМЕТ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ	6
Розділ 2 ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ В УКРАЇНІ	33
Розділ 3 ПРОФІЛАКТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ РІЗНОГО ВІКУ	41
3.1 Організація щорічних профілактичних оглядів дитячого населення	43
3.2 Оцінка фізичного та нервово-психічного розвитку дітей	74
3.3 Оцінка розвитку мовлення у дітей.....	85
Розділ 4 ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ	99
Розділ 5 СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ	119
5.1 Профілактика хронічних неінфекційних захворювань	120
5.2 Основні напрямки формування здорового способу життя	123
5.3 Особливості побудови профілактичних програм для дітей та підлітків.....	125
5.4 Загартовування та фізичне виховання дітей раннього віку.....	135
5.5 Профілактика порушень харчової поведінки в дітей раннього віку та підлітків	156
5.6 Первинна та вторинна профілактика atopічного дерматиту в дітей.....	159
5.7 Сучасні підходи до профілактики та лікування вітамін D-дефіцит- ного рахіту в дітей.....	164
Розділ 6 ПРОТИЕПІДЕМІЧНА РОБОТА ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ	174
СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	199

ПЕРЕДМОВА

Сучасна охорона здоров'я матері і дитини в Україні — це система державних і громадських, профілактичних і лікувальних заходів, які забезпечують попередження і лікування захворювань у жінок, антенатальну охорону плода, профілактику захворювань дитини, її всебічний фізичний і розумовий розвиток та зміцнення здоров'я.

Программно-цільове управління службою охорони здоров'я матері і дитини супроводжувалось структурними змінами, що відповідали як стану демографічної ситуації, так і впровадженням сучасних міжнародно визначених стратегій охорони громадського здоров'я з переорієнтацією клінічної практики на засади доказової медицини, первинної медико-санітарної допомоги, розвитком стаціонарозамінних технологій, служб планування сім'ї, впровадженням регіоналізації перинатальної допомоги.

Залишається пріоритетним у процесі реформування в галузі охорони здоров'я розвиток ПМСД на засадах сімейної медицини. В Україні майже повністю сформована мережа ЦПМСД, як юридично самостійних закладів охорони здоров'я. Актуальною задачею в оптимізації діяльності первинної ланки медико-санітарної допомоги було забезпечення населення доступною та якісною первинною допомогою. Одним із показників, які визначають доступність первинної медичної допомоги є наявність у складі ЦПМСД лікарських амбулаторій.

В нашій державі медицина завжди відрізнялась профілактичною спрямованістю, її девізом була фраза «Хворобу легше попередити, ніж лікувати», але в останні роки роль профілактичної медицини зменшилась, недостатньо проводиться активна профілактика та діяльність зі зміцнення здоров'я дітей та підлітків.

На сучасному етапі перед лікарями первинної ланки медичного обслуговування стоїть задача відродження профілактичної педіатрії. Роль профілактичної медицини ще більш зростає в процесі реалізації Глобальної стратегії охорони здоров'я дітей та підлітків (2016–2030 рр.). Формування і збереження здоров'я дітей України стає надзвичайно важливою справою, адже воно являється не лише

особистим надбанням людини, але й суспільним багатством і одним із найважливішим показником добробуту народу.

Ми сподіваємося, що навчальний посібник знайде свого читача і принесе користь як лікарю, що починає, так і більш досвідченому спеціалісту, який працює в сфері надання первинної медико-санітарної допомоги дітям та підліткам.

Авторський колектив:

Мокія-Сербіна С. О., д.мед.н., професор кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Мавропуло Т. К., д.мед.н., професор кафедри педіатрії 3 та неонатології ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Литвинова Т. В., к.мед.н., доцент кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Золотарьова М. К., к.ю.н., доцент кафедри правового регулювання економіки Криворізького економічного інституту ДВНЗ «КНЕУ ім. Вадима Гетьмана»

Чечель В. В., асистент кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Заболотня Н. І., асистент кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Шелевицька В. А., асистент кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Юркова С. В., асистент кафедри педіатрії, сімейної медицини та клінічної лабораторної діагностики факультету післядипломної освіти ДЗ «Дніпропетровська медична академія МОЗ України»

Розділ 1

ПРОФІЛАКТИКА ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ ЯК ПРЕДМЕТ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ

Відмінною особливістю державної політики в якості способу регулювання суспільних відносин в інтересах дітей є те, що цей процес здійснюється не на основі розгляду різних варіантів із безліч можливих управлінських рішень, а на підставі законодавчо закріпленої норми, яка реально забезпечує пріоритетне забезпечення прав дітей на охорону здоров'я.

Метою державної політики у сфері профілактики хвороб в дитячому віці є законодавчо закріплене регулювання суспільних відносин, орієнтованих на усунення економічних, соціальних, екологічних та інших детермінант, що призводять до захворювань дітей.

Постановка проблеми вироблення державної політики в галузі профілактики хвороб в дитячому віці має необхідну правову основу. У сучасних умовах глобалізації державна політика в будь-якій сфері життєдіяльності суспільства завжди в тій чи іншій мірі співвідноситься з рекомендаціями міжнародних рекомендацій. З цієї точки зору слід звернути увагу на Конвенцію про права дитини.

Конвенція про права дитини, прийнята Генеральною Асамблеєю ООН майже 30 років тому (20 листопада 1989 року) — є правовою основою для вироблення і законодавчого закріплення будь-якого напрямку державної політики в інтересах дітей, в тому числі в області їх охорони здоров'я. Держава зобов'язана здійснювати «забезпечення інтересів дитини (ст. 3), враховувати найкращі інтереси дитини (ст. 9, 18, 20, 21) і захищати будь-який аспект добробуту дитини (ст. 36), яка сприймається як неповторна індивідуальність (ст. 8). Держава домагається повного здійснення прав дитини (ст. 24), в максимальних рамках, наявних у неї ресурсів (ст. 4).

Закон України «Про охорону дитинства» від 07.11.2017 р. №2180-VIII зі змінами й доповненнями визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет, що має

важливе значення для забезпечення національної безпеки України, ефективності внутрішньої політики держави, з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист, всебічний розвиток та виховання в сімейному оточенні, встановлює основні засади політики в цій сфері, що ґрунтуються на забезпеченні найкращих інтересів дитини.

Збереження і зміцнення здоров'я дітей — актуальна проблема охорони здоров'я. Охорона здоров'я дітей — функції держави, які реалізуються методами державної політики і представляють собою науково обґрунтовану систему заходів, спрямованих на соціально-правову (первинну) і медичну (вторинну й третинну) профілактику хвороб в дитячому віці, забезпечення безперешкодного доступу кожної дитини до користування найбільш досконалими послугами системи охорони здоров'я, включаючи сучасні ефективні, високотехнологічні засоби та види лікування хвороб і відновлення здоров'я, в умовах, які сприяють досягненню максимального результату. Об'єктом державної політики в галузі охорони здоров'я дітей є кожна дитина. Головним суб'єктом політики в галузі охорони здоров'я дітей є держава. (Конвенція про права дитини, ст. 3, 4, 9, 17, 20, 21, 24, 28, 36).

Процес входження України в Європейський Союз передбачає імплементацію європейських стандартів і підходів до забезпечення прав дітей, основні напрями яких визначено Стратегією Ради Європи з прав дитини (2016–2021 рр.).

Державна соціальна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» в період до 2021 року, що розробляється з метою удосконалення державної політики стосовно забезпечення захисту прав дітей в Україні, повинна бути логічним продовженням Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року, врахувати міжнародний досвід у сфері захисту прав дитини і сприяти формуванню оновленої моделі роботи органів державної влади та органів місцевого самоврядування на всіх рівнях у напрямі забезпечення найкращих інтересів дітей.

Здоров'я дітей займає центральне місце в Глобальній стратегії охорони здоров'я дітей і підлітків (2016–2030 рр.) та представлено в Цілях сталого розвитку — номером 3 — як «Забезпечення здорового способу життя та сприяння благополуччя для всіх у будь-якому віці».

Всі інші 16 Цілей також безпосередньо пов'язані зі здоров'ям або впливають на політику охорони здоров'я.

Профілактична педіатрія — це наука і практика формування та охорони здоров'я ненародженої і вже народженої дитини, створення оптимальних умов для формування здоров'я, фізичних та інтелектуальних можливостей дітей, забезпечення захисту дитячого організму від інфекційних захворювань. У 2006 році Європейським регіональним бюро ВООЗ було сформовано 6 принципів профілактики:

- витрати на профілактику хвороб в дитячому віці — є інвестиція в здоров'я і розвиток країни;
- суспільство повинно створювати середовище проживання, сприятливе для здоров'я дітей, що сприяє вихованню у них потреби в здоровому способі життя;
- державні заходи в сфері охорони здоров'я дітей повинні бути адекватними сучасним проблемам дитинства;
- кожній родині повинні бути представлені всі необхідні можливості для зміцнення здоров'я дітей;
- держава забезпечує загальну доступність послуг системи охорони здоров'я для зміцнення здоров'я дітей, профілактики хвороб і отримання ними медичної допомоги;
- уряд здійснює реалізацію державної політики у сфері профілактики хвороб в дитячому віці і несе відповідальність за забезпечення ефективності.

Цілі профілактичної педіатрії — організація і проведення ефективного комплексу заходів щодо збереження, зміцнення і відновлення здоров'я дітей, забезпечення нормального росту і розвитку дитини від моменту планування сім'ї до досягнення нею повноліття, забезпечення медико-соціального та психічного благополуччя, соціальної адаптації дитини, а також можливості реалізації особистісного потенціалу відповідно до віку.

Етапи профілактичної педіатрії:

- антенатальна та інтранатальна профілактика;
- профілактична робота з дітьми першого року життя та дітьми раннього віку;
- профілактична робота з дітьми дошкільного, шкільного, в тому числі підліткового віку.

Залежно від стану здоров'я дитини, наявності факторів біологічного і соціального ризику розвитку хвороб, вродженої патології можна виділити три види профілактичних заходів:

Первинна профілактика — система заходів попередження формування хвороб і впливу чинників ризику їх розвитку (вакцинація, раціональне якісне харчування, достатня фізична активність, профілактика тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв, охорона навколишнього середовища та ін.).

Ряд заходів з первинної профілактики повинні здійснюватися в масштабах держави.

Вторинна профілактика — комплекс заходів, спрямованих на усунення факторів біологічного і соціального ризику, які за певних умов (стрес, ослаблення імунітету, надмірні навантаження на будь-які функціональні системи організму, зовнішні впливи та ін.) можуть привести до виникнення хвороби або переходу в більш важку форму.

Найбільш ефективним методом вторинної профілактики є диспансеризація, як комплексний метод раннього виявлення захворювань, динамічного спостереження, спрямованого лікування, раціонального послідовного оздоровлення та контроль їх ефективності.

Третинна профілактика розглядається як комплекс заходів з профілактики загострення хвороби і реабілітації хворих, у яких знижена або втрачена можливість повноцінної життєдіяльності. Мета третинної профілактики — медична (відновлення функцій органів і систем організму), психологічна (розвиток психологічного потенціалу), соціальна (соціальна адаптація дитини, психологічна підтримка сім'ї, підвищення педагогічної компетентності батьків) і трудова реабілітація (створення умов для придбання або відновлення у дітей шкільного та підліткового віку трудових навичок).

До теперішнього часу відсутнє наукове визначення «здоров'я». Однак, не викликає сумніву, що визначення «здоров'я» дорослої людини не може бути поширене на дитину. Це перш за все обумовлено наявністю у дітей, особливо, раннього віку, морфофункціональної незрілості фізіологічних систем і нездатністю організму до адекватної відповіді на вплив навколишнього середовища.

Положення Конвенції (ст. 20 і 23) відображають біосоціальні особливості періоду дитинства, коли успішний розвиток функцій організму в певній мірі залежить від умов і факторів зовнішнього середовища.

Розпорядженням Кабінету Міністрів України Затверджено Концепцію Загальнодержавної програми «Здоров'я — 2020: український вимір», метою якої є збереження та зміцнення здоров'я, профілактика та зниження показників захворюваності, інвалідності та смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медико-санітарної допомоги, забезпечення соціальної справедливості та захисту прав громадян на охорону здоров'я.

Здоров'я дитячого населення визначається рядом факторів, серед яких провідними є спосіб життя, спадковість, матеріальне та соціальне забезпечення сім'ї. Тому в сучасних умовах в якості робочого визначення можна прийняти визначення: **«здоров'я дитини є його індивідуальний фізичний, психічний, розумовий, культурний, духовний, моральний і соціальний розвиток, необмежений екзогенними та ендогенними (генетичними) умовами і факторами».**

Таке визначення здоров'я дитини не може бути «на всі часи» і відповідає уявленням про ситуаційну обумовленість його змісту, оскільки характер регулювання суспільних відносин в інтересах дітей має конкретну часову характеристику. Надалі, вдосконалення правового регулювання суспільних відносин в інтересах дітей, дасть можливість говорити про здоров'я, як про розвиток, яке суспільство не просто «не обмежує», а реально забезпечує, що є ідеалом державної політики в галузі охорони дітей і потребує використання нових методологічних підходів до визначення поняття здоров'я дитини, адекватних новій, сприятливій для дітей, соціально-економічній ситуації.

Дитина належить до контингенту недієздатних, тому за її здоров'я несуть відповідальність перш за все батьки, і охорона здоров'я є не єдиним сектором, відповідальним за збереження і зміцнення здоров'я, оскільки основні чинники, що визначають неблагополуччя дітей, відносяться до соціальної та економічної сфер. Пріоритетом Програми «Здоров'я — 2020: Український вимір» є формування міжсекторального підходу в проведенні профілактичних заходів для усунення негативного впливу соціальних детермінантів здоров'я, створення умов для збереження та зміцнення здоров'я населення, формування відповідального ставлення кожної людини до особистого життя.

На Саміті ООН у вересні 2015 р. підводились підсумки реалізації Цілей розвитку тисячоліття. Було відмічено, що за останні десятиліття спостерігається значний прогрес у зменшенні кількості смертей

серед дітей у всьому світі, але водночас повільно зменшується неонатальна смертність. За даними ВООЗ, щодня у світі помирає 18 000 дітей від попереджуваних хвороб і обставин, а щороку близько 2 900 000 новонароджених помирає протягом перших 28 днів життя, при цьому більшість цих втрат можна попередити за рахунок зменшення кількості ускладнень, пов'язаних із передчасним народженням і важкими інфекціями. Тож були прийняті Цілі сталого розвитку на 2016–2030 рр. Безпосередньо пов'язані із забезпеченням охорони здоров'я жінок і дітей наступні завдання: зниження глобального коефіцієнту материнської смертності до менше 70 випадків на 100 тис. живонароджених; ліквідація запобіжної смертності новонароджених і дітей у віці до п'яти років, при цьому всі країни повинні прагнути зменшити неонатальну смертність до не більше 12 випадків на 1000 живонароджених, а смертність у віці до п'яти років — до не більше 25 випадків; забезпечення загального доступу до послуг з охорони сексуального і репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіти, та облік питань охорони репродуктивного здоров'я в національній стратегічній програмі.

За даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, сучасний стан здоров'я населення України характеризується високими показниками захворюваності та смертності, низьким рівнем тривалості життя, відсутністю можливості отримувати належну медичну допомогу. Коефіцієнт природного зменшення населення України найвищий серед цих 17-ти європейських держав. Удвічі вищим за країни ЄС є рівень малюкової смертності.

Незабезпечення самовідтворення населення — одна з основних сучасних проблем для багатьох країн Європи та світу з низьким і дуже низьким рівнем народжуваності, в тому числі України.

Падіння народжуваності зафіксоване протягом 1991–2000 рр. і з 2013 року. У 2016 р. число народжень порівняно з 2012 р. зменшилось на 94,4 тис. осіб. Коефіцієнт сумарної народжуваності в 2001 р. становив 1,1, протягом 2002–2012 рр. його значення збільшилось з 1,2 до 1,4, що відповідало рівню початку 1990-х рр. Цей показник майже на 20% нижче рівня, необхідного для відтворення населення (2,1 дитини на одну жінку дітородного віку).

Слід відмітити також наступні дані. По-перше, перехід до малодітності. Кількість сімей, які обмежуються лише однією дитиною,

постійно збільшується (у 2000 р. частка домогосподарств з однією дитиною серед усіх домогосподарств із дітьми становила 61%, а у 2011 р. — 75%). По-друге, трансформація вікової моделі народжуваності (процес «постаріння» материнства). В останні 20 років віковий профіль народжуваності змінився за рахунок переміщення піку народжуваності з вікової групи 20–24 роки на вікову групу 25–29 років. Підвищилась народжуваність в середніх і старших вікових групах жінок. В 2015 р. середній вік матері на момент народження дитини піднявся до 27,9, в порівнянні з 24,5 роками у середині 1990-х років. У 2012 р. порівняно з 2000 р. інтенсивність народжуваності жінок у віці 35–39 років зростає майже втричі та становила 26,4‰ (причому цей внесок збільшується за рахунок народжень дітей низьких черговостей). По-третє, зміни у структурі народжуваності за черговістю народжених. Високою часткою у складі новонароджених виділяються первістки, вони становлять майже половину усіх новонароджених; третина належить дітям другої черговості народження (у 25–29-річних жінок значно збільшилась частка первістків).

Коефіцієнт смертності немовлят зменшився з 15,1‰ у 1991 р. до 7,4‰ у 2016 р. (майже на 51%). У 2016 році було зареєстровано 2955 дітей, померлих у віці до одного року, що на 10,9% менше, ніж у 2015 р.

У 2016 основними причинами смерті немовлят були: окремі стани, що виникли у перинатальному періоді (53,1%), вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії (23,8%), випадки смерті дітей до 1 року від зовнішніх причин (5,5%), хвороби органів дихання (4,1%), хвороби нервової системи (3,2%), деякі інфекційні та паразитарні хвороби (2,9%).

У 2016 р. в Україні (у підпорядкованих МОЗ України закладах охорони здоров'я) народилося живими 379098 немовлят, що на 134,9 тис. менше, ніж у 2012 році. Серед народжених живими переважали новонароджені з масою тіла при народженні 3000–3499 г (39,4%), 3500 г і більше (38,68%) і 2500–2999 г (16,6%). Недоношені немовлята становили 5,06% із загальної кількості народжених живими у 2016 році.

Одними з основних показників, які рекомендує ВООЗ для оцінки якості надання акушерської і неонатологічної допомоги, є перинатальна і неонатальна смертність.

Рівень загальної смертності новонароджених зменшився з 2,98 на 1000 народжених живими новонароджених у 2012 р. до 2,34 у 2016 р., за рахунок зменшення смертності як недоношених новонароджених із 46,43 до 32,34, так і доношених із 0,86 до 0,74. Така ситуація відбулася на тлі тенденції до збільшення рівня частоти народжених хворими і захворілих новонароджених.

У період 2011–2015 років рівень перинатальної смертності мав позитивну тенденцію. За даними моніторингу та оцінки реформування перинатальної допомоги мало місце зниження цього показника зниження з 8,6 на 1000 народжених живими і мертвими у 2014 р. (8,5 у 2015 р.) до 8,2 у 2016 р. Але при цьому рівень перинатальної смертності перевищує аналогічний показник у середньому по Європі (7,38‰) та країнах Євросоюзу (6,57‰).

Рівень неонатальної смертності також знижувався і становив у 2014 р. 3,4 на 1000 народжених живими, в 2015–2016 рр. — 3,1.

В 2016 році у перший тиждень життя після народження померли майже 41% новонароджених (з загальної кількості померлих), 22% — з 7 до 27 доби життя, наступним критичним періодом є період після 28 доби життя, коли померло 37% дітей. Насамперед це діти, народжені передчасно, та з вадами розвитку і генетичними захворюваннями. За даними ВООЗ у світі в неонатальному періоді відбувається близько 44% всіх випадків смерті дітей у віці до 5 років.

Причини смертності новонароджених у закладах охорони здоров'я, що перебувають у сфері управління МОЗ України за 2016 рік: I місце — вроджені аномалії, деформації та хромосомні порушення; II місце — ВПІК і субарахноїдальні крововиливи; III місце — інфекції, специфічні для перинатального періоду. Структура ж основних причин смертності новонароджених у 195 країнах світу: інфекції, специфічні для перинатального періоду, включаючи пневмонію (27%), інтранатальні ускладнення (23%), вроджені аномалії — 10%.

За даними ВООЗ, виживання дітей із дуже малою масою тіла при народженні в США, Японії і більшості країн Західної Європи досягло 80 і 95% відповідно.

Згідно MATRIX BABIES, виживання новонароджених із масою тіла 500–999 г в Україні у перші 168 годин після народження у 2006 р. (до впровадження критеріїв ВООЗ щодо визначення перинатального періоду) становило 36,4%, а після впровадження критеріїв ВО-

ОЗ у 2007 р. підвищилося в 1,4 рази і становило 50,27% із подальшим зростанням до 57,58% у 2012 р. та 63,88% у 2016 р. Виживання немовлят з масою тіла при народженні 1000–1499 г зросло з 84,1% у 2006 р. до 87,34% у 2012 р. та 91,2% у 2016 році.

Збільшення виживання немовлят із низькою і дуже низькою масою тіла при народженні останніми роками може бути зумовлене впровадженням технологій клінічних протоколів медичного догляду за новонародженою дитиною із малою масою тіла при народженні, порядку транспортування новонароджених дітей високого перинатального ризику в Україні та переорієнтацією на регіоналізацію перинатальної допомоги (РПД). Згідно даних наукових досліджень, впровадження сучасних перинатальних методів сприяло зниженню смертності немовлят з масою тіла при народженні 500–999 г з 90% до 20%, а з масою тіла 1000–499 г — з 50% до 5%.

Залишилась стабільною — 156,36 у 2015 р. і 157,66 у 2016 р.

В Україні відбулося збільшення рівнів захворюваності новонароджених: на природжені вади розвитку — на 8,06%, окремі стани перинатального періоду — на 7,03%, у тому числі розлади дихальної системи — на 22,9%, з них на синдром респіраторного розладу та інші респіраторні стани — на 14,45% при зменшенні рівнів захворюваності новонароджених на недостатність живлення плода та внутрішньоматкову гіпоксію та асфіксію в пологах.

Хворими з моменту народження вважалися 60 тисяч дітей, з них — 9 тисяч з вродженими вадами і генетичною патологією. Саме вони мають високий ризик поповнити «армію» дітей з інвалідністю (щорічно вперше набувають інвалідність 16–18 тисяч дітей).

У структурі захворюваності доношених новонароджених провідні місця посідають природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії, пологові травми, сповільнення росту та недостатність харчування плода, внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах, а у недоношених — розлади дихальної системи, що виникають у перинатальному періоді, внутрішньоматкова гіпоксія та асфіксія в пологах, сповільнення росту та недостатність харчування плода.

Спостерігаються розбіжності в реєстрації захворюваності новонароджених на різні хвороби в регіонах, що зумовлено, передусім, відсутністю єдиних стандартів діагностики, формулювання клінічного діагнозу та реєстрації захворюваності.

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації медичних працівників та оснащення медичним обладнанням закладів перинатальної допомоги. За орієнтовними даними середні витрати тільки на медичну допомогу передчасно народженій дитині в Україні складають 36,4 тис. грн./1348 у.е./місяць/дитину, з якої фактично 40% — бюджетні видатки, а 60% сплачують батьки. Для порівняння, за орієнтовними розрахунковими даними, середні витрати на медичну допомогу передчасно народженій дитині у країнах Європи — 725 тис. грн./ 25 тис. у.е./місяць/дитину.

Управління службою охорони здоров'я матері і дитини супроводжувалося структурними змінами, що відповідали як стану демографічної ситуації, так і впровадженню сучасних міжнародно визнаних стратегій охорони громадського здоров'я, з переорієнтацією клінічної практики на засади доказової медицини, первинної медико-санітарної допомоги — на засади сімейної медицини, розвитком стаціонарозамінних технологій, служб планування сім'ї, впровадженням регіоналізації перинатальної допомоги. Регіоналізація — це система організації етапності надання перинатальної допомоги (жінкам, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим тощо) за трьома рівнями з урахуванням регіональних особливостей, яка максимально забезпечує своєчасність, доступність, адекватність, ефективність, безпечність перинатальної допомоги при раціональних витратах ресурсів системи охорони здоров'я.

Метою регіоналізації перинатальної допомоги визначено:

- підвищення якості, доступності перинатальної допомоги з урахуванням раціонального використання можливостей існуючої системи надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, вагітним, роділлям, породіллям, новонародженим;
- створення можливості виходжування дітей з малою та дуже малою масою тіла при народженні, що сприяє зниженню материнської, перинатальної і малюкової смертності та запобіганню дитячої інвалідності.

В Україні розроблено нормативно-правову базу регіоналізації перинатальної допомоги, яка відповідає принципам Всесвітньої організації охорони здоров'я з цих питань і містить порядок та терміни РПД, порядок аудиту стану надання перинатальної допомоги та

кадрового забезпечення перинатальних центрів III рівня, індикатори якості та безпеки діяльності закладів охорони здоров'я I, II і III рівнів перинатальної допомоги; перелік матеріально-технічного оснащення закладів відповідно до рівня перинатальної допомоги, створено систему цілодобового транспортування жінок та новонароджених з високим перинатальним ризиком; пацієнтоорієнтовану систему шляхом чіткого визначення «маршруту пацієнта» та правила взаємовідносин «лікар — пацієнт (жінка — дитина)» тощо. Відповідно до наказу МОЗ України від 31.10.2011 р. № 726 «Про удосконалення організації надання допомоги матерям та новонародженим в перинатальних центрах» рівні перинатальної допомоги визначаються: мережею закладів охорони здоров'я, що надають перинатальну допомогу; категорією пацієнтів, яким надається медична допомога; наявністю можливості виїзних консультацій; можливістю транспортування пацієнтів; кваліфікацією медичного персоналу; обсягом надання медичної допомоги; рівнем матеріально-технічного оснащення; перинатальними технологіями, що використовуються в Зкладах охорони здоров'я.

Доведено, що виживання новонароджених залежить як від маси тіла при народженні, так і від рівня кваліфікації медичних працівників та оснащення медичним обладнанням ЗПД. Очікувано найнижчий рівень виживання новонароджених має бути в закладах первинного рівня перинатальної допомоги, найвищий — у ЗПД III рівня, що підтверджено даними моніторингу. За даними МіО РПД, виживання новонароджених у перші 168 годин життя з масою тіла при народженні 500–999 г у 2016 р. коливалося від 57,9% у ЗПД I рівня до 74,6% у ЗПД II рівня, 65,0% у ЗПД III рівня відповідно (некоректність даних реєстрації живонароджень з надзвичайно малою масою тіла при народженні у ЗПД I та II рівнів). В 2016 р. виживання новонароджених з масою тіла при народженні 500–999 г у перинатальних центрах III рівня, створених за сприянням Національного проекту «Нове життя — нова якість охорони материнства і дитинства» і достатньо оснащених високотехнологічною лікувально-діагностичною апаратурою, становило 70,1%, а з масою тіла 1000–1499 г — 93,4% і 95,5% відповідно.

Таким чином, державна підтримка висококваліфікованої допомоги і реабілітації новонароджених та дітей віком до 3-х років є реальним

інструментом для зменшення інвалідності та смертності цієї популяції. В Україні розроблено дієву нормативно-правову базу РПД, яка відповідає принципам ВООЗ з цих питань. У переважній більшості регіонів організована трирівнева системи перинатальної допомоги, забезпечено позитивну тенденцію виживання новонароджених із дуже малою масою тіла при народженні.

Для об'єктивного аналізу та оцінки захворюваності новонароджених слід:

- підвищити ефективність діагностики та обстеження новонароджених з перинатальною патологією, забезпечити подальшу уніфікацію стандартизації надання медичної допомоги новонародженим;
- забезпечити мінімізацію регіональної диспропорції щодо створення трирівневої системи перинатальної допомоги, виживання новонароджених з дуже малою масою тіла при народженні та перинатальних втрат
- забезпечити розробку та впровадження системи медичного спостереження, раннього втручання та паліативної допомоги дітям раннього віку з хронічною перинатальною патологією.

Захворюваність — важливий показник здоров'я дітей. Аналіз захворюваності дозволяє виявити проблемні ситуації, пріоритетні профілактичні заходи. На тлі зменшення дитячого населення (7971638 дітей 0–17 років у 2012 р. і 7614006 у 2016 р.) рівні захворюваності і поширеності хвороб залишаються високими — поширеність хвороб становила 1922,8 у 2012 р. і 1777 у 2016 р. на 1000 дітей відповідного віку, а захворюваність 1385,0 та 1316,07 відповідно (Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи здоров'я України, 2016).

В структурі поширеності хвороб у дітей 0–17 років у 2016 р. переважали хвороби органів дихання (68,65%), шкіри та підшкірної клітковини (4,92), наслідок дії зовнішніх чинників (3,8%). При цьому впродовж 2012–2016 років поширеність хвороб з віком зростала, мала місце накопичення захворювань, що підтверджується повіковою динамікою індексу накопичення хвороб у 2016 році — 1,15 серед дітей 0–6 років включно, 1,46 серед дітей 7–14 років та 1,7 серед дітей підліткового віку. Порівняльна характеристика поширеності захворювань за віковими категоріями дітей та основними класами хвороб показала, що з віком зменшується тільки поширеність хвороб

органів дихання (1103,16 у дітей віком 0–6 років, 871,84 у дітей 7–14 років та 822,37 у дітей 15–17 років на 1000 відповідного населення). При цьому у дітей віком 7–14 років у 1,2–3,3 разу, а у дітей віком 15–17 років — у 3–3,8 разу частіше, ніж у дітей віком 0–6 років, реєструються хвороби сечостатевої, нервової систем, розлади психіки та поведінки, хвороби органів травлення, ока та його придаткового апарату. Найбільш інтенсивними темпами у дітей віком 7–14 та 15–17 років зростають хвороби ендокринної системи (у 3,9 та 6,5 разу) та хвороби кістково-м'язової системи (у 3,6 та 6,9 разу).

У структурі поширеності хвороб серед дітей віком 0–6 років, провідні рангові місця займають органи дихання, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, інфекційні та паразитарні хвороби. У дітей 7–14 років перше рангове місце посідають хвороби органів дихання, друге — хвороби органів травлення, третє — хвороби ока та його придаткового апарату. Хвороби органів дихання зберігаються на першому місці у дітей підліткового віку, але друге місце посідають хвороби органів травлення, третє — хвороби ока та його придаткового апарату. Такі відмінності повікової структури поширеності хвороб можуть бути зумовлені як анатомо-фізіологічними особливостями різних вікових груп дітей, так і дією на стан їхнього здоров'я різних факторів (біологічних, екологічних, умов перебування в дошкільному закладі і школах тощо).

Найбільш вразливим періодом дитинства є перший рік життя. В порівнянні з 2015 роком в 2016 році підвищився рівень захворюваності (1487,07 проти 1429,18 на 1000 дітей відповідного віку). Високий рівень захворюваності дітей першого року життя зумовлений значним рівнем хвороб органів дихання (855,720) та окремих станів, що виникають в перинатальному періоді (136,17). У структурі захворюваності дітей першого року життя у 2016 році, як і в попередні роки перше місце посідали хвороби органів дихання (57,54%), друге — окремі стани, що виникають у перинатальному періоді, третє — хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (4,74%).

Показник смертності дітей першого року життя є важливим індикатором якості життя та соціального клімату в Україні. На відміну від загального коефіцієнту смертності населення, який за роки незалежності змінювався хвилеподібно, смертність немовлят мала стати

тенденцію до зниження. В 2016 році коефіцієнт смертності становив 7,4‰ проти 8,4‰ — в 2012 році.

В структурі смертності дітей до одного року переважали окремі стани, що виникають в перинатальному періоді — 52,0%, природжені вади розвитку — майже 25,0%, зовнішні причини — 5,8%.

Однак, реальні показники смертності дітей до 1 року вище, так як не була врахована частина немовлят, які за критеріями ВООЗ вважаються померлими на першому тижні життя.

За останні 5 років виявлена позитивна тенденція захворюваності за всіма класами хвороб у дітей раннього дошкільного і шкільного віку за рахунок інтенсивного зниження ендокринних хвороб, розладів харчування та порушення обміну речовин (28,83 на 1000 відповідного населення у 2012 р. і 22,86 — у 2016), деяких інфекційних та паразитарних хвороб (77,35 і 61,44 відповідно), хвороб крові й кровотворних органів та окремих порушень із залученням імунного механізму (64,0 і 53,55 відповідно). Захворюваність дітей віком 7–14 років також мала позитивну тенденцію, загалом знизилась на 7,36% і у 2016 р. становила 1189,65 на 1000 дітей відповідного віку, що нижче захворюваності дітей віком 0–6 років (1465,43). Зниження захворюваності дітей віком 7–14 років відбулось за рахунок зниження її від усіх хвороб. Більш інтенсивними темпами відбулося зниження захворюваності на хвороби системи кровообігу (12,33 на 1000 дітей відповідного віку у 2012 і 8,81 — у 2016 р.), розлади психіки та поведінки (5,74 і 4,21 відповідно), ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин (22,99 і 17,04 відповідно). У структурі захворюваності провідні місця у 2016 р. займали хвороби органів дихання, травми та отруєння, хвороби шкіри та підшкірної клітковини, хвороби органів травлення, хвороби ока та придаткового апарату.

Анатомо-фізіологічні особливості підліткового віку обумовлюють певну соціальну незахищеність, залежність від впливу середовища, як на біологічному, так і на соціально-психологічному рівні та зниження стабільності в суспільстві обумовлюють зростання захворюваності в цій віковій групі.

Стан здоров'я дітей підліткового віку (15–17 років) залишається незадовільним упродовж останніх 5 років. Поширеність хвороб коливається в межах 2022,3–2154,53 на 1000 дітей підліткового віку, а захворюваність — 1188,2–1249,76. Загальна тенденція захворюваності

підлітків зумовлена переважно зростанням новоутворень (5,77 у 2012 р. і 6,7 — у 2016 на 1000 дітей), хвороб крові та кровотворних органів (7,27 і 8,49 відповідно), органів дихання (645,62 і 728,88 відповідно) та травлення (51,95 і 57,13 відповідно). Аналіз даних медичної статистики МОЗ України показав, що протягом 2012–2016 рр. збільшилась частота ендокринних захворювань, розладів харчування та порушення обміну речовин (у 6,5 разів), хвороб кістково-м'язової системи (у 6,9 разу). За індексом маси тіла 15% хлопців та 7,5% дівчат мають надмірну вагу тіла або ожиріння. Порушення метаболізму, що виникають при ожирінні та надлишковій масі тіла, можуть привести до розвитку серцево-судинної патології, цукрового діабету 2 типу, жировому гепатозу, безпліддю. Профілактика ожирінні внесена до завдань плану ВООЗ з реалізації заходів Цілей сталого розвитку в Європі щодо попередження безпліддя.

Численними науковими дослідженнями встановлено, що основними факторами розвитку у підлітків неінфекційних захворювань є поведінкові фактори ризику. Прагнення швидше подорослішати часто супроводжується засвоєнням шкідливих звичок, що негативно впливають на здоров'я. В країні невпинно поширюється наркоманія серед неповнолітніх. Третина учнівської молоді віком 11–17 років має досвід тютюнопаління. Соціологічне дослідження «Молодь України — 2015», що було проведено GfK Ukraine на замовлення Міністерства молоді та спорту України, показало, що займалися фізичними вправами або спортом за останні сім днів тільки 59% респондентів. Водночас, 99,5% підлітків значний час приділяють роботі на комп'ютері, на відкритому повітрі менше одної години перебуває лише 23,9% із них. Внаслідок такого способу життя, за даними МОН України, 36% учнів загально-освітніх шкіл мають низький рівень фізичного розвитку здоров'я, а 34% — нижче за середній.

Під егідою ВООЗ прийнято ряд важливих керівних документів, найбільш вагомий з яких є «Глобальний план дії з профілактики неінфекційних захворювань на 2013–2020 рр».

Основними цілями Глобального плану є:

- підвищення пріоритету профілактичних заходів на всіх рівнях;
- зміцнення і орієнтування системи охорони здоров'я на профілактику неінфекційних захворювань;
- стратегія охоплення всього життєвого циклу, що означає профілактику неінфекційних захворювань з дитинства і протягом життя;

- використання для профілактики тільки перевірених, заснованих на фактах даних;
- міжсекторальну взаємодію в роботі, а також проведення моніторингу тенденцій і дермінант розвитку неінфекційних захворювань з оцінкою результатів, з адаптацією їх до конкретних умов, областям і регіонам.

У 2015 році в Україні започатковано спільний проект Міністерства охорони здоров'я та Європейського регіонального бюро ВООЗ, який отримав назву «Неінфекційні захворювання: профілактика і зміцнення здоров'я в Україні».

Вирішення проблеми подолання неінфекційних захворювань на сучасному етапі пов'язано з проблемою формування здорового способу життя у дітей і підлітків. Здоровий спосіб життя — це система поглядів, спосіб організації різних сторін життєдіяльності, система поведінкових стереотипів, які сприяють збереженню здорового довголіття.

Показники становлення здорового способу життя:

- прийняття здоров'я і поведінки, орієнтованих на здоров'я, як показник найвищої цінності;
- усвідомлення залежності власного здоров'я від способу життя, де важлива складова — наявність конкретних знань і навичок.

Це досить складне завдання і не тільки медичне, але й міжсекторальне. Для його успішного виконання необхідна участь медиків, представників ключових міністерств — освіти, фізкультури та спорту, внутрішніх справ, соціального розвитку, а також засобів масової інформації, органів законодавчої та виконавчої влади, волонтерів, батьків, з метою розробки та впровадження заходів медичного, освітнього, економічного, інформаційного та іншого характеру.

Виховання дітей та підлітків в плані здоров'язбереження тісним чином пов'язане з системою освіти. У більшості освітніх установ ведеться робота з формування здорового способу життя, проте вона не систематизована, не враховується віко-статеві особливості дітей, має вузько направлений характер. Валеологічна освіта в процесі загальноосвітнього навчання підростаючого покоління в сучасних умовах, повинна стати провідною в системі формальної освіти підростаючого покоління. Найбільш наближеним за своїми характеристиками та вимогами до реалізації концепції «Здоров'я через освіту» є міжнародний проект «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю».

З початку 2000 року в країні йде активний розвиток інформаційних і телекомунікаційних технологій в галузі охорони здоров'я, які дозволяють істотно збільшити обсяги санітарно-освітньої роботи.

Щорічно проводяться пропагандистські акції присвячені певним датам (охорона навколишнього середовища, запобігання шкідливим для здоров'я звичками, раціональне харчування, профілактика ВІЛ/СНІДУ тощо). Однак, ефективність компаній незначна, про що свідчить аналіз статистичних даних. За останні 5 років кількість звернень населення за телефоном «гарячої лінії» зменшилось майже в 2 рази. Зменшилось видання популярної санітарно-освітньої літератури.

Існують об'єктивні труднощі щодо профілактичної діяльності лікувальних закладів первинної медичної допомоги. Примірним табелем матеріально-технічного оснащення Центру первинної медико-санітарної допомоги, затвердженим наказом МОЗ України №1150 від 27.12.2013 р., за винятком ваг та ростоміру не передбачено оснащення для профілактичної роботи та формування ЗСЖ. (Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи здоров'я України, 2016).

Боротьба зі шкідливими звичками, ВІЛ-інфекцією, активні профілактичні заходи повинні спиратися на формування у дітей і молоді уявлень про загальнолюдські цінності, спосіб життя, що перешкоджають виникненню ситуацій, які руйнують здоров'я та особистість молодої людини.

В Україні впроваджена Резолюція Глобальних консультацій ВООЗ з «дружніх» до молоді служб. Розвиток медичних служб, дружніх до молоді — «Клініка, дружня до молоді» було розпочато в рамках співробітництва Дитячого фонду ООН/ЮНІСЕФ з Урядом України у 1997 році.

Основні завдання «Клініки дружньої до молоді»

- надання інформаційно-консультативних послуг підліткам і молоді з питань збереження здоров'я;
- профілактика захворювань, які передаються статевим шляхом (особливо ВІЛ-інфекції), незапланованої вагітності та ризикової поведінки;
- діагностика та лікування репродуктивної системи;

- комплексний супровід відвідувачів «Клініки дружньої до молоді», які крім медичних, отримують психологічні, соціально-педагогічні, та юридичні послуги.

Основні принципи діяльності «Клініки дружньої до молоді»:

- доступність;
- добровільність;
- доброзичливість.

Зросла кількість звернень молоді до КДМ з 203441 у 2012 р. до 2467718 у 2016 р. Послугами «Телефону довіри» КДМ скористались 10283 клієнта проти 8251 у 2012 р.

Формування ЗСЖ стало предметом розгляду та змісту багатьох законодавчих документів. Державна політика з контролю над тютюном визначалась:

- Рамковою Конвенцією ВООЗ з боротьби проти тютюну;
- Законом України (2005 р. №52 ст.565) «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів та їх шкідливого впливу на здоров'я населення»;

- 20 грудня 2016 року Верховна Рада України ухвалила Закон «Про внесення змін до податкового кодексу України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2017 році», який передбачає підвищення ставок акцизу на 40% на всі тютюнові вироби;

- Угодою про асоціацію між Україною та ЄС і державами членами.

Стаття 427 Угоди передбачає, що співробітництво між Україною та ЄС охоплює такі сфери, як попередження та контроль за неінфекційними хворобами через облік інформації та найкращими практиками, пропагування здорового способу життя, визначення основних детермінантів здоров'я та проблем у галузі охорони здоров'я, зокрема через імплементацію Рамкової конвенції з контролю над тютюном.

Але чинне законодавство не вимагає заборони бачимого розміщення тютюнових пачок у магазинах, тому сигарети залишаються спокусливим товаром для дітей. Аналіз статистичних даних показав, що у 2016 році вперше за останні вісім років, поширеність тютюнокуріння в Україні зросла. (Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи здоров'я України, 2016))

В останні роки вкрай загострилася соціальна складова в процесі формування і збереження здоров'я у дітей. Глибока соціально-економічна

криза, яка охопила всі галузі економіки і сфери буття в Україні, воєнні дії на сході країни призвели до помітного погіршення соціального становища та здоров'я дітей та підлітків. Проведений аналіз стану здоров'я дітей та підлітків із зони військових дій на сході України показав, що близько 20% з них мають психосоматичні розлади (астено-невропатичні, гастроентерологічні, кардіальні) і через 10 років після перебування в зоні ускладненої надзвичайної ситуації вони залишаються загрозливими за ризиком формування хронічної патології.

В сучасних умовах необхідним напрямом профілактичної роботи в справі охорони здоров'я дітей і підлітків є організація медико-соціальної служби. Ця служба повинна стати сполучною ланкою між охороною здоров'я та соціальним захистом, а її діяльність повинна бути спрямована на роботу з сім'ями з групи соціального ризику.

Постановою Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 р. №896 затверджений порядок виявлення сімей (осіб), які перебувають у складаних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб).

З метою забезпечення скоординованих дій центральних та місцевих органів виконавчої влади, органів місцевого самоврядування щодо реалізації національної стратегії реформування системи інституційного догляду за вихованням дітей на 2017–2026 роки, затвердженої розпорядженням Кабінету Міністрів України від 09.08.2017 р. №526 р., Міністерство соціальної політики звертає увагу на необхідність проведення підготовчої роботи зі збору інформації про становище дітей та сімей в регіонах для визначення потреби вразливих груп населення в освітніх, медичних, соціальних та реабілітаційних послугах.

Новим серйозним викликом для профілактичної педіатрії є так звані рідкі (орфанні) хвороби. До них відносять більшість вроджених і набутих захворювань, частота яких в Україні не перевищує 1: 2000. Наказом МОЗ України №778 від 27.10.2014 р. затверджено перелік орфанних захворювань, до яких увійшли такі групи:

- рідкісні ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин;
- рідкісні хвороби крові й кровотворення органів та окремі порушення із залученням імунного механізму (апластичні анемії, ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура, вроджені дефіцити факторів згортання крові та ін.);

- рідкісні розлади психіки та поведінки (синдром Ландау-Клефнера, синдром Ретта, синдром де ла Туретта);
- рідкісні хвороби нервової системи (хорея Гентінгтона, спастична кривошия, спінальна м'язова атрофія та ін.);
- рідкісні хвороби системи кровообігу (первина легенева гіпертензія, хвороба Мойамойа та ін.);
- рідкісні хвороби шкіри та підшкірної клітковини (набутий бульозний епідермоліз, дискоїдний червоний вовчак, підгострий шкірний червоний вовчак та ін.);
- рідкісні вроджені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії;
- рідкісні хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини (хвороба Рейтера, псоріатична артропатія, ювенільний ревматоїдний артрит, грануломатоз Вегенера та ін.);
- деякі рідкісні інфекційні та паразитарні хвороби (хвороба Лайма, цистицеркоз центральної нервової системи та ін.);
- рідкісні новоутворення.

Фінансування з державного бюджету закупівлі ліків та спеціальних продуктів дієтичного харчування для дітей з орфанними захворюваннями останніми роками зростає:

- 2013 рік: за 10 нозологічними формами (хвороба Гоше, фенілкетонурія, нанізм, синдром Шерешевського-Тернера, мукополісахаридоз I, II та III типів, гемофілія А, В, хвороба Вілебрандта, муковісцидоз, деякі онкологічні захворювання, первинний імунodefіцит) загальною сумою понад 367 млн грн.;
- 2015 рік: за 13 нозологічними формами — до перерахованих вище додати хворобу Помпе, Фабрі, гіперфенілаланінемія загальною сумою понад 700 млн грн.;
- 2016 рік: за 15 нозологічними формами, з них до перерахованих вище додати бульозний епідермоліз («люди-метелики») та легенева гіпертензія загальною сумою понад 1 млрд грн.

Головними установами з діагностики та лікування орфанних захворювань в Україні є Центр метаболічних захворювань Національної дитячої спеціалізованої лікарні «ОХМАТДИТ» (м. Київ) та Харківський спеціалізований медико-генетичний центр. З 1998 року в Україні запроваджено рутинний скринінг новонароджених в пологових стаціонарах з діагностики таких рідкісних захворювань, як

фенілкетонурія, та з 2012 року — муковісцидоз. Створено асоціації сімей, що мають хворих на фенілкетонурію, муковісцидоз, хромосомні хвороби. У 2014 році проведено перший Всеукраїнський з'їзд орфанних хвороб.

У зв'язку з цим очевидна необхідність широкого користування розроблених і використаних в практичній охороні здоров'я видів, форм і методів профілактики спадкових захворювань.

Діти з обмеженням життєдіяльності є однією з найбільш актуальних проблем, оскільки вона є медичною, психологічною, економічною і має державне значення. В умовах зростання соціального неблагополуччя, розтрата людського потенціалу, розбалансованості соціальних стосунків, воєнних дій на сході України, проблеми дітей з обмеженням життєдіяльності стають все більш актуальними.

Близько 16 тисяч дітей щорічно набувають статус дітей з обмеженням життєдіяльності. В Україні серед всього дитячого населення діти з обмеженням життєдіяльності складають 2,0–2,1% при орієнтованому ЮНІСЕФ 2,5%, який є граничним рівнем, що підтверджує якість побудованої в країні системи медико-соціального захисту дітей.

Серед причин обмеження життєдіяльності у дітей перше місце посідають природні вади розвитку (30,0–31,1%), друге — хвороби нервової системи (17,9–16,6%), третє — розлади психіки та поведінки (13,0–14,4%).

Відмічається зростання кількості дітей з обмеженням життєдіяльності залежно від віку: з 33,7 на 10 тисяч дітей в віці від 0 до 2 років, до 164,6 серед дітей 3–6 років, 257,2 серед дітей 7–14 років та до 275,5 серед дітей підліткового віку.

Ситуація щодо дітей з обмеженням життєдіяльності свідчить про необхідність структурної перебудови системи надання медичної допомоги дітям на користь первинної ланки, раціоналізації стаціонарної та спеціалізованої медичної допомоги шляхом запровадження міжнародних стандартів лікувальної діяльності в умовах єдиного медичного простору (Доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності. 2016)

Основні законодавчі акти останніх років, які регламентують напрямки реформи системи охорони здоров'я, стали:

- Закон «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я:

- Постанова Кабінету Міністрів країни від 21.11.2013 р. №917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям».

- Постанова Верховної Ради України від 12.01.2015 р. 96-VIII «Про рекомендації парламентських слухань на тему «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення».

- Укази Президента України: «Про заходи щодо забезпечення ефективної реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 роки, «Заможне суспільство, конкурентноспособна економіка, ефективна держава» (2010) та «Про національні плани дій на 2011, 2012, 2013 роки щодо впровадження Програми економічних реформ на 2010–2014 роки».

Діє Державна цільова програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права інвалідів» на період до 2020 р., затверджена постановою Кабінету Міністрів України від 01.08.2012 р. №706.

Для впровадження комплексного, міждисциплінарного підходу до надання допомоги дітям з обмеженням життєдіяльності спеціалістами МОЗ України розроблено проект Концепції соціальної педіатрії (комплексної медико-соціальної реабілітації дітей з обмеженням життєдіяльності).

Кабінет Міністрів України видав розпорядження №590-р від 23 серпня 2016 року до затвердження плану заходів з виконання Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини». Впровадження концепції соціальної педіатрії буде сприяти вирішенню нагальних проблем дитини з обмеженням життєдіяльності на основі мультидисциплінарного підходу з використанням спектра міжпрофільних методик з питань педіатрії, епідеміології, психології та психології розвитку, неврології та неврології розвитку, психіатрії, наркології та економіки здоров'я.

До першочергових заходів реалізації Концепції віднесено затвердження та впровадження в Україні Міжнародної класифікації життєдіяльності й здоров'я (МКФ) та концепції біопсихологічної моделі хвороби. Біопсихологічна модель хвороби у вигляді Міжнародної класифікації пошкоджень, та порушень життєдіяльності та інвалідності вперше була представлена ВООЗ ще в 1980 році, а в

2001 році ВООЗ прийняла удосконалену версію класифікації. 19 грудня 2016 року Міністерство охорони здоров'я України офіційно ініціювало впровадження Міжнародної класифікації функціонування, обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей і підлітків (МКФ-ДП) в українську реабілітацію (Наказ МОЗ України від 04.01.2018 р. №13).

Глобальна мета Міжнародної класифікації функціонування обмеження життєдіяльності та здоров'я дітей та підлітків:

- забезпечення фахівців та батьків уніфікованою, зрозумілою, стандартною мовою;
- визначення рамок для опису життєдіяльності дитини з особливими потребами;
- надання можливості єдиними кодами класифікувати обмеження життєвих функцій дитини;
- отримання спроможності системно приймати політичні та соціальні рішення, спираючись на статистичну інформацію.

В класифікації сфокусовано увагу на особливості дитини, яка має свої потреби та відображає всі зміни, пов'язані з їх ростом, розвитком та соціальним контекстом. За допомогою МКФ-ДП є можливість точно відобразити стан здоров'я різних вікових етапів у дітей із різним ступенем порушення функціонування. Коди класифікації представляють функції та структури організму, характеристики активності та участі, а також фактори навколишнього середовища, що впливають на здоров'я і життєдіяльність дітей і підлітків. Класифікація складається з двох частин: перша — домени активності та участі дитини, структури та функції організму, друга — фактори навколишнього середовища.

Медичні працівники поступово переходять від біомедичної моделі хвороби, що враховує етіологію, патогенез і локалізацію патологічного стану до біопсихологічної моделі, яка визначає здоров'я і хворобу, як результат динамічної взаємодії фізіологічних, психологічних і середовищних, у тому числі, соціальних процесів. Біомедична модель хвороби МКХ-10 залишається надійним орієнтиром для лікування гострих порушень здоров'я — стаціонарного лікування, спрямованого на виявлення причин захворювання, усунення гострих симптомів і синдромів та якнайшвидшу виписку. МКФ-ДП доповнює Міжнародну класифікацію хвороб 10-го перегляду. 27 грудня 2017 року Уряд затвердив план заходів з впровадження Міжнародної

класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності та здоров'я та Міжнародної класифікації функціонування, обмежень життєдіяльності дітей та підлітків в Україні.

Кабінетом Міністрів України від 14 грудня 2016 р. №948-р затверджений план заходів з реалізації у 2017–2020 рр. пілотного проекту «Створення системи надання послуг раннього втручання» для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя. В реалізації зазначеного проекту у 2016 році буде задіяно 33% закладів охорони здоров'я, навчальних закладів соціального захисту, у 2017 році 66% зазначених закладів, у 2019 році — 100%.

Мета проекту — раннє виявлення (скринінг) у дітей відставання і порушення розвитку та надання послуг раннього втручання для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя.

В Україні 0,1% дітей потребують паліативної допомоги, насамперед амбулаторної, з впровадженням паліативного підходу в усі ланки охорони здоров'я. На даний час нормативна база організації паліативної допомоги дітям відсутня. МОЗ України проводиться робота щодо внесення змін з педіатричних аспектів паліативної допомоги до наказу МОЗ України від 21.01.2013 року №41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні».

Питання протидії туберкульозу в Україні залишається одним з пріоритетних напрямів державної політики в сфері охорони здоров'я і соціального розвитку. У 2016 році рівень захворюваності на туберкульоз (включно з новими випадками та рецидивами серед дітей (0–17 роки) становив 8,8 на 100 тисяч (571 випадок), а серед підлітків (15–17 років) — 20,4 на 100 тисяч (228 випадків). За даними ВООЗ поширеність і захворюваність на туберкульоз з 2007 року мають тенденцію до зниження на 4,4% і 3,3% на рік відповідно.

Для забезпечення сталості послуг, відповідно до кращого міжнародного досвіду, в умовах скорочення міжнародної технічної допомоги Урядом схвалено Стратегію забезпечення сталої відповіді епідеміям туберкульозу та ВІЛ/СНІДу на період до 2020 року та затверджено план заходів щодо її реалізації, що передбачає оптимізацію послуг в профілактиці, лікуванні, догляду та підтримки, з метою припинення туберкульозу та ВІЛ/СНІДу як загрози суспільній охороні здоров'я до 2030 року.

З метою подання викликів в сфері протидії туберкульозу в Україні необхідно здійснити швидке реформування розвитку амбу-

латорної допомоги хворим на туберкульоз із дотриманням сучасних принципів інфекційного контролю, забезпечення соціального супроводу пацієнтів, впровадження та розширення застосування інноваційних методів діагностики та лікування (Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016).

На сьогодні існує давно назріла необхідність переосмислення стратегії активного формування потенціалу здоров'я населення в аспекті імунопрофілактики, і що ці стратегії повинні формуватися з урахуванням інформаційних моделей здоров'я, що визначають поведінку населення по відношенню до програм імунопрофілактики. В Україні 14% опитаних в рамках проекту «Індекс здоров'я. Україна», негативно ставляться до вакцинації, а 25% респондентів відмовляється від щеплень своєї дитини.

В результаті проведення активних вибіркового епідеміологічних досліджень вже накопичено достатню кількість інформації про фактори, що перешкоджають ї, навпаки, сприяють залученню населення до заходів з імунопрофілактики. У дослідженнях, проведених в останні роки показано, що від 30 до 40% причин відмов батьків від процедури вакцинації їхніх дітей — це причини пов'язані з «браком інформації для прийняття аргументованого рішення на користь проходження процедури вакцинації». Така констатація в епоху розповсюдження засобів масової інформації та явного надлишку інформації з будь-якої актуальної проблеми, в свою чергу, викликає багато питань. Реальне подолання наслідків активності антивакцинального лобі та тенденцій щодо відмови частини населення від планової вакцинації можливо за рахунок розробки і реалізації:

- короткострокових стратегій щодо впровадження спеціальних мотиваційних технологій в діяльність фахівців, що мають відношення до вакцинопрофілактики;
- середньострокових стратегій з формування соціально-орієнтованого ринку здоров'я, регульованого відповідною нормативною базою;
- довгострокових стратегій з активного формування моделей здоров'я, адекватних науково-обґрунтованим поданням про способи його досягнення (<http://www.immunize.cpha.ca/en/events/imm-poster-contest.aspx> (available:20.01.2015)).

Профілактика сьогодні — це робота не тільки з пацієнтами, які мають патологію, а й зі здоровими дітьми. Показник захворюваності залежить від частки профілактичної роботи, що виконується лікарем: чим менша частка профілактичної роботи фахівця амбулаторно-поліклінічного закладу та вищі темпи спаду, тим більше погіршується здоров'я дітей. В останні роки диспансеризація та профілактичні огляди носять формальний характер, високий відсоток охоплення спостерігається лише на першому році життя, а в процесі дорослішання дитини, стає все більш далеким від дійсності. Загальноприйняті в амбулаторіях методи спостереження — «схематичність» і стандартний підхід у веденні дітей різних груп ризику, відсутність серед сімейних лікарів досвіду спостереження за даним контингентом не дозволяє здійснювати в повному обсязі медико-соціальну реабілітацію дітей, які перенесли різну патологію. В роботі лікарів первинної ланки обслуговування переважає лікувальний процес над профілактичним. Негативно позначаються на стані здоров'я дітей недостатні знання лікарів з профілактики та формування мотивації до збереження та зміцнення здоров'я.

Професійні завдання, перелік знань та програма навчання в інтернатурі для лікарів загальної практики — сімейного лікування у частині профілактики як невід'ємні складові учбового процесу, збігаються тільки в питаннях імунопрофілактики, вторинної та третинної профілактики захворювань та диспансеризації. Стосовно гігієнічного виховання населення та формування ЗСЖ спостерігається лише частковий збіг між вказаними складовими навчання. (Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України. 2016).

Резервом вдосконалення профілактичної роботи з дітьми є:

- зміцнення ролі лікаря первинної ланки як основного в обслуговуванні, організації та проведенні профілактичних заходів;
- посилення профілактичної спрямованості в роботі лікарів первинної ланки обслуговування шляхом зміни сформованих пріоритетів в діяльності дільничної служби, перерозподілу обсягу виконуваних лікувальних заходів в сторону зменшення;
- підвищення рівня знань медичного персоналу з питань виховання здорової дитини при підготовці лікарів-інтернів та проведенні циклів тематичного удосконалення, лікарських і сестринських конференцій;

- розвиток профілактичної медицини та формування мотивації населення до збереження та зміцнення здоров'я поєднати зі зміцненням педіатричної служби;

- підтримання достатнього рівня санітарно-гігієнічної освіченості батьків з питань виховання здорової дитини та підвищення знань з правил догляду за хворою дитиною і формуванню навичок здорового способу життя;

- проведення профілактичної роботи на ділянці з урахуванням індивідуального підходу при роботі з сім'єю;

- використання лікарями високого потенціалу медичної активності батьків при проведенні профілактичних заходів.

З метою оцінки ефективності роботи лікарів повинні використовуватися індикатори оцінки якості надання медичних профілактичних послуг дитячому населенню на кожному етапі профілактики.

Індикатором ефективності проведення профілактичних заходів першого рівня є знання медичного персоналу і батьків з виховання здорової дитини.

Індикатором профілактики другого рівня служить показник захворюваності дитячого населення та виявлення патологічних станів в результаті профілактичних оглядів, погіршення яких свідчить про неефективність проведення профілактичних заходів на даному етапі.

Індикаторами якості проведення профілактичних заходів третього рівня є показник дітей з обмеженням життєдіяльності та показник кількості дітей, які перебувають на диспансерному обліку.

Для підвищення ефективності профілактичних заходів серед дітей, зниження показників захворюваності необхідна робота всіх трьох рівнів профілактики. Відповідно до Закону України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» визначено, що з 1 січня 2020 року надання медичної допомоги на первинному рівні має здійснюватись лише сімейними лікарями.

Сімейна медицина має компенсувати програми у профілактичній та медико-соціальній роботі закладів охорони здоров'я, адже виходячи зі світового досвіду, 60% роботи сімейного лікаря полягає саме у профілактиці.

Розділ 2

ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ НАДАННЯ ПРОФІЛАКТИЧНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ

Серед головних чинників, які зумовлюють якість існування профілактичної медицини як одного із напрямків реалізації державної політики в галузі охорони здоров'я дітей є досконалість нормативно-правової бази. Законодавство у даній сфері є комплексним правовим утворенням, у якому з урахуванням специфіки надання медичної допомоги дітям, можливо говорить про вияв трьох підходів до регулювання: адміністративно-правового, цивільного-правового та соціального-правового (змішаного).

Умовно правове регулювання суспільних відносин у сфері профілактичної педіатричної медицини можливо поділити на три блоки.

Перший блок — загальний. Об'єднує правові норми, які встановлюють загальні гарантії права дитини на охорону здоров'я та медичну допомогу, закріплюють систему та правовий статус закладів охорони здоров'я; встановлюють принципи охорони здоров'я, визначають загальні юридичні поняття, що регламентують медичну діяльність у рамках відносин — лікар (заклад охорони здоров'я) — дитина — батьки (законні представники), визначають юридичну відповідальність за порушення, вчинені у сфері надання медичної допомоги та медичних послуг.

До переліку нормативно-правових актів, що містять дані норми (з врахуванням міжнародно-правових актів, ратифікованих Україною) належать

- Загальна декларація прав людини від 10.12.1948 р.;
- Конституція України від 28.06.1996 р.;
- Конвенція ООН про права дитини від 20.11.1989 р.
- Конвенція ООН про захист прав людини й основоположних свобод ;
- Сімейний кодекс України від 10.01.2002 р.;
- Кримінальний кодекс України від 05.04.2001 р.,

- Цивільний кодекс України від 16.01.2003 р.;
- Основи законодавства про охорону здоров'я від 19.11.1992 р.;
- Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 р. та ін.
- Загальнодержавна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини 2009–2016 рр.»

Закон від 7.XI.2017 року №2180-VIII «Про внесення змін до деяких законів України щодо посилення гарантій безпеки дітей» визначає права дитини пріоритетом, що має важливе значення для національної безпеки України, ефективності внутрішньої політики держави.

Закон «Про охорону дитинства» у самій преамбулі викладено у новій редакції. Цей Закон визначає охорону дитинства в Україні як стратегічний загальнонаціональний пріоритет, що має важливе значення для забезпечення національної безпеки України, ефективності внутрішньої політики держави, і з метою забезпечення реалізації прав дитини на життя, охорону здоров'я, освіту, соціальний захист, всебічний розвиток та виховання в сімейному оточенні. Закон встановлює основні засади державної політики у цій сфері, що ґрунтуються на забезпеченні найкращих інтересів дитини.

На підставі ч.2 ст.2 Закону «Про засади внутрішньої і зовнішньої політики» серед принципів, на яких ґрунтується внутрішня політика України, визначено верховенство права, забезпечення реалізації прав і свобод людини і громадянина, повага до гідності кожної особи, забезпечення особливого піклування про дитину та реалізації її прав. Серед основних засад внутрішньої політики в соціальній сфері, визначених статтею 8-ю цього Закону, є: поліпшення соціального захисту дітей, утвердження духовно і фізично здорової, матеріально забезпеченої та соціально благополучної сім'ї; створення ефективної системи забезпечення реалізації та захисту прав дитини; створення умов для повноцінного життя і розвитку дитини, її безпеки, благополуччя, зростання у безпечному сімейному оточенні; сприяння молоді в реалізації творчих можливостей та ініціатив, залучення її до активної участі в соціальному, економічному та гуманітарному розвитку держави. А серед основних засад внутрішньої політики в гуманітарній сфері визначено забезпечення рівного доступу громадян до здобуття якісної освіти незалежно від місця проживання, майнового стану та фінансових можливостей, розвиток інклюзивної освіти (ч.1ст.10 Закону).

Другий блок — цивільно-правовий, визначає особливий статус дитини як суб'єкта права надання медичної допомоги, зокрема, профілактичної, та пов'язані з ними інші особисті немайнові права. У даному контексті особливого значення набуває необхідність визначення поняття цивільної правоздатності та дієздатності фізичної особи — дитини як суб'єкта права. Відповідно до Цивільного кодексу України (далі — ЦК України) цивільною правоздатністю є здатність мати цивільні права та обов'язки, що виникає з моменту народження та припиняється у момент смерті. У свою чергу цивільну дієздатність має фізична особа, яка усвідомлює значення своїх дій та може керувати ними. Цивільною дієздатністю фізичної особи є її здатність своїми діями набувати для себе цивільних прав і самостійно їх здійснювати, а також здатність своїми діями створювати для себе цивільні обов'язки, самостійно їх виконувати та нести відповідальність у разі їх невиконання. За загальним правилом діти у віці до 14 років мають часткову цивільну дієздатність, у віці від 14 до 18 років — неповну цивільну дієздатність, що обумовлює нормативно-визначені обмеження у реалізації окремих прав та виконанні обов'язків. До настання повноліття дитини її інтереси представляють батьки чи інші законні представники.

Аналіз національних законодавчих норм дає підстави визначити таку структуру права дитини як особливого суб'єкта права на надання медичної допомоги:

1. Право на ефективне та доступне медичне обслуговування, у тому числі на безоплатну медичну допомогу (ч. 3 ст. 49 Конституції України);

2. Обмежене право дитини на вільний вибір лікаря, вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря і закладу охорони здоров'я (ч. 2 ст. 284 ЦК України, п. «д» ст. 6, 34, 38 Основ законодавства про охорону здоров'я (далі — Основи)). Так фізична особа має право на надання їй медичної допомоги. Особа, яка досягла 14 років, та звернулась за наданням медичної допомоги, має такі права: на вибір лікаря та його заміну; на вибір лікувального закладу, на вибір методів лікування відповідно до рекомендацій лікаря. Отже, медична допомога надається фізичній особі, яка досягла 14 років, за її згодою. Що стосується фізичних осіб, які не досягли 14 років, то медична допомога їй надається за згодою батьків або інших законних

представників. Право на вибір лікаря означає, що особа має право вільного вибору лікаря, якщо останній може запропонувати свої послуги. З урахуванням запровадженої у 2018 році медичної реформи, що має наслідком зміну підходів до фінансування медичного обслуговування населення за програмою медичних гарантій, відповідно до ст.9 Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» від 19.10.2017 року у разі потреби у медичних послугах та лікарських засобах за програмою медичних гарантій пацієнт (його законний представник) звертається до надавача медичних послуг у порядку, встановленому законодавством. Пацієнт (його законний представник) реалізує своє право на вибір лікаря шляхом подання надавачу медичних послуг декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу. Надавачам медичних послуг забороняється відмовляти у прийнятті декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та веденні пацієнта, зокрема, на підставі наявності у пацієнта хронічного захворювання, його віку, статі, соціального статусу, матеріального становища, зареєстрованого місця проживання тощо, крім випадків, передбачених законодавством. Надання медичних послуг та лікарських засобів за програмою медичних гарантій, пов'язаних з вторинною (спеціалізованою), третинною (високоспеціалізованою), паліативною медичною допомогою та медичною реабілітацією, здійснюється за направленням лікаря, який надає первинну медичну допомогу, або лікуючого лікаря, крім випадків, коли згідно із законодавством направлення лікаря не вимагається. А отже, зважаючи на обмежену цивільну дієздатність дитини, у віці до 14 років право дитини на вибір лікаря з метою отримання медичних послуг за програмою медичних гарантій має реалізуватись одним із батьків або іншим законним представником, для дитини у віці від 14 років до 18 років за її згодою.

3. Право на медичну інформацію (ст. 32 Конституції України, ст. 285 ЦК України, п. «е» ст. 6, ст. 39 Основ). Слід зазначити, що відповідно до ст.285 ЦК України повнолітня фізична особа має право на достовірну і повну інформацію про стан свого здоров'я, у тому числі на ознайомлення з відповідними медичними документами, що стосуються її здоров'я. Відповідно до ст. 1 Закону України «Про охорону дитинства», дитина — особа віком до 18 років (повноліття), якщо

згідно з законом, застосовуваним до неї, вона не набуває прав повнолітньої раніше. До досягнення 18-річного віку таким правом в інтересах пацієнта наділені батьки чи інші законні представники. Це загальне правило, що має винятки, які містяться у спеціальному законодавстві, для прикладу: в ч. 4 ст. 13 Закону України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ», де закріплено інший віковий ценз. У нормі зазначеного закону йдеться, що медичний працівник має право передати інформацію про стан здоров'я ВІЛ-інфікованої особи до досягнення нею 14-річного віку її батькам чи іншим законним представникам. Відтак, інформація про ВІЛ-інфіковану особу надаватиметься батькам виключно до досягнення нею 14-річного віку, а не 18-річчя, як це встановлено за загальним правилом. Крім того право на інформацію про стан здоров'я дитини не може реалізовуватись абсолютно, тому законодавець встановлює деякі обмеження щодо реалізації такого права. До таких обставин слід віднести випадки, коли інформація про хворобу дитини може : 1) погіршити стан її здоров'я; 2) погіршити стан здоров'я фізичних осіб, які мають право отримати інформацію про стан здоров'я своїх дітей; 3) зашкодити процесу лікування. Тому у вказаних випадках лікар може обмежити можливість батьків та інших законних представників щодо отримання інформації про стан здоров'я дитини такими способами: 1) медичний працівник може дати неповну інформацію про стан здоров'я дитини (так звана «свята брехня»); 2) медичний працівник може обмежити можливість ознайомлення таких осіб з окремими документами.

4. Право на таємницю про стан здоров'я (ст. 32 Конституції України, ст. 286 ЦК України, ст.ст. 39-1, 40 Основ);

5. Право на інформовану добровільну згоду на медичне втручання (ст. 29 Конституції України, ч. 3 ст. 284 ЦК України, п. «д» ст. 6, 34, 38 Основ);

6. Право на відмову від медичного втручання (ст. 29 Конституції України, ч. 4 ст. 284 ЦК України, ч. 4 ст. 43 Основ);

7. Право пацієнта, який перебуває на стаціонарному лікуванні в закладі охорони здоров'я, на допуск до нього інших медичних працівників, членів сім'ї, опікуна, піклувальника, нотаріуса та адвоката,

а також священнослужителя для відправлення богослужіння та релігійного обряду (ст. 287 ЦК України, п. «к» ст. 6 Основ).

Безпосереднє відношення до профілактики інфекційних хвороб в дитячому віці має закон України від 05.12.2012 р №5460-VI) «Про захист населення від інфекційних хвороб», в якому встановлені правові основи державної політики щодо захисту населення від інфекційних захворювань і забезпечення санітарно-епідеміологічного благополуччя населення України. В законі визначено (ст. 8), що державна політика в галузі імунопрофілактики спрямована на попередження, обмеження і ліквідацію інфекційних захворювань. Як прояв державної політики в данній сфері охорони здоров'я дітям гарантується доступність і безкоштовне проведення профілактичних щеплень, включених до Національного календаря профілактичних щеплень та профілактичних щеплень за епідеміологічними показаннями. Медичні імунобіологічні препарати можуть бути придбані також згідно рецепту лікаря (ст. 12,13). У законі зазначено, що держава гарантує: використання для здійснення імунопрофілактики ефективних медичних імунобіологічних препаратів, забезпечення контролю їх якості та безпеки (ст. 13), забезпечення сучасного рівня виробництва медичних імунобіологічних препаратів; державну підтримку виробництва медичних імунобіологічних препаратів (ст.14). Реалізацію державної політики в області імунопрофілактики забезпечує Уряд та органи місцевого самоврядування. Державна політика України спрямована на профілактику, зниження захворюваності, інвалідності, смертності, підвищення якості та доступності всіх видів медичної допомоги, соціального забезпечення дітей, підвищення рівня соціальної адаптації та інтеграції в сучасному суспільстві дітей з проблемами в стані здоров'я, підвищення доступності інформаційного забезпечення населення з питань здоров'я дітей і соціальної підтримки. Регулювання суспільних відносин в інтересах дітей проводиться на основі законодавчо закріпленої правової норми, реально забезпечує пріоритетне забезпечення прав дітей на охорону здоров'я.

Постановка проблеми вироблення державної політики в галузі профілактики хвороб в дитячому віці має необхідну правову основу (Конституція України, ст.49).

Та наостанок, спеціальний блок правового регулювання суспільних відносин у сфері профілактичної педіатричної допомоги об'єднує правові норми, які регулюють спеціальні відносини на різних рівнях надання такої допомоги дітям. До переліку належить норми, що містять правове регулювання надання спеціальної профілактичної медичної допомоги, зокрема, але не виключно дітям, які перебувають у складних життєвих обставинах, дітям з обмеженою життєдіяльністю, медичної допомоги як складової запобігання та протидії домашньому насильству та інш.

У перелік відповідних нормативно-правових актів, у зв'язку з цим, можливо віднести:

— Закон України Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ» від 12.12.1991 року;

— Закон України «Про запобігання та протидію домашньому насильству» від 07.12.2017 року;

Цей закон визначає організаційно-правові заходи запобігання та протидії домашньому насильству, основні напрями реалізації політики у сфері запобігання та протидії домашньому насильству, спрямовані на захист прав та інтересів осіб, які постраждали від такого насильства.

Згідно ст.21 закону постраждала дитини має право на безоплатне отримання відповідно до законодавства соціальних послуг, медичної, соціальної, психологічної допомоги відповідно до її потреб. Реалізація прав забезпечується з урахуванням найкращих інтересів дитини, її віку, стану здоров'я, інтелектуального та фізичного розвитку (ст.22).

23 серпня 2016 року Кабінет Міністрів України видав розпорядження №590-р про затвердження плану заходів з виконання Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини». Реалізація Конвенції сприятиме:реформуванню сектора забезпечення послугами дітей з обмеженням життєдіяльності та їхніх родин відповідно до принципів доступності, раннього втручання, універсальності, безперервності і комплексного підходу. Пацієнти повинні мати право обирати своїх постачальників послуг на основі їхнього географічного розташування, якості реабілітаційної допомоги, професіоналізму фахівців;

- забезпеченню всеохоплюючої інклюзії в освітнє середовище дітей з обмеженням життєдіяльності з метою отримання рівних прав на освіту, оволодіння професією та працевлаштування;

- покращенню фінансування програм, напрямків та заходів, пов'язаних із створенням належних умов життєдіяльності дітей з інвалідністю та їхніх родин;

- ліквідації практики направлення дітей з інвалідністю в спеціалізовані дитячі заклади для постійного перебування;

- виявленню, усуненню та унеможливленню дискримінації за ознакою інвалідності.

Таким чином, українське законодавство має цілий ряд правових норм, спрямованих на забезпечення юридичного захисту дитини. Історично накопичений досвід захисту прав і охорони дітей повинен бути раціонально використаний і збагачений в бурхливо мінливих політичних і соціально-економічних умовах часу.

РОЗДІЛ 3

ПРОФІЛАКТИЧНЕ СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ДІТЬМИ РІЗНОГО ВІКУ

Попередження захворювань, тобто їх профілактика, є найважливішою ланкою в загальному ланцюгу заходів, спрямованих на забезпечення оптимального стану здоров'я дітей.

Профілактика, в загальному плані, (від грец. *prophylaktikos* — *попереджувальний*) — це заходи, направлені для попередження будь-чого. Під медичною профілактикою розуміють вид діяльності служби охорони здоров'я, в основному первинної ланки, у вигляді комплексу медичних, санітарно-гігієнічних, педагогічних та соціально-економічних заходів, спрямованих на раннє виявлення і зниження ризику розвитку захворювань, а також на зниження негативного впливу на здоров'я факторів внутрішнього і зовнішнього середовища.

Фактори ризику — характеристики, що сприяють розвитку і прогресуванню захворювань. Виділяють чотири групи факторів ризику:

- 1) змінні біологічні характеристики (рівень в крові глюкози, макро- та мікроелементів; рівень артеріального тиску тощо);
- 2) особливості способу життя і звичок (фізична активність, особливості харчування, режим роботи та відпочинку, наявність шкідливих звичок);
- 3) стан навколишнього середовища;
- 4) незмінні біологічні характеристики (стать, вік, генетичні особливості), які використовуються в основному для визначення прогнозу виникнення захворювання.

Види профілактики:

1) первинна — направлена на попередження виникнення відхилень в стані здоров'я дітей, розвитку будь-якого інфекційного та неінфекційного захворювання. Ефективність впливу складає 60–70%.

2) вторинна — спрямована на раннє виявлення та попередження загострень і ускладнень вже існуючих захворювань, а також ком-

плекс заходів щодо запобігання зниження працездатності, інвалідизації, передчасної смертності. Ефективність впливу — 30–40%.

3) третинна (визнається не всіма фахівцями) — передбачає різні види реабілітації пацієнтів, направлені на підвищення якості життя, для забезпечення їх повноцінної соціалізації (проводиться в тому випадку, якщо сформувався стійке зниження якості життя. Наприклад, діти з вродженими вадами розвитку). Ефективність впливу складає 3–5%.

Основною формою профілактичної роботи лікарів первинної ланки є організація безперервного динамічного спостереження за дітьми в амбулаторії — проведення диспансеризації. Диспансеризація дитячого населення передбачає:

- щорічні профілактичні огляди груп здорових дітей, які об'єднані за віковими фізіологічними ознаками;
- активне динамічне спостереження за хворими дітьми з метою своєчасного проведення необхідних лікувально-оздоровчих заходів.

Порядок диспансеризації населення проводиться згідно Наказу МОЗ України від 27.08.2010 №728 «Про диспансеризацію населення», основною метою якого є здійснення комплексу заходів, спрямованих на формування, збереження та укріплення здоров'я населення; попередження розвитку захворювань; зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності; збільшення активного довголіття.

Диспансеризація проводиться закладами охорони здоров'я державної та комунальної форм власності. У диспансеризації беруть участь вищі медичні навчальні заклади усіх рівнів акредитації, заклади післядипломної освіти, наукові установи державної та комунальної форм власності.

Проведення диспансеризації населення включає:

- медичний огляд населення з проведенням визначеного обсягу обстежень;
- додаткове обстеження осіб, які цього потребують;
- виявлення осіб з факторами ризику, що спричиняють виникнення та розвиток захворювань;
- своєчасне виявлення захворювань;
- розробку та проведення комплексу необхідних медичних та соціальних заходів, динамічного спостереження за станом здоров'я населення.

Планування заходів з організації диспансеризації здійснюється дільничними лікарями-педіатрами або лікарями загальної практики — сімейної медицини. З цією метою проводиться облік дитячого населення, яке обслуговує дільничний лікар або лікар загальної практики — сімейної медицини, і підлягає диспансеризації, далі діти розподіляються за групами:

- діти першого та другого років життя;
- діти дошкільного віку від 3 до 6–7 років;
- школярі віком до 15 років;
- підлітки від 15 до 18 років.

Щорічні профілактичні огляди здорових дітей є основною формою роботи лікаря первинної ланки, яка направлена на виявлення факторів ризику, доклінічного неблагополуччя в стані здоров'я дитини та захворювань з метою проведення подальших оздоровчих заходів.

3.1 ОРГАНІЗАЦІЯ ЩОРІЧНИХ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ОГЛЯДІВ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей організовуються щорічно з метою моніторингу стану їх здоров'я та проведення ефективних заходів щодо охорони здоров'я та подальшого розвитку дітей. Для реалізації даної мети лікарю первинної ланки необхідно здійснити:

- огляд за органами і системами та дати оцінку стану здоров'я дитини;
- оцінити фізичний та психомоторний або нервово-психічний (в залежності від віку) розвиток;
- оцінити вигодовування та харчування;
- своєчасне виявлення захворювань та патологічних станів;
- оцінити стан вакцинації;
- консультування батьків з питань створення безпечного середовища (догляд за дитиною та її розвиток, раціональне харчування, профілактика нещасних випадків, травм, ризикованої поведінки тощо);
- визначення тактики подальшого медичного спостереження та обстеження дитини за результатами обов'язкового медичного профілактичного огляду.

Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей незалежно від віку здійснюються в присутності батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників, що дозволяє підвищити рівень їх поінформованості стосовно здоров'я дітей та відповідальність за його збереження.

Температура повітря в приміщенні, де проводяться профілактичні огляди дітей повинна бути не нижче 20°C з вологістю 50–70% та при достатньому освітленні.

Профілактичні огляди дітей від народження до трьох років організуються згідно наказу МОЗ України від 20.03.2008р. №149 «Клінічний протокол медичного нагляду за здоровою дитиною віком до 3-х років» за календарним планом.

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

<i>№</i>	<i>Вік дитини</i>	<i>Хто проводить</i>	<i>Місце проведення</i>
1	Не пізніше, ніж на другий день після виписки із пологового будинку (стаціонару)	лікар	вдома
2	Через день після огляду лікарем	медсестра	вдома
3	2 тижні	лікар	вдома
4	3 тижні	медсестра	вдома
5	1 місяць	лікар	в амбулаторних умовах
6	2 місяці	лікар	в амбулаторних умовах
7	3 місяці	лікар	в амбулаторних умовах
8	4 місяці	лікар	в амбулаторних умовах
9	5 місяці	лікар	в амбулаторних умовах
10	6 місяців	лікар	в амбулаторних умовах
11	7 місяців	медсестра	в амбулаторних умовах
12	8 місяців	медсестра	в амбулаторних умовах
13	9 місяців	лікар	в амбулаторних умовах
14	10 місяців	медсестра	в амбулаторних умовах
15	11 місяців	медсестра	в амбулаторних умовах
16	12 місяців	лікар	в амбулаторних умовах
17	18 місяців	лікар	в амбулаторних умовах
18	24 місяці	лікар	в амбулаторних умовах
19	36 місяців	лікар	в амбулаторних умовах

Після виписки дитини з пологового будинку не пізніше, ніж на другий день, лікар проводить патронаж новонародженого за рекомендаціями додатка №3 «Основні завдання обов'язкових медичних профілактичних оглядів здорової дитини віком до 3 років відповідно до особливостей розвитку кожного вікового періоду» наказу МОЗ України від 20.03.2008р. №149

Огляд новонародженої дитини проводиться протягом 10–15 хвилин в кімнаті при температурі 24–27° С, адже більш низька температура є стимулятором; при достатньому освітленні, але не подразнюючому; поверхня, де оглядається дитина повинна бути м'якою, але не прогинатися; через 30–40 хв. після годування в спокійному бадьорому стані. Якщо дитина кричить або спить — її оглядати не можна. Послідовність огляду — спочатку на спині, потім у вертикальному підвішуванні ногами вниз, в останню чергу — на животі.

При консультуванні батьків з питань догляду за новонародженим слід керуватись наказом МОЗ України від 04.04.2005 № 152 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною» та наказом від 29.08.2006 № 584 «Про затвердження Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні»; звернути увагу батьків на ознаки, загрозливі для життя дитини.

Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників

Дитина відмовляється від їжі або не може смоктати груди, пити, летаргічність, рухова активність тільки при стимуляції, температура тіла 38° С і вище або 35,5° С і нижче, частота дихання 60 на хвилину, видих зі стогоном, значне утягнення грудної клітки під час видихання, судоми, жовтяниця долонь та ступнів у будь-якому віці, блювота після кожного прийому їжі, кров у випорожненнях.

Через день після лікарського огляду та на 21 день від народження дитину вдома оглядає медична сестра.

**Первинний огляд дитини лікарем вдома
після виписки дитини із родопомічного закладу**

<i>Мета</i>	Отримання первинної інформації про дитину та сім'ю, оцінка стану її здоров'я з наступним консультуванням.
<i>Основні завдання</i>	<p>1. З'ясувати: акушерський анамнез (перебіг вагітності та пологів), уточнити інформацію про</p> <ul style="list-style-type: none"> — проведення в родопомічному закладі профілактичних щеплень та скринінгових обстежень на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз, наявність спадкових захворювань, цукрового діабету, соціально небезпечних хвороб (ВІЛ/СНІД, туберкульоз та інші) у сім'ї, — шкідливих звичок у батьків, особливу увагу звернути на тютюнопаління матері під час вагітності та обох батьків після народження дитини. <p>Зібрати алергологічний анамнез.</p> <p>Звернути увагу на соціальний стан сім'ї та наявність ознак щодо належності до сімей, які опинилися в складних життєвих умовах з метою визначення групи ризику за соціальними факторами та розробкою індивідуального плану медичного спостереження та інформування служби у справах дітей для здійснення соціального супроводу сім'ї.</p> <p>2. Здійснити огляд за органами та системами, оцінити стан здоров'я дитини, особливу увагу звернути на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — наявність вроджених аномалій, стигм дизембріогенезу; виділення із очей; — стан шкіри та слизових (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу); — оцінку реакції на звук та на світло; — оцінку пульсу на стегнових артеріях; — оцінку м'язового тону та спонтанної рухової активності; — рефлекси новонародженого; — стан пупкової ранки, пуповинного залишку (пупкове кільце); — температуру тіла новонародженого; — оцінку кульшових суглобів на наявність вродженого вивиху, дисплазії; — наявність яєчок в калитці <p>3. Оцінити вигодовування, правильність прикладання до грудей, ефективність, безпеку</p>

<i>Цільове консультування</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виключно грудне вигодовування. 2. Основи догляду за новонародженим: <ul style="list-style-type: none"> — емоційний контакт сім'ї з дитиною; — дотримання теплового режиму з метою попередження гіпотермії новонародженого; — догляд за пупковою ранкою, пуповинним залишком; інші питання гігієни. 3. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 4. Профілактика рахіту. 5. Батькам необхідно надати інформацію про графік роботи лікаря, медичної сестри, закладу охорони здоров'я, телефони невідкладної та швидкої допомоги.
-------------------------------	---

Таблиця 2

Огляди дитини в періоді новонародженості медсестрою вдома

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, контроль виконання рекомендацій лікаря, оцінка вигодовування дитини, закріплення навиків матері та сім'ї з вигодовування і догляду за дитиною з метою розвитку, консультування.
<i>Основні завдання</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Збір даних для оформлення та заповнення історії розвитку дитини (ф. 112о). 2. Оцінка стану здоров'я дитини. Особливу увагу звернути на: <ul style="list-style-type: none"> — стан шкіри, слизових (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці, наявність висипу); — частоту дихання; — стан пупкової ранки (пуповинного залишку, пуповинного кільця); — оцінка м'язового тону та спонтанної рухової активності; — виділення із очей; — частота та характер випорожнень, сечовиділення. 3. Оцінка вигодовування, його ефективність та безпека.
<i>Цільове консультування</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Профілактика синдрому раптової смерті. 2. Вигодовування дитини. 3. Догляд за новонародженим. 4. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 5. Догляд з метою розвитку.

Медична сестра перевіряє стан здоров'я немовля, звертає увагу на його адаптацію до нових умов життя, на санітарно-гігієнічний стан житла, організацію режиму дня, перевіряє виконання рекомендацій лікаря.

Повторний огляд лікарем здійснюється вдома у віці дитини 2 тижні з метою оцінки стану здоров'я дитини, вигодовування, фізичного розвитку та консультування матері з вигодовування та догляду, контролює виконання призначень та рекомендацій, за необхідністю корегує їх. Слід сповістити матір, що дитина потребує більше грудного молока в 3, 6 тижнів і 3 місяці, що потребує частішого прикладання до грудей і не потребує введення молочних сумішей.

В подальшому профілактичні огляди дитини проводяться в амбулаторних умовах.

Таблиця 3

Огляд дитини у віці 1 місяця лікарем в амбулаторних умовах

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування та вакцинація.
<i>Основні завдання</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Огляд за органами та системами. Оцінити стан здоров'я дитини. Звернути увагу на: <ul style="list-style-type: none"> — стан шкіри та слизових (ціаноз, блідість, ступінь інтенсивності та поширеності жовтяниці новонародженого, наявність висипу); — клінічні ознаки інфекції. Особливу увагу звернути на: <ul style="list-style-type: none"> — наявність зригування, блювоти після годування (виключення пілоростенозу); — оцінку кульшових суглобів (виключення дисплазії, вивиху) — наявність яєчок в калитці; — наявність кривошії; — оцінку м'язового тонусу та спонтанної рухової активності; — оцінку реакції на звук та світло. 2. Оцінка знаку БЦЖ. 3. Оцінка вигодовування. 4. Оцінка фізичного розвитку дитини. 5. Оцінка психомоторного розвитку дитини. 6. Контроль отримання та інтерпретація результатів скринінгу на фенілкетонурію та вроджений гіпотиреоз, проведених у родопомічному закладі. 7. Вакцинація за умови поінформованої згоди матері. 8. Профілактика рахіту.

<i>Цільове консультування</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виключно грудне вигодовування. 2. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 3. Необхідність вакцинації та інформування щодо можливих ускладнень в поствакцинальному періоді. 4. Догляд за дитиною з метою розвитку 5. Профілактика рахіту
-------------------------------	---

Таблиця 4

Огляди дитини у віці 2, 3, 4, 5 місяців лікарем в амбулаторних умовах

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування та вакцинація.
<i>Основні завдання</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Огляд за органами та системами. Оцінити стан здоров'я дитини. Звернути увагу на: <ul style="list-style-type: none"> — симетричність рухів, м'язовий тонус; — клінічні ознаки інфекції; — ознаки рахіту, анемії. Звернути особливу увагу на: <ul style="list-style-type: none"> — огляд кульшових суглобів в 2, 3, 4, 5 місяців, при підозрі на наявність патології — консультація лікаря-ортопеда-травматолога дитячого; — наявність ячок в калитці, при підозрі на крипторхізм консультація лікаря-ендокринолога дитячого та лікаря-уролога дитячого; — наявність кил, при підозрі на їх наявність — консультація лікаря-хірурга дитячого. 2. Оцінка знаку БЦЖ. 3. Оцінка вигодовування. 4. Оцінка фізичного розвитку дитини. 5. Оцінка психомоторного розвитку дитини. 6. Вакцинація за умови поінформованої згоди матері.
<i>Цільове консультування</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Вигодовування дитини. 2. Догляд з метою розвитку. 3. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 4. Попередження синдрому раптової смерті дитини. 5. Консультування з вакцинації 6. Попередження травматизму та нещасних випадків. 7. Профілактика рахіту. 8. Необхідність профілактичних щеплень, перебіг поствакцинального періоду, можливі ускладнення, їх попередження та лікування.

Таблиця 5

Огляд дитини у віці 6 місяців лікарем в амбулаторних умовах

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування, введення прикорму.
<i>Основні завдання</i>	<p>1. Огляд за органами та системами. Оцінити стан здоров'я дитини, звернути увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — клінічні ознаки інфекції; — ознаки рахіту, анемії; — наявність зубів. <p>Звернути особливу увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — огляд кульшових суглобів, при підозрі на наявність патології — консультація лікаря-ортопеда-травматолога дитячого; — наявність ячечок в калитці, при підозрі на крипторхізм — консультація лікаря-ендокринолога дитячого та лікаря-уролога дитячого. — наявність кил, при підозрі на їх наявність — консультація лікаря-хірурга дитячого. <p>2. Оцінка знаку БЦЖ.</p> <p>3. Оцінка вигодовування, введення адекватного прикорму.</p> <p>4. Оцінка фізичного розвитку дитини.</p> <p>5. Оцінка психомоторного розвитку дитини</p>
<i>Цільове консультування</i>	<p>1. Вигодовування та харчування дитини, введення прикорму</p> <p>2. Догляд з метою розвитку.</p> <p>3. Консультування з вакцинації.</p> <p>4. Профілактика травматизму та нещасних випадків</p> <p>5. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.</p> <p>6. Профілактика рахіту та анемії</p>

Таблиця 6

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

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування.
<i>Основні завдання</i>	<p>1. Оцінка стану здоров'я дитини.</p> <p>Особливу увагу звернути на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — стан шкіри та слизових (блідість, ціаноз); — частоту дихання; — клінічні ознаки інфекції;

	<p>— ознаки рахіту, анемії;</p> <p>— частота та характер випорожнень, сечовиділення.</p> <p>2. Оцінка вигодовування та харчування дитини.</p> <p>3. Оцінка фізичного розвитку дитини.</p> <p>4. Оцінка психомоторного розвитку дитини.</p> <p>5. Негайне інформування лікаря у разі виявлення ознак відхилення від стандартних показників фізичного розвитку дитини, відставання у психомоторному розвитку та клінічних симптомів захворювання.</p>
<i>Цільове консультування</i>	<p>1. Вигодовування та харчування.</p> <p>2. Догляд з метою розвитку.</p> <p>3. Профілактика травматизму та нещасних випадків.</p> <p>4. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.</p> <p>5. Профілактичні щеплення.</p>

Таблиця 7

Огляд дитини у віці 9 місяців лікарем в амбулаторних умовах

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування, проведення скринінгового обстеження з метою виявлення анемії.
<i>Основні завдання</i>	<p>1. Огляд за органами та системами. Оцінити стан здоров'я дитини, звернути увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — клінічні ознаки інфекції; — ознаки рахіту, анемії; — наявність зубів. <p>Звернути особливу увагу на:</p> <ul style="list-style-type: none"> — огляд кульшових суглобів, при підозрі на наявність патології — консультація лікаря-ортопеда-травматолога дитячого; — наявність ячок в калитці, при підозрі на крипторхізм консультація лікаря-ендокринолога дитячого та лікаря-уролога дитячого. — наявність кил, при підозрі на їх наявність — консультація лікаря-хірурга дитячого. <p>2. Лабораторне обстеження: визначення рівня гемоглобіну крові за умови поінформованої згоди матері.</p> <p>3. Оцінка знаку БЦЖ.</p> <p>4. Оцінка вигодовування та харчування.</p> <p>5. Оцінка фізичного розвитку дитини</p> <p>6. Оцінка психомоторного розвитку дитини.</p>

<i>Цільове консультування</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Раціональне вигодовування та харчування. 2. Догляд з метою розвитку. 3. Профілактика травматизму та нещасних випадків. 4. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників.
-------------------------------	--

Таблиця 8

Огляд дитини у віці 12 місяців лікарем в амбулаторних умовах

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультування.
<i>Основні завдання</i>	<p>Анамнез за перший рік життя.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оцінка стану здоров'я дитини. Огляд по органам і системам. Особливу увагу звернути на: <ul style="list-style-type: none"> — клінічні ознаки інфекції; — ознаки анемії; — кількість зубів у разі порушення термінів прорізування зубів, патологічних змін формування прикус, тощо — консультація лікаря-стоматолога (ортодонта) дитячого за умови поінформованої згоди матері, стан ступні, оцінка ходи; — ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). 2. Оцінка знаку БЦЖ. 3. Оцінка вигодовування та харчування. 4. Оцінка фізичного розвитку дитини. 5. Оцінка психомоторного розвитку дитини 6. Оформлення етапного епікризу.
<i>Цільове консультування</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Раціональне вигодовування та харчування. 2. Догляд з метою розвитку 3. Профілактика травматизму та нещасних випадків 4. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 5. Профілактичні щеплення.

Таблиця 9

Огляд дитини у віці 18 місяців лікарем в амбулаторних умовах

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультивання та вакцинація
<i>Основні завдання</i>	<ol style="list-style-type: none"> Оцінити стан здоров'я дитини. Огляд за органами та системами. Особливу увагу звернути на: <ul style="list-style-type: none"> — ознаки інфекції; — ознаки анемії; — стан ступні; — кількість і стан зубів, прикусу. ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). Оцінка вигодовування та харчування. Оцінка фізичного розвитку дитини. Оцінка психомоторного розвитку дитини.
<i>Цільове консультивання</i>	<ol style="list-style-type: none"> Раціональне вигодовування та харчування. Догляд з метою розвитку Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. Профілактика травматизму та нещасних випадків. Профілактичні щеплення.

Таблиця 10

Огляд дитини у віці 24 місяців в амбулаторних умовах лікарем

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультивання
<i>Основні завдання</i>	<ol style="list-style-type: none"> Оцінити стан здоров'я дитини. Огляд за органами та системами. Особливу увагу звернути на: <ul style="list-style-type: none"> — клінічні ознаки інфекції; — ознаки анемії; — стан ступні; — кількість і стан зубів, прикусу; — ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). Оцінка харчування Оцінка фізичного розвитку дитини. Оцінка психомоторного розвитку дитини. Оформлення етапного епікризу.
<i>Цільове консультивання</i>	<ol style="list-style-type: none"> Раціональне харчування. Догляд з метою розвитку. Профілактика травм та нещасних випадків. Ознаки, загрозливі для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. Туберкулінодіагностика та профілактичні щеплення.

Огляд дитини у віці 36 місяців лікарем в амбулаторних умовах

<i>Мета</i>	Динамічне спостереження за станом здоров'я дитини, консультиування
<i>Основні завдання</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Оцінити стан здоров'я дитини. Огляд за органами та системами. Особливу увагу звернути на: <ul style="list-style-type: none"> — клінічні ознаки інфекції; — ознаки анемії; — стан ступні; поства; — кількість і стан зубів, прикусу, ознаки урологічної та хірургічної патології (крипторхізм, фімоз, кили). 2. Оцінка харчування. 3. Оцінка фізичного розвитку дитини. 4. Оцінка психомоторного розвитку дитини. 5. Оформлення етапного епікризу.
<i>Цільове консультиування</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Раціональне харчування. 2. Догляд з метою розвитку. 3. Профілактика травм та нещасних випадків. 4. Ознаки, загрозові для життя дитини, при виникненні яких слід негайно звернутись за допомогою до медичних працівників. 5. Туберкулінодіагностика та профілактичні щеплення.

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

Основні складові обов'язкового медичного профілактичного огляду дитини віком до 3 років

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

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

2. Лікарський огляд дитини віком до 3 років за органами та системами (огляд дитини віком до 3 років медичною сестрою) має особливості відповідно до її вікового періоду (див. таблиці 1–11); за його результатами здійснюється оцінка стану здоров'я дитини. При виявленні відхилень у стані здоров'я дитини лікарем первинної ланки призначаються додаткові медичні втручання, згідно з чинними протоколами надання медичної допомоги дітям відповідно до показань. Кожне додаткове медичне втручання, у т.ч. огляд дитини лікарем-спеціалістом, лабораторно-інструментальні дослідження, мають бути обґрунтованими письмово в історії розвитку дитини (ф.№112о.) та безпечними для дитини і проводитись за умови поінформованої згоди батьків (опікунів, піклувальників) або їх законних представників.

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

3. Оцінка вигодовування та харчування проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини як лікарем, так і середнім медичним працівником з послідуочим консультуванням матері та сім'ї з питань раціонального вигодовування та харчування дитини.

4. Оцінка фізичного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини.

Медичною сестрою виконуються антропометричні виміри (звужування, вимірювання довжини/зросту і обводу голови). Отримані дані наносяться на відповідні графіки фізичного розвитку, котрі заповнюються окремо для хлопчиків та дівчаток згідно їх віку. Оцінка та інтерпретація показників фізичного розвитку обов'язково здійснюється в динаміці. За отриманими результатами проводиться консультування матері.

При виявленні відхилень у фізичному розвитку дитини необхідно встановити причину відхилення, а саме: виключити стани, загрозливі для життя дитини, провести оцінку харчування, об'єктивне обстеження, при необхідності з залученням лікаря-ендокринолога дитячого, лікаря-невролога дитячого, генетика, інших спеціалістів за показаннями. Провести консультування з вигодовування та харчування. У разі виявлення захворювання — відповідне лікування.

5. Оцінка психомоторного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини за певними критеріями:

- 1) моторика — цілеспрямована маніпулятивна діяльність дитини;
- 2) статика — фіксація та утримання певних частин тулуба в необхідному положенні;
- 3) сенсорні реакції — відповідні реакції дитини на світло, звук, біль, дотик;
- 4) мова — експресивне мовлення та розуміння мови;
- 5) психічний розвиток — емоції, що проявляються в залежності від ситуацій, становлення соціального віку.

За результатами оцінки психомоторного розвитку визначається тактика подальших дій.

Якщо досліджувані складові психомоторного розвитку відповідають віку — проводять консультування матері по догляду з метою розвитку.

Якщо є відхилення навіть одного з параметрів, необхідно навчити матір, як проводити заняття з дитиною з метою розвитку та як використовувати додаткові стимули для розвитку навичок, які відстають. Слід пам'ятати, що результати огляду будуть залежати від настрою дитини, комфортності її оточення, загального стану і т.д. Крім того, діти можуть мати індивідуальні темпи становлення параметрів психомоторного розвитку, тому, при виявленні відхилень необхідно

навчити матір, як проводити заняття з дитиною з метою розвитку та провести повторний огляд. Термін повторного огляду визначається лікарем індивідуально, але не раніше, ніж через 1 місяць.

Призначення консультації лікаря-невролога дитячого необхідно, коли вперше виявлене відставання появи певних навичок на першому році життя більше за 1 місяць, на другому — більше за 3 місяці, на третьому — більше за 6 місяців.

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

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

Група здоров'я та група ризику, в т.ч. за даними акушерського анамнезу, не визначається, так як не існує доказів про доцільність розподілу дітей за групами здоров'я та групами ризику. Тільки при виявленні відхилень в стані здоров'я дитини проводиться відповідне медичне втручання. При виявленні відхилень щодо стану здоров'я лікар розробляє індивідуальний план оглядів такої дитини.

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

8. Консультування батьків проводиться під час кожного обов'язкового медичного профілактичного огляду дитини віком до 3 років з дотриманням принципів ефективного консультування. Тема консультування залежить від віку дитини (див. табл. 1–11) та виявлених проблем. При спілкуванні з батьками важливо вживати зрозумілі слова, уникати медичних термінів та використовувати навички ефективного спілкування:

— задавати «відкриті» запитання (ті, які вимагають розгорнутої відповіді) з метою отримання потрібної інформації від батьків;

— реагувати на жестикулювання, міміку батьків у вигляді — кивок головою, усмішка, емоційні вислови, виражаючи тим самим Вашу зацікавленість;

— відображати слова батьків шляхом їх повторення, уточнення або перефразування, як свідчення того, що Ви розумієте батьків;

— проявляти співчуття, співпереживання, використовувати засоби «невербального» спілкування, підтримуючі слова, щоб відчувалася Ваша емпатія;

— уникати оцінки дій та міркувань батьків («невірно», «добре», «погано», «достатньо» тощо).

При консультуванні матері з метою догляду за дитиною бажано додержуватися чотирьох основних етапів.

1. Розпитати та вислухати матір для встановлення можливих проблем, а також дізнатись, що мати вже робить по догляду за дитиною.

2. Похвалити матір за те, що вона робить вірно.

3. Дати матері пораду, як необхідно доглядати за дитиною згідно віку вдома.

4. Перевірити, як мати зрозуміла поради.

Після проведення оцінки психомоторного розвитку проводиться консультування батьків по догляду з метою розвитку дитини. Важливо навчити матір спілкуванню з дитиною, показати, як можна привернути її увагу, як реагувати на її успіхи та досягнення, як грати з дитиною. Слід рекомендувати батькам розмовляти з дитиною, співати, обнімати, тримати її близько біля себе. Важливо розказати, як дитина може реагувати на звуки та дотик, що дитина у відповідь на звернення може усміхатися (таким чином вона спілкується). Коли дитина жестикулює або гулить, важливо, щоб мати повторювала ці дії, тим самим стимулюючи дитину до нових набутків.

Важливо хвалити матір за добру практику по догляду з метою розвитку дитини. Після цього закріпити рекомендації з гри та спілкування, попросивши матір продемонструвати, як вона буде гратись з дитиною.

При переході дитини в іншу вікову групу, необхідно обговорити з матір'ю рекомендації для іншої вікової групи.

Якщо у мати недостатньо часу, необхідно порекомендувати їй поєднувати догляд з метою розвитку з іншим доглядом (годування, купання, одягання). Якщо в матері немає іграшок для дитини, можливо

використовувати в якості іграшок безпечні для дитини предмети домашнього вжитку.

Якщо дитина не може виконати запропоновані дії, або є затримка в появі навичок, необхідно порекомендувати та показати матері, як проводити заняття з дитиною з метою розвитку та як використовувати додаткові стимули для розвитку навичок, які відстають (таблиці 12–14).

Таблиця 12

Заняття по догляду з метою розвитку дитини віком до 6 місяців

<i>Функції</i>	<i>Дії матері</i>
<i>Крупна моторика</i>	Розвивати загальну рухову активність дитини, стимулювати виконання наступних дій: підтримувати спроби дитини змінити положення тіла, викладати дитину на живіт, перевертати із спини на живіт.
<i>Дрібна моторика</i>	Проводити масаж пальців рук. Розвивати наступні навички у дитини: пропонувати дитині іграшку, щоб вона старалася тягнутися до неї та утримувати її, вчити перекладати предмети із однієї руки в другу. Запропонувати дитині дерев'яні ложки і показати, як можна ними стукати.
<i>Зорове сприйняття</i>	Для стимуляції зорового сприйняття дитині необхідно пропонувати яскраві предмети, контрастні прості фігури, щоб вона могла тягнутися за ними і розглядати їх. Запропонуйте матері дивитися дитині в очі, намагатися зловити погляд дитини, усміхатися і розмовляти з нею.
<i>Слухове сприйняття</i>	Для стимуляції слухового сприйняття необхідно, якомога більше розмовляти з дитиною, використовуючи різні інтонації, кликати по імені, спонукаючи до відповідної голосової реакції, пропонувати слухати різні звукові іграшки (колотунчики, дзвіночки тощо). Дитині подобається подавати різні звуки, сміятися, дитина імітує звуки, які чує, тому важливо «воркувати» з дитиною, копіювати звуки дитини. Виконуючи звичні дії з дитиною, обов'язково називати їх, наприклад: «будемо їсти», «дай ручку», артикуляція повинна бути виразною.
<i>Імпресивна та експресивна мова</i>	Для стимулювання цього навичку необхідно називати дитину по імені, називати предмети, до яких вона проявляє цікавість, імена людей. Мати повинна реагувати на спроби дитини говорити, виконуючи дії в побуті, коментувати їх словами.

<i>Функції</i>	<i>Дії матері</i>
<i>Інтелектуальний розвиток</i>	Для розвитку інтелекту важливо сприяти формуванню цілеспрямованих дій. Годувати, купати, гуляти з дитиною в певні години, продумати ритуал підготовки до сну для того, щоб виробити у дитини здатність встановлювати прості причинно-наслідкові зв'язки. Дитина починає встановлювати найпростіший зв'язок між своїми діями і їх результатом (наприклад, якщо плакати, то візьмуть на руки).
<i>Гра</i>	Необхідно гратися з дитиною. Можна пропонувати в якості іграшок чисті та безпечні предмети домашнього вжитку, щоб дитина могла тримати їх в руці, гриміти ними, кидати їх. Підвішувати іграшки, картинки із зображенням квадратів, кілець на віддалі 45–50 см від очей дитини.
<i>Емоції, соціальна поведінка</i>	Для встановлення емоційного, тактильного контакту з дитиною необхідно якомога частіше брати дитину на руки, погладжувати та лагідно розмовляти з нею.

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

Таблиця 13

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

<i>Функції</i>	<i>Дії матері</i>
<i>Крупна моторика</i>	Розвивати загальну рухову активність дитини. Підтримувати дитину, коли вона намагається сидіти, вставати на ніжки, ходити.
<i>Дрібна моторика</i>	Пропонувати дитині іграшки, маленькі предмети для розвитку тонкої моторики. Наприклад, навчати дитину знімати із стержня пірамідки декілька кілець і нанизувати кільця на стержень пірамідки, опускати дрібні предмети у вузький отвір. Стискати пальчики в кулачок і розтискати їх, грати «дай-дай», «сорока ворона кашку варила», показувати «до побачення».
<i>Зорове сприйняття</i>	Пропонувати знайти заховану в присутності дитини іграшку, запитувати де мама, показувати дитині іграшки та фотографії з чіткими контурами, дрібні предмети, словесно називати їх («му-му», «гав-гав», тощо).
<i>Слухове сприйняття</i>	Необхідно розмовляти з дитиною, стимулювати малюка повторювати інтонацію мови дорослого, відтворювати нові почуті звуки, робити танцювальні рухи під веселу ритмічну музику.

<i>Функції</i>	<i>Дії матері</i>
<i>Імпресив-на та експресивна мова</i>	Стимулювати здібності дитини: за проханням показувати частини обличчя ляльки чи дорослого, впізнавати предмети на картинках. Вчити дитину повторювати нові склади, повторюючи дорослого, називати людей та предмети складами.
<i>Інтелектуальний розвиток</i>	Стимулювати пізнавальну активність, розвивати навички: шукати іграшку, сховану у присутності дитини (дорослий накриває іграшку рушником або коробочкою, і просить дитину її знайти). Пізнавати значення коротких фраз: «Де м'ячик?», «Покажи носик» тощо. Навчати виконувати наступні дії: «Помахай ручкою», «Дай ручку» тощо.
<i>Гра</i>	Знімати із стержня пірамідки декілька кілець, нанизувати кільця на стержень пірамідки, ставити кубик на кубик.
<i>Самообслуговування</i>	Формувати навички їсти густу їжу з ложки.
<i>Емоції, соціальна поведінка</i>	Стимулювати розвиток у дитини наступних навичок: махати рукою на прощання, за проханням обнімати батьків. В тому випадку, коли спостереження за дитиною дозволяють думати про затримку розвитку емоційно-комунікативної сфери, можливе проведення холдинг-терапії: мати бере свою дитину на руки, тісно притискає до себе, при цьому мати повинна мати можливість дивитись дитині прямо в очі. Не послаблюючи обіймів, мати говорить про свої почуття та свою любов. Необхідно спонукати дитину до наслідування дій дорослого.

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

Таблиця 14

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

<i>Функції</i>	<i>Дії матері</i>
<i>Крупна моторика</i>	Розвивати загальну рухову активність дитини: стимулювати дитину до виконання наступних дій: вставати з підлоги, ходити самостійно, із положення стоячи присідати і гратися в цій позі.

Функції	Дії матері
<i>Дрібна моторика</i>	Навчати дитину таким навичкам: роз'єднувати предмети, малювати каракулі, під контролем дорослих відкручувати маленькі гвинтові кришки, розгортати загорнуті в папір предмети, ставити кубики один на одного, перегортати по одній сторінці книжки, опускати дрібні предмети в маленькі отвори, нанизувати на шнурок велике намисто, переливати рідину із однієї ємності в іншу. Складати папір пополам, розкатувати пластилін, різати папір ножицями.
<i>Зорове сприйняття</i>	Стимулювати у дитини навички: обходити високі предмети (наприклад, стілець), впізнавати на фотографії себе, знайомого дорослого, показувати декілька названих предметів на картинці, запам'ятовувати, де лежать іграшки. Підбирати предмети до малюнку, знати 2–4 основні кольори, впізнавати предмети за малюнком його характерної частини. Впізнавати свої речі, одяг, підбирати парні картинки чи іграшки.
<i>Слухове сприйняття</i>	Стимулювати наступні навички: рухатися під звуки музики, відтворювати інтонації мови дорослих, співати, повторювати короткі слова, почути при розмові дорослих, підбирати за назвою одну картинку із декількох. Вивчати короткі вірші, вставляти в них окремі слова. Гратися з дорослими в «голоси тварин», звуконаслідування: «гав-гав», «мяу» тощо.
<i>Імпресивна та експресивна мова</i>	Навчати дитину виконувати наступні дії: рухами голови показувати згоду чи незгоду, стверджувати чи заперечувати; використовуючи звуки, жести, окремі слова, щоб виразити свої побажання, повторювати у грі з лялькою знайомі дії (годувати з ложечки, вкладати спати). Стимулювати мовну активність, спонукати дитину повторювати фрази за дорослими, самостійно складати прості та складні речення.
<i>Інтелектуальний розвиток</i>	Навчати встановлювати причинно-наслідковий зв'язок на прикладі багаторазово виконуваних спільних дій, розвивати конструктивний та вербальний інтелект. Вчити дитину використовувати допоміжні засоби для досягнення своєї мети, наприклад, витягувати за шнурочок захований предмет, будувати вежу із кубиків, складати розрізаний на дві частини малюнок, знаходити той із малюнків, на який показує дорослий.
<i>Гра</i>	Навчати у грі відтворювати засвоєні дії з предметами, використовуючи іграшки («годувати» та «купати» ляльку). У грі

Функції	Дії матері
	виступати в ролі другої людини — члена сім'ї, представника будь-якої професії, персонажу казки (сюжетно-рольова гра), сумісна сюжетна гра з іншою дитиною. Вчити дитину навичкам: збирати різні пірамідки, складати із кубиків «паровозик» та «місток» за зразком.
Само-обслуговування	Розвивати здібності: самостійно тримати чашку, із якої п'є, жувати тверду їжу, зачерпувати ложкою їжу із тарілки, їсти та пити самостійно, використовуючи ложку та чашку, знімати шкарпетки, черевики, куртку, штанці, просовувати руки в рукава, а ноги в штанці, з допомогою мити та витирати руки, чистити зуби.
Емоції, соціальна поведінка	Забезпечити дитину можливостями в процесі спілкування із дорослими навчитися проявляти співпереживання, втіху, допомагати в простій роботі за інструкцією.

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

9. Огляди лікарями-спеціалістами та додаткові обстеження проводяться за показаннями. Кожне медичне втручання, яке проводиться дитині, у т.ч. огляд лікарем-спеціалістом, має бути обґрунтованим та безпечним для дитини. Обов'язковим для здорової доношеної дитини віком до 3 років є визначення рівня гемоглобіну крові у віці 9 місяців з метою виявлення анемії, причиною якої може бути неадекватне за термінами та складом введення прикорму.

Нагляд за станом здоров'я дитячого населення 4–5 років здійснюється за наказом МОЗ України від 29.11.2002р. №434 «Про Удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні» і відбувається в три етапи.

Перший етап — долікарський, проводить медична сестра.

Другий етап здійснює лікар первинної ланки з проведенням та оцінкою лабораторних досліджень.

Третій етап — спеціалізований, за участю лікарів вузьких спеціальностей (таблиця 15).

Таблиця 15

**Критерії профілактичної роботи з дітьми
в амбулаторно-поліклінічних умовах**

№	Медичні заходи	4 роки			5 років		
		Лікар	Медична сестра	спеціалісти	Лікар	Медична сестра	спеціалісти
1	Збір і оцінка даних за період, що передуює огляду	+	—	—	+	—	—
2	Антропометрія (вага, зріст, обвід грудної клітини)	—	+	—	—	+	—
3	Вимір ЧСС, ЧД, АТ, пульсу на променевій та стегновій артеріях	+	+	—	+	+	—
4	Визначення порушень опорно-рухового апарату	+	+	—	+	+	—
5	Визначення гостроти зору	+	—	—	+	—	—
6	Дослідження органу слуху (шепітна мова)	—	+	—	—	+	—
7	Аналіз частоти, тривалості та тяжкості перебігу гострих захворювань	+	—	—	+	—	—
8	Аналіз частоти загострень перебігу хронічної патології та тяжкості перебігу загострень	+	—	—	+	—	—
9	Аналіз перебігу поствакціального періоду	+	—	—	—	—	—
10	Огляд дитини по органах і системам	+	—	—	+	—	—
11	Планові огляди фахівців: — Офтальмолог — Отоларинголог — Хірург-ортопед — Ендокринолог — Стоматолог — Логопед — Психіатр — Психолог	—	—	—	—	—	—
12	Направлення на лабораторні дослідження: — аналіз крові на цукор; — загальний аналіз крові; — загальний аналіз сечі; — аналіз калу на яйця глистів.	—	—	—		—	—
					+		
					+		
					+		
					+		

№	Медичні заходи	4 роки			5 років		
		Лікар	Медична сестра	спеціаліст	Лікар	Медична сестра	спеціаліст
13	Висновок про стан здоров'я дитини: — діагноз; — фізичний розвиток; — нервово-психічний розвиток; — функціональна готовність до навчання у школі; — група здоров'я; — медична група здоров'я по фізкультурі.	+	—	—	+	—	—
14	Рекомендації: — режим; — харчування; — фізичне виховання і загартування; — психолого-педагогічні заходи; — рекомендації з профілактичних щеплень.	+	+	—	+	+	—
15	Направлення на диспансеризацію	*			*		
16	Направлення на лабораторні й інші методи дослідження: — загальний аналіз крові; — аналіз крові на цукор; — загальний аналіз сечі; — загальний аналіз калу на яйця глистів.	—					
17	План диспансерного спостереження (частота оглядів педіатром/сімейним лікарем, лікарями-фахівцями, лабораторне обстеження)	*			*		
18	Відновне лікування (у дітей із хронічною патологією, після важких гострих інфекційних і неінфекційних захворювань)	*			*		

Примітка: * — за необхідністю

Після проведення профілактичного огляду дитини лікарем, здійснюється комплексна оцінка стану здоров'я. Під час комплексної оцінки стану здоров'я дитини враховуються наступні ознаки:

- а) функціональний стан органів та систем;
- б) резистентність та реактивність організму;

- в) рівень та гармонічність фізичного та психоневрологічного розвитку;
- г) наявність хронічної (в т.ч. вродженої) патології.

За станом здоров'я діти розподіляються на групи здоров'я:

— перша група — здорові діти, які не мають відхилень за всіма ознаками здоров'я: не хворіють за період спостереження або мають незначні одиничні відхилення, які не впливають на стан здоров'я і не потребують корекції;

— друга група — діти групи «ризик» — діти з ризиком виникнення хронічної патології та ті, що часто (4 і більше разів на рік) хворіють. Це діти з функціональними відхиленнями, обумовленими ступенем морфологічної зрілості органів та систем, діти першого року життя з обтяженим акушерським і генеалогічним анамнезом, ті, що часто хворіють, або, які тяжко переохворіли з несприятливим перебігом реабілітаційного періоду і т. інше;

— третя, четверта і п'ята групи — хворі діти з хронічною патологією в стадії компенсації, субкомпенсації і декомпенсації.

Таблиця 16

Примірна схема розподілу дітей дошкільного віку за групами здоров'я

<i>Група</i>	<i>Хронічна патологія</i>	<i>Функціональний стан основних систем і органів</i>	<i>Резистентність** і реактивність</i>	<i>Фізичний та нервово-психічний розвиток</i>
<i>I</i>	Відсутня*	Без відхилень	За період спостереження не хворів або хворіє не часто, перебіг хвороби легкий	Нормальний, відповідає віку
<i>II</i>	Відсутня	Наявність функціональних відхилень. Карієс зубів — субкомпенсована форма, аномалія прикусу.	Тривалі гострі захворювання з затяжним періодом реконвалесценції	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмірна вага 1 ступеня. Нормальне або незначне відставання нервово-психічного розвитку

III	Наявність хронічної патології, вроджених вад розвитку органів та систем	Наявність функціональних відхилень та патологічних змін системи, органа без клінічних прояв, функціональних відхилень інших органів та систем. Карієс зубів — декомпенсована форма	Захворювання — не часті, не важкі за перебігом загострення без вираженого погіршення загального стану та самопочуття. Не часті інтеркурентні захворювання	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмірна вага I або II ступеня, низький зріст. Нервово-психічний розвиток нормальний або відстає
IV	Наявність хронічної патології, вроджених дефектів розвитку систем та органів	Наявність функціональних відхилень патологічно зміненого органа, системи, інших органів системи	Захворювання — часті загострення основного хронічного захворювання, гострі захворювання з порушеннями загального стану самопочуття після загострення або з тяжким реконвалесцентним періодом після інтеркурентного захворювання	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмірна вага тіла I або II ступеня, низький зріст. Нервово-психічний розвиток нормальний або відстає
V	Наявність тяжкої хронічної або тяжкої вродженої патології	Вроджені функціональні відхилення патологічно зміненого органа, системи, інших органів та систем	Захворювання — часті тяжкі загострення основного хронічного захворювання, часті гострі захворювання	Нормальний фізичний розвиток, дефіцит або надмірна вага тіла I або II ступеня, низький зріст. Нервово-психічний розвиток нормальний або відстає

* Можливі одиничні морфологічні вроджені дефекти розвитку (аномалії нігтів, маловиражена деформація вушної раковини, родимі плями та ін.), які не впливають на функціональний стан та життєдіяльність організму.

** При профілактичних оглядах резистентність та реактивність визначаються за особливостями онтогенезу, частоті гострих захворювань, які перенесла дитина за попередній період, за клінічними ознаками реактивності.

За період спостереження за дитиною група здоров'я у неї може змінюватися в залежності від динаміки стану здоров'я.

Дітям, які готуються до вступу в дошкільний навчальний заклад, проводять додаткове медичне обстеження згідно примірного положення про підготовку дітей на педіатричній дільниці до відвідування дошкільного навчального закладу.

1. Підготовка дітей здійснюється дільничним лікарем-педіатром, лікарем загальної практики-сімейної медицини, медичною сестрою дільничною.

2. Підготовка включає в себе систематичне спостереження на дільниці з метою забезпечення гармонійного психофізичного розвитку, оптимального сімейного виховання а саме:

2.1. Обов'язковий медичний профілактичний огляд за участю лікаря-педіатра, стоматолога, логопеда (інші спеціалісти за показаннями) та диспансеризацію дитини, лабораторні дослідження (загальний аналіз крові, сечі, дослідження на гельмінтоз);

2.2. Оздоровлення та лікування дітей груп «ризик» та диспансерної групи;

2.3. Оформлення медичної документації, яка включає:

а) результати обов'язкового медичного профілактичного огляду, диспансеризації та оздоровлення з висновками спеціалістів;

б) дані про профілактичні щеплення (ф. № 063/о);

г) дані лабораторних досліджень;

д) рекомендації щодо режиму на період адаптації дитини в дошкільному навчальному закладі, груп по фізичному вихованню, диспансерних хворих — по спостереженню, оздоровленню, особливостям харчування.

3. У разі перенесеного гострого захворювання дитиною, що готується для відвідування дошкільного навчального закладу вперше, її направлення в заклад пропонується здійснювати не раніше ніж через 2 тижні після клінічного одужання.

4. Проведення планових профілактичних щеплень пропонується завершити не менш, як за 1 місяць до початку відвідування дошкільного навчального закладу.

5. Питання про направлення до дошкільного навчального закладу дітей груп ризику, а також дітей з хронічною патологією та

вродженими вадами розвитку вирішуються індивідуально за участю лікарів-спеціалістів.

6. Питання про відвідування дошкільного навчального закладу дітьми, батьки яких відмовляються від щеплень вирішується лікарсько-консультативною комісією.

Діти, які готуються до систематичного шкільного навчання, обстежуються згідно Примірного положення про підготовку дітей на педіатричній дільниці до загальноосвітнього шкільного навчального закладу.

1. Оформлення медичної документації для вступу до загальноосвітнього шкільного навчального закладу з висновками про стан здоров'я дитини і рекомендаціями щодо подальшого спостереження за дитиною, про профілактичні щеплення (ф. № 063/о).

2. Обов'язковий медичний профілактичний огляд дитини за участю педіатра, невролога, отоларинголога, офтальмолога, ортопеда, хірурга, стоматолога, психіатра, логопеда (інших спеціалістів за показаннями) з визначенням готовності дитини до навчання в школі, проведенням антропометрії, плантографії, вимірюванням артеріального тиску та здійсненням лабораторних досліджень (загальний аналіз крові, сечі, дослідження на гельмінтоз та інші за показаннями).

3. Визначення групи для занять на уроках фізичної культури.

4. Лікування та оздоровлення дітей диспансерної групи.

5. Питання відвідування загальноосвітнього навчального закладу дітьми, які не отримали профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень вирішується індивідуально за рішенням лікарсько-консультативної комісії з залученням епідеміолога територіальної санепідстанції згідно розділу III ст. 15 вимог Закону України «Про захист населення від інфекційних хвороб».

Обов'язкові медичні профілактичні огляди дітей шкільного віку організовуються за наказом МОЗ України від 16.08.2010 р. №682 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів» із змінами, внесеними згідно з наказом МОЗ України від 23.05.2012 № 382, наказом від 20.07.2009 р. №518/674 «Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним

вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах», за Постановою Кабінету Міністрів України від 08.12.2009р. №1318 «Про затвердження Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів», згідно яких щорічні обов'язкові медичні профілактичні огляди учнів загальноосвітніх навчальних закладів проводяться медичними працівниками у присутності батьків або інших законних представників у лікувально-профілактичному закладі за місцем спостереження дитини протягом календарного року або під час їх стаціонарного лікування незалежно від рівня надання медичної допомоги закладу охорони здоров'я і місця проживання учня.

Розмежовується долікарський та лікарський етап обов'язкового медичного профілактичного огляду учнів загальноосвітніх навчальних закладів.

Медична сестра здійснює:

— антропометрію, термометрію, плантографію, перевірку гостроти зору та слуху, інші скринінгові дослідження (щорічне опитування учнів загальноосвітніх навчальних закладів, їх батьків (законних представників) щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем);

— бере участь в лікарському огляді учнів;

— заповнює бланк довідки учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду, форма №086–1/о.

Лікар первинної ланки проводить:

— обов'язкові медичні профілактичні огляди відповідно до Схеми періодичності обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів; проводить об'єктивне обстеження учнів, робить висновок про стан їх здоров'я, визначає групу для занять фізичною культурою, дає рекомендації щодо додаткових обстежень, лікування, профілактичних щеплень, режиму, харчування, оздоровчих заходів;

— диспансерне спостереження, планове лікування та реабілітацію учнів з захворюваннями;

— видачу Довідки учня загальноосвітнього навчального закладу про результати обов'язкового медичного профілактичного огляду

(форма первинної облікової документації №086–1/о) лікувально-профілактичним закладом за місцем спостереження учня батькам або іншим законним представникам для надання медичному працівнику загальноосвітнього навчального закладу;

— щорічне інформування батьків з питань попередження у дітей та підлітків — учнів загальноосвітніх навчальних закладів вживання спиртних напоїв та наркотичних засобів;

— видачу Карти профілактичної роботи з учнями загальноосвітніх навчальних закладів їх батьками або законними представниками щодо виявлення факторів ризику алкогольних та наркотичних проблем (форма первинної облікової документації №086–2/о) лікувально-профілактичним закладом за місцем спостереження учня загальноосвітнього навчального закладу батькам або іншим законним представникам для надання медичному працівнику загальноосвітнього навчального закладу;

— проводити щороку аналіз стану здоров'я дітей за результатами обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів.

Таблиця 16

Схема періодичності обов'язкових медичних профілактичних оглядів учнів загальноосвітніх навчальних закладів

<i>Вік дитини</i>	<i>Лікар первинної ланки</i>	<i>Лікарі-спеціалісти</i>	<i>Додаткові методи досліджень</i>
<i>6 років</i>	<i>1 раз на рік</i>	<i>Дитячий хірург Ортопед-травматолог Дитячий офтальмолог Дитячий стоматолог Інші спеціалісти за показаннями</i>	<i>Аналіз крові (гемоглобін) та інші за показаннями</i>
<i>7, 8, 9, 10 років</i>	<i>1 раз на рік</i>	<i>За показаннями</i>	<i>За показаннями</i>
<i>11 років (перед переходом до навчання в середній школі)</i>	<i>1 раз на рік</i>	<i>Дитячий хірург Ортопед-травматолог Дитячий офтальмолог Дитячий стоматолог Інші спеціалісти за показаннями</i>	<i>Аналіз крові (гемоглобін). Аналіз крові на цукор у дітей з групи ризику по цукровому діабету та інші за показаннями</i>

<i>Вік дитини</i>	<i>Лікар первинної ланки</i>	<i>Лікарі-спеціалісти</i>	<i>Додаткові методи досліджень</i>
<i>12, 13 років</i>	<i>1 раз на рік</i>	<i>За показаннями</i>	<i>За показаннями</i>
<i>14, 15 років (перед переходом до навчання в старшій школі)</i>	<i>1 раз на рік</i>	<i>Стоматолог Гінеколог дитячого та підліткового віку (за показаннями) Дитячий хірург Ендокринолог Дитячий психолог (за показаннями)</i>	<i>Флюорографія Аналіз крові (гемоглобін) та інші за показаннями</i>
<i>16, 17 років</i>	<i>1 раз на рік</i>	<i>Стоматолог Гінеколог дитячого та підліткового віку (за показаннями)</i>	<i>Флюорографія</i>

Визначення групи для занять на уроках фізичної культури, з метою диференційованого підходу до процесу фізичного виховання та з огляду на стан здоров'я і фізичний розвиток дітей, проводиться згідно до Інструкції про розподіл учнів на групи для занять на уроках фізичної культури («Забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах», Наказ МОЗ України від 20.07.2009 № 518/674).

До основної групи належать діти без відхилень або з незначними відхиленнями у стані здоров'я, які мають гармонічний, високий або середній рівень фізичного розвитку та високий або вище середнього рівень функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи, достатню фізичну підготовленість. Заняття з фізичної культури з цими дітьми проводять відповідно до програми в повному обсязі. Для занять, які супроводжуються підвищеними фізичними навантаженнями (спортивні секції, хореографія тощо), необхідно провести поглиблене обстеження.

До підготовчої групи належать діти, які мають відхилення у стані здоров'я, що не потребує курсу лікувальної фізкультури, з середнім рівнем функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи, достатньо фізично підготовлені, а також діти-реконвалесценти.

Заняття з фізичної культури з дітьми цієї групи проводять згідно з програмою, але з обов'язковим дотриманням принципів поступовості та наступності, без здачі нормативів. Заняття, які супроводжуються підвищеними фізичними навантаженнями заборонені, але рекомендовано додаткові заняття у групах загально-фізичної підготовки або в домашніх умовах з метою ліквідації недоліків у фізичній підготовці (індивідуальні фізичні вправи, спрямовані на підвищення рівня функціональних можливостей серцево-судинної системи, дихання, зміцнення м'язів і т.д. з урахуванням особливостей відхилень у стані здоров'я).

До спеціальної групи належать діти, які мають значні відхилення у стані здоров'я тимчасового або постійного характеру, що не перешкоджають навчанню в школі, з низьким або нижче середнього рівнем функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи. Заняття з фізичної культури з ними проводять за спеціально розробленими індивідуальними програмами.

Встановлення рівня функціонально-резервних можливостей серцево-судинної системи у дітей шкільного віку здійснюється за пробою Руфьє.

Методика проведення проби Руфьє

Дитина відпочиває сидячи 3–5 хв. перед виконанням проби, далі медичний працівник підраховують пульс кожні 15 с, доки не буде отримано 2–3 однакові цифри. Отримані дані записують до протоколу і пропонують виконати навантаження.

Дитина виконує 30 присідань з витягнутими вперед руками протягом 45 с, самостійно і голосно рахуючи («один», «два» і так далі), що дозволяє уникнути затримки дихання.

Під час виконання проби необхідно стежити за зовнішніми ознаками втоми дитини (значне почервоніння шкіри обличчя, напружений вираз обличчя, пітливість виражена у верхній половині тіла, сильно прискорене, уривчасте дихання через рот, хитання) — при наявності цих ознак необхідно зупинити проведення проби.

Після закінчення присідань обстежуваний сідає і проводиться підрахунок пульсу за перші 15 с першої хвилини відновлення та за останні 15 с першої хвилини відновлення.

Індекс Руфьє (IP) розраховується за формулою

$$IP = \frac{4 \times (ЧСС_1 + ЧСС_2 + ЧСС_3) - 200}{10},$$

де ЧСС₁ — пульс за 15 с у стані спокою;

ЧСС₂ — пульс за перші 15 с першої хвилини відновлення;

ЧСС₃ — пульс за останні 15 с першої хвилини відновлення.

Рівні функціонального резерву серця визначаються з урахуванням п'яти градацій:

менше 3 — високий рівень;

4–6 — вище середнього (добрий);

7–9 — середній;

10–14 — нижче середнього (задовільний);

більше 15 — низький.

У разі визначення зниження рівня функціональних можливостей серцево-судинної системи за відсутності клінічних проявів хвороби проводиться додаткове обстеження дитини з залученням відповідного лікаря-спеціаліста та лабораторно-інструментальні дослідження.

Повне звільнення від занять фізичними вправами недоречно, адже призводить до явищ гіпокінезії з несприятливими для організму наслідками, тому може мати тільки тимчасовий характер.

Група для занять фізичними вправами може змінюватися протягом року в залежності від стану здоров'я дитини.

Діти, в яких виявлені хронічні захворювання підлягають обліку та диспансерному нагляду згідно медичних протоколів відповідно до патології.

5.2 Оцінка фізичного ТА НЕРВОВО-ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ

Вивчення стану здоров'я є з одним найважливіших розділів роботи лікаря, що обслуговує дітей і підлітків. Важливість цієї роботи полягає, насамперед в тому, що саме у дитячому віці формується фізичне та психічне здоров'я людини, її стійкість до впливу несприятливих чинників навколишнього середовища та соціальних умов життя.

Фізичний розвиток дитини Всесвітня організація охорони здоров'я визначає як сумарний індикатор стану здоров'я окремої дитини

та популяції, а показники фізичного розвитку дітей раннього віку як критерій оцінки соціально-економічного розвитку окремого регіону, країни.

Моніторинг фізичного розвитку дітей раннього віку ВООЗ вважає одним із найефективніших заходів, які здійснюються медичними працівниками щодо зниження рівня смертності та захворюваності дітей раннього віку.

Норми (стандарти) фізичного розвитку дітей раннього віку, розроблені ВООЗ необхідно використовувати як ефективний інструмент скринінгової оцінки фізичного розвитку дітей раннього віку для своєчасного виявлення відхилень від норми та захворювань, консультування батьків, призначення у разі потреби необхідного обстеження та лікування.

Фізичний розвиток дітей і підлітків оцінюють на підставі визначення соматоскопічних (антропоскопічних), соматометричних (антропометричних) та фізіометричних показників з їх подальшою оцінкою за допомогою методу сигмальних відхилень, з використанням комплексного та центильного методів.

До *соматоскопічних показників* відносять стан шкірних покривів та слизових оболонок, ступінь жировідкладання, характеристики опорно-рухового апарату (кістяк, форма грудної клітки, хребта, ніг та стоп), а також ознаки статевого дозрівання (оволосіння під пахвами та на лобку, розвиток молочних залоз у дівчат, оволосіння на обличчі, розвиток щитоподібного хряща гортані, мутація голосу у юнаків).

Провідними *соматометричними показниками* вважають довжину і масу тіла, обвід грудної клітки та інші обводи (обводи голови, плеча, стегна тощо), які визначають на підставі використання спеціальних антропометричних точок.

Згідно наказу МОЗ України від 20.03.2008 №149 «Про затвердження протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» оцінка фізичного розвитку проводиться при кожному обов'язковому медичному профілактичному огляді дитини віком до 5 років. Медичною сестрою виконуються антропометричні виміри (зважування, вимірювання довжини/зросту і обводу голови). Отримані дані наносяться на відповідні графіки фізичного розвитку, котрі заповнюються окремо для хлопчиків та дівчаток (*Додатки*). Це дає можливість побачити тенденцію фізичного розвитку дитини за

період часу та виявити проблеми фізичного розвитку. У переважній більшості випадків відхилення від стандартних темпів збільшення маси тіла та довжини/зросту свідчать про порушення у стані здоров'я дитини та вимагають ретельного аналізу ситуації та відповідних заходів.

Графіки довжина тіла / зріст/ вік

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

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

Графіки маса тіла/вік.

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

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

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

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

Графіки індекс маси тіла/вік

Індекс маси тіла (ІМТ) використовується для проведення скринінгу на надмірну вагу та ожиріння.

Як правило, графік ІМТ (*Додатки*) для даного віку показує результати, схожі з результатами графіку співвідношення маси до довжини тіла /зросту дитини.

На цьому графіку на горизонтальній осі відкладаються значення віку в повних тижнях, місяцях, або роках та місяцях.

На вертикальній осі відкладається ІМТ.

Індекс маси тіла визначається за формулою: значення маси тіла розділити на зріст в квадраті (кг/м²). Показник зросту необхідно перевести в метри. Результат обчислень округлити до десятих.

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

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

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

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

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

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

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

Інтерпретація стандартних відхилень показників фізичного розвитку

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

Примітки:

- Дитина, показники зросту якої попадають в дану категорію, є дуже високою. Високий зріст рідко являє собою проблему, за винятком тих випадків, коли він може вказувати на наявність ендокринного розладу (наприклад, пухлина, що виробляє гормони зросту). Якщо у вас виникає підозра на ендокринні розлади, у дитини її, слід направити на консультацію до спеціаліста (наприклад, якщо у дитини, надто високої для свого віку, батьки нормального зросту).
- Дитина, чий показник маси для даного віку попадає в цю категорію, може мати проблему фізичного розвитку, але такі висновки краще робити на основі аналізу показників співвідношення маси до довжини тіла / зросту або ІМТ для даного віку.
- Показник, який знаходиться вище лінії 1 стандартного відхилення, означає вірогідний ризик. Висхідна динаміка у напрямку лінії 2 стандартного відхилення вказує на наявність ризику.
- Існує вірогідність того, що дитина з затримкою або сильною затримкою зросту матиме надмірну вагу.

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

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

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

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

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

• **Показник індекс маси тіла для даного віку.**

ІМТ, як правило, не зростає з віком, на відміну від маси та зросту окремо. ІМТ дитини різко зростає, коли дитина швидко набирає масу по відношенню до зросту в перші шість місяців життя. ІМТ знижується пізніше у віці до року і залишається стабільним від 2 до 5 років життя. Показник ІМТ для даного віку схожий з показником співвідношення маси до довжини тіла/зросту і використовується як скринінг на надмірну масу тіла та ожиріння. При інтерпретації ризику надмірної ваги варто прийняти до уваги вагу батьків дитини. Якщо у дитини один з батьків страждає на ожиріння, це збільшує ризик дитини набрати надмірну масу. Дитина, в якій один з батьків страждає на ожиріння, має 40% ризику розвитку надмірної ваги, тоді

як у дитини, обоє батьків, якої страждають на ожиріння, ризик надмірної ваги зростає до 70%. Важливо розуміти, що надмірна маса та ожиріння можуть існувати паралельно із затримкою зросту.

Інтерпретація динаміки графіків фізичного розвитку дитини

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

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

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

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

Важливо проаналізувати ситуацію в цілому при інтерпретації динаміки графіків фізичного розвитку дитини.

Перетинання лінії стандартного відхилення

Перетинання кривою фізичного розвитку дитини лінії стандартного відхилення вказує на потенційний ризик. Інтерпретація ризику базується на тому, де саме, по відношенню до медіани, почалися зміни, динаміка цих змін, з обов'язковим урахуванням анамнезу:

- Якщо крива фізичного розвитку дитини перетинає лінію стандартного відхилення, це означає, що у розвитку дитини відбулися значні зміни.

- Якщо крива фізичного розвитку набула напрямку до медіани, це означає, що зміни, мають позитивну тенденцію.

- Якщо крива фізичного розвитку набула напрямку від медіани, це є свідченням ризику або проблеми.

- Якщо крива фізичного розвитку дитини проходить поряд з медіаною, час від часу її перетинаючи, це нормально.

- Якщо крива фізичного розвитку зростає або падає, перетинаючи при цьому лінію стандартного відхилення, слід провести аналіз, так як, ця тенденція може бути свідченням проблеми. Наприклад: при вчасному виявленні тенденції до надмірної або недостатньої маси можливе раннє втручання з метою корекції та попередження проблеми.

Різке зростання або зниження кривої фізичного розвитку дитини

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

- Якщо дитина швидко набрала масу, слід оцінити її довжину / зріст.

- Якщо збільшилась лише маса дитини, це свідчить про наявність проблеми.

- Якщо маса та зріст дитини збільшилися пропорційно, це означає, що дитина «наздоганяє у розвитку» завдяки покращенню харчування або дитина одужала після захворювання. В такий ситуації повинен відбутися підйом кривої показників маси для даного віку та кривої довжини тіла/зросту для даного віку, в той час як графік співвідношення маси до довжини тіла зросту матиме сталу динаміку паралельно лінії стандартного відхилення.

- Різке зниження кривих фізичного розвитку здорової дитини або дитини, що недоїдала, свідчить про проблему розвитку, яка вимагає втручання та лікування.

- Якщо у дитини надмірна маса, різкі зниження кривої маси тіла не є нормальним. Не повинно бути різких падінь у графіку фізичного розвитку, оскільки різка втрата надто великої кількості ваги не є бажаною. Дитина з надмірною вагою повинна утримувати свою вагу, збільшуючи зріст.

Відсутність динаміки кривої фізичного розвитку

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

- Якщо маса дитини залишається незмінною протягом певного періоду часу, в той час як зріст дитини збільшується, у дитини швидше всього є порушення.

- Якщо зріст дитини залишається незмінним протягом певного періоду часу, це означає, що дитина не росте. Винятком є ситуації, коли дитина з надмірною вагою або ожирінням утримує свою вагу протягом певного періоду часу, досягаючи більш здорового співвідношення маси до зросту або індексу маси тіла для даного віку.

- Якщо дитина з надмірною вагою з часом втрачає масу, і втрата маси помірна, зріст дитини повинен продовжувати збільшуватись. Однак, якщо зріст дитини з часом не збільшується, це вказує на порушення у такому випадку крива зросту до даного віку не буде мати позитивної динаміки. Цю проблему наявно продемонструє відсутність позитивної динаміки графіку зросту для даного віку.

- Що стосується дітей у вікових групах, у яких відбувається швидкий скачок зросту, який демонструється на графіку крутими кривими підйому (наприклад протягом перших шести місяців життя), стагнація розвитку навіть протягом одного місяця свідчить про потенційну проблему.

Тактика при виявленні відхилень у фізичному розвитку дитини

1) Необхідно встановити причину відхилення у фізичному розвитку:

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

2) Провести консультування з вигодовування та харчування.

3) Відповідне лікування у разі виявлення захворювання.

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

Оцінка фізичного розвитку дітей 5–17 років

Оцінку фізичного розвитку дитини віком 5–17 років проводять шляхом порівняння її індивідуальних антропометричних показників з нормативними, які наведено в оцінювальних таблицях фізичного розвитку дітей, що представлені в Наказі МОЗ України № 802 від 13.09.2013р. «Про затвердження Критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку»

Інтерпретація відповідно до Наказу МОЗ України від 13.09.2013р. №802 «Критерії оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку»:

1. Спочатку оцінюють зріст дитини за таблицями сигмальних відхилень (див. Додатки 2 і 3) та роблять висновок про рівень фізичного розвитку

M +2,1 σ і вище — фізичний розвиток високий;
від M +1,1 σ до M +2 σ — фізичний розвиток вище середнього;
M \pm 1 σ — фізичний розвиток середній;
від M -1,1 σ до M -2 σ — фізичний розвиток нижче середнього;
M -2,1 σ і нижче — фізичний розвиток низький.

2. Потім обчислюють і оцінюють індекс маси тіла за перцентильними таблицями (див. Додатки 4 і 5).

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла(кг)}/\text{довжина тіла (в метрах)}^2$$

> +3 σ (відповідає > 97 th) — ожиріння
+2 σ (відповідає > 85 th) — надмірна вага
<+2...>-2 σ (відповідає 85 th — 15 th) — індекс маси тіла віковій нормі
< - 2 σ (відповідає <15 th) — виснажена
< - 3 σ (відповідає < 3 th) — дуже виснажена

Приклади формулювання оцінки фізичного розвитку дитини від 5 до 18 років:

1. Фізичний розвиток середній, надмірна вага
2. Фізичний розвиток нижче середнього, ожиріння
3. Фізичний розвиток нижче середнього, дуже виснажена.
4. Фізичний розвиток високий, індекс маси тіла відповідає віковій нормі.

Інтерпретація відповідно до Наказу МОЗ України від 27.04.2006р. №254 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю “Дитяча ендокринологія”»:

1. Спочатку оцінюють зріст дитини за таблицями сигмальних відхилень (див. Додатки 2 і 3) та роблять висновок про рівень фізичного розвитку

- >3 δ від середніх показників росту для даного віку та статі — гігантизм.
- >2–3 δ від середніх показників росту для даного віку та статі — субгігантизм
- >1–2 δ від середніх показників росту для даного віку та статі — високорослість
- <1–2 δ для відповідного віку і статі — низькорослість
- <2–3 δ для відповідного віку і статі — субнанізм
- < 3 δ для відповідного віку і статі — нанізм

2. Потім обчислюють і оцінюють індекс маси тіла за перцентильними таблицями (див. Додатки 4 і 5).

$$\text{ІМТ} = \frac{\text{маса тіла(кг)}}{\text{довжина тіла (в метрах)}^2}$$

- > 97 th — **ожиріння**
- > 85 th — **ризик ожиріння**
- 85 th — 15 th — **вікова норма**
- < 15 th — **дефіцит маси тіла**

Приклади формулювання оцінки фізичного розвитку дитини від 5 до 18 років:

1. Низькорослість, ожиріння
2. Високорослість, ризик ожиріння
3. Нанізм, дефіцит маси тіла.
4. Субгігантизм

3.3 Оцінка психомоторного розвитку

Психомоторний розвиток дитини відображає становлення різних відділів нервової системи дитини у певні періоди життя.

Оцінка психомоторного розвитку дитини перших 3-х років життя проводиться при кожному профілактичному огляді з використанням таблиці (Наказ МОЗ №149 «Про нагляд за здоровою дитиною віком до 3-х років»), в якій визначено вікові особливості психомоторного розвитку дитини (*Додаток*).

Оцінка психомоторного розвитку дитини здійснюється за наступниками критеріями:

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

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

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

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

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

У цьому випадку необхідно провести консультування матері по догляду з метою розвитку та призначити огляд дитини в динаміці з повторною оцінкою психомоторного розвитку. Термін повторного огляду визначає лікар. При відсутності позитивної динаміки при повторній оцінці психомоторного огляду призначається обстеження дитини, яке включає консультацію лікаря-невролога дитячого.

Таблиця

Тактика лікаря відповідно до результатів оцінки психомоторного розвитку дитини

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

Примітка: Термін повторного огляду визначається лікарем індивідуально.

Для оцінки нервово-психічного розвитку дітей від 3 до 7 років користуються даними спостережень за поведінкою дитини під час різних режимних моментів, при проведенні поглиблених лікарських обстежень, а також характеристикою педагога (в дитячих дошкільних закладах). При цьому провідні показники це: моторний розвиток і зорова координація (рівновага при ходьбі, статична рівновага тощо); розвиток мовлення (звукова культура мовлення, граматично правильне мовлення, читання віршів та ін.); пізнавальна діяльність (орієнтування в просторі, лічба, знання і відчуття кольорів, конструювання та ін.); соціально-культурний розвиток (культурно— гігієнічні навички, самостійність і працелюбство, ігрова діяльність, взаємостосунки з оточуючими та ін.).

Для оцінки розвитку дітей повинен бути підібраний матеріал, аналогічний тому, що використовується в самостійній діяльності. Одночасно оцінка нервово-психічного розвитку дитини проводиться не більш, ніж за 2–3 показниками.

Вік 3–4 роки

Моторика — добре ходить самостійно, піднімається по східцях, бігає, взбирається на гірку;

Координація — пробує малювати людину, тварин;

Слух/мова — багатослівні речення;

Особистість — властива підвищена цікавість, почуття страху, легко запам'ятовує вірші, легко вчить іноземні мови

Вік 4–6–7 років

Моторика — гарно грається в різні ігри,

Координація — удосконалюється;

Слух/мова — починають читати, писати;

Особистість — підвищується потреба в спілкуванні зі своїми ровесниками та в спільних іграх в колективі. Зростає потреба у спілкуванні з іншими дітьми. За рівнем інтелектуального розвитку дитина готова до поступлення в школу;

Шкільний вік

Характеризується подальшим розвитком психіки, розумової діяльності, концентрації уваги, цілеспрямованості, формування індивідуального характеру.

Молодший шкільний вік

1. Закінчується морфологічне диференціювання клітин кори головного мозку, особливо рухової ділянки, а також закінчується формування периферичного іннерваційного апарата;
 2. Характерною є стійка рівновага процесів збудження та гальмування з деяким переважанням збудження та домінування кори головного мозку над підкірковою ділянкою, її вегетативними функціями;
 3. Значно зростає м'язова маса, розвиваються такі рухові якості, як швидкість, спритність, сила, витривалість;
 4. Розвивається наполегливість, необхідні трудові навички;
 5. Формуються здібності, здатність до тривалої цілеспрямованої діяльності (розумової і фізичної);
 6. На цей період припадає максимум ігрової діяльності;
 7. Збільшується обсяг уваги та її стійкість.
- З моменту, коли дитина пішла в школу, її емоційний розвиток більший, чим раніше, залежить від того досвіду, якого він набуває зовні удома.

Старший шкільний вік

Найважчий період психологічного розвитку, формування волі, свідомості, моральності;
Спостерігається високий рівень підкоркової активності;
Переважає генералізована активація емоційного характеру.

Послідовність дій лікаря при оцінці нервово-психічного розвитку дитини можна представити таким чином:

1. Виявлення вмінь даної дитини з урахуванням головних показників розвитку, характерних для даного вікового періоду, визначення календарного (хронологічного) віку дитини.
2. Визначення показників нервово-психічного розвитку дитини даного віку та психічного віку дитини і коефіцієнту розвитку (QD).
3. Зіставлення виявленого рівня нервово-психічного розвитку дитини з показниками розвитку дітей даного віку.
4. Виявлення відхилень у нервово-психічному розвитку дитини в порівнянні з показниками для дітей даного віку й виведення висновків.

Інтегральною оцінкою рівня нервово-психічного розвитку дитини є коефіцієнт розвитку (QD), який визначають з допомогою

календарного (хронологічного) і психічного віку дитини аналогічно способу визначення коефіцієнта розумового розвитку (**IQ**): = **ВПР** x **100/KB**, де **ВПР** — вік психічного розвитку; **KB** — календарний (хронологічний) вік дитини

Календарний (хронологічний) вік — це реальний вік дитини на момент обстеження, який визначається різницею між датами народження і дослідження. На першому році життя календарний вік визначають у тижнях, а у дітей старших одного року, — в місяцях, причому остача 15 і більше днів вважається за 1 міс.

Шкала оцінки рівня психічного розвитку:

<i>Величина QD</i>	<i>Класифікація</i>
130 і більше	Дуже високий розвиток
120–129	Високий розвиток
111–120	Нормальний високий
90–110	Середній нормальний
80–89	Слабкий нормальний
70–79	Межові випадки
69 і менше	Дебільність

При виявленні затримки нервово-психічного розвитку у дитини першого року життя більш ніж на 2 епікризових строки необхідно виключити педагогічну заваженість або захворювання нервової системи. Таку дитину необхідно ретельно обстежити і встановити диспансерне спостереження.

За рівнем нервово-психічного розвитку виділяють чотири групи дітей, три з яких — це варіанти нормального розвитку, а четверта — розвиток, що межує з нормою.

Перша група — діти з розвитком у межах норми або з випереджувальним розвитком (на 2 епікризових строки — високий розвиток, на 1 епікризовий строк — прискорений розвиток), а також діти з негармонійним випереджувальним розвитком (частина показників вища на 1 епікризовий строк, частина — на 2 епікризових строки).

Друга група — діти з затримкою розвитку на 1 епікризовий строк і діти з нетиповим, негармонійним розвитком (частина показників вища, а частина нижча норми на 1 епікризовий строк).

Третя група — діти з затримкою розвитку на 2 епікризових строки і діти з нетиповим (низькогармонійним) розвитком (частина показників нижча на 1, а частина — на 2 епікризових строки).

Четверта група — діти з затримкою розвитку на 3 епікризових строки.

На підставі порівняння і зіставлення рівня нервово-психічного розвитку даної конкретної дитини з показниками для дітей даної вікової групи роблять висновки відповідно до вказаної класифікації. Тривале використання методу обчислення коефіцієнта (QD) показує, що до групи дітей із «слабким нормальним розвитком» належать діти із слабким розвитком через обмежені можливості, без випадків патологічного відставання, а також діти з нормальними можливостями розвитку, але які внаслідок недостатнього виховання та інтенсивних і цілеспрямованих дій середовища довгий час затримуються на нижчому ступені розвитку. Такі діти, потрапивши у сприятливі умови життя і виховання, швидко розвиваються і переходять до середньої норми і навіть високої. На цьому ступені часто тимчасово знижується розвиток дітей, які хворіють на хронічні захворювання, і після одужання їх психічний розвиток знову відновлюється,

Особливої уваги потребують діти, які належать до групи з межевими значеннями коефіцієнта Низькі значення (QD) обумовлені легким ураженням нервової системи і тому необхідні такі спеціальні реабілітаційні заходи, які дали б можливість уникнути ризику значної затримки психічного розвитку дітей цієї групи.

Слід відзначити, що діти з високим і дуже високим нервово— психічним розвитком характеризуються значною інтенсивністю розвитку окремих або всіх сторін психіки і можуть представляти труднощі при вихованні внаслідок дуже великої психічної активності.

Для оцінки інтелектуального розвитку використовується «Інтелектуальна шкала Векслера для дітей». Вона складається з 12 субтестів, кожний з яких вимірює певну розумову здібність або комплекс здібностей. Субтести розподіляються на дві групи: вербальні, побудовані виключно на словесному матеріалі («Загальна обізнаність», «Загальна тямущість», арифметичний субтест, «Словник», знаходження схожості, відтворення цифрових рядів) і невербальні, наочно-маніпулятивні (завершення картинок, встановлення послідовності картинок, складання орнаментів із кубиків, складання фігур,

«Кодування», «Лабіринт»). По кожній групі субтестів вираховується окремий коефіцієнт інтелектуальності (вербальний і невербальний КІ), а на їх основі — повний КІ.

Психодіагностичне обстеження дитини як особистості включає в себе такі методи, як спостереження, розмова, використання психометричних методик (тести Г.Айзенка, Р.Кеттела, вибору кольорів Люшера та ін.).

Для визначення швидкості та точності переробки зорової інформації у учнів всіх вікових категорій використовується перевірка швидкості читання та коректурна проба. Швидкість читання визначається традиційно кількістю прочитаних мовчки слів за хвилину. Для її перевірки беруться групи з 8–10 учнів, щоб можна було їх бачити і контролювати початок та кінець виконання завдання. Тексти були підбираються відповідно віку і віддруковуються на окремих листах.

Коректурна проба використовується як методика оцінки темпу психомоторної діяльності, працездатності та здібності до виконання монотонної роботи, що потребує постійної концентрації уваги. Дослідження проводиться за допомогою спеціальних бланків з рядами розташованих у випадковому порядку символів, серед яких викреслюються певні їх поєднання. Результати проби оцінюються по кількості правильно та неправильно закреслених знаків (або по кількості пропущених знаків). Це бланковий тест швидкості, який виконується за певний інтервал часу. Методика Бурдона пропонує інструкцію — уважно продивлятися рядки слів і підкреслювати в них певне буквосполучення. Проби застосовуються з урахуванням вікових особливостей досліджуваних. Для дітей молодшого шкільного віку (8–9 років) проба включає 50 слів, слова прості, зрозумілі для дітей цього віку. Для кожної наступної вікової категорії досліджуваних школярів — підліткового віку та старшокласників — кількість слів збільшується, слова ускладнюються. Коректурна проба пропонується на початку психометричного обстеження, на 2–3-му уроці, щоб виключити можливу додаткову втому зорового аналізатора.

При цьому визначаються два показники:

- показник точності роботи (А) — характеристика якості виконання завдання. Якщо не допущено жодної помилки або пропуску, цей показник дорівнює 1,0. В іншому випадку $A < 1,0$.

• показник продуктивності роботи (E) — визначає одночасно якість та темп виконання, враховуючи об'єм проробленого матеріалу. Якщо по тексту не спостерігається помилок ($A=1,0$), цей показник виражається цілим числом. При наявності $A < 1,0$ E — число дрібне.

«Тест особистісної зрілості». Для оцінки особистісної зрілості старших школярів можна використовувати тест, запропонований групою київських психологів. Оцінка рівня особистісної зрілості проводиться за чотирма рівнями: дуже високий, високий, задовільний і незадовільний. Рівень визначається алгебраїчною сумою балів, зібраною за всіма 33 питаннями тесту. Крім того, користуючись тими ж рівнями, можна оцінити зрілість людини і за окремими її аспектами, тому що дана методика містить п'ять шкал, які визначають їх. Авторами виділені наступні аспекти: мотивація досягнень, відношення до свого «Я» («Я — концепція»), почуття громадянського обов'язку, життєва установка, здатність до психологічної близькості з іншими людьми.

Таким чином, існує багато специфічних психометричних методик, які дозволяють визначити практично всі риси характеру, особистості, рівень розумових здібностей, а також виявити дітей з певними відхиленнями від норми.

Відставання розвитку мовлення в практиці педіатра

Мовлення — найважливіша складова нервово-психічного розвитку дитини, становлення якої в перші роки життя визначає її якість в усі наступні вікові періоди.

Для формування мовлення визначальним є період від першого року життя до 3–5 років. Саме в цей час відбувається інтенсивний розвиток мозку і його функцій. Виявлення порушень у розвитку мовлення — причина невідкладного звернення до фахівців: лікаря — педіатра, дитячого невролога, ЛОР-лікаря, дитячого психіатра, логопеда, психолога. Це тим більш важливо, що саме у перші роки життя відхилення в розвитку мозкових функцій, у т. ч. мовлення, найкраще піддаються корекції.

Формування мовлення є однією з основних характеристик загального розвитку дитини. Для розвитку мовлення необхідно, щоб головний мозок і особливо кора його великих півкуль досягли певної зрілості, був сформований артикуляційний апарат, збережений слух. Ще одна важлива умова — повноцінне мовне оточення з пер-

ших днів життя дитини. Мовна функція має дві найважливіші складові: сприйняття звуків мови і відтворення звуків, слів, фраз — моворохова функція. Розмежовують імпресивну (процес сприйняття мови на слух, розуміння сенсу, змісту мовного висловлювання) та експресивну мови (процес висловлювання за допомогою мови).

Специфічні розлади розвитку мовлення включають такі порушення, при яких нормальний мовленевий розвиток страждає на ранніх етапах. При цьому порушення проявляються без попереднього періоду нормального розвитку мови. Специфічні розлади розвитку мовлення — найбільш широко поширені порушення нервово-психічного розвитку: частота, з якою вони зустрічаються у дитячій популяції, становить 5–10%.

Алалія (за сучасними міжнародними класифікаціями — дисфазія, або дисфазія розвитку) — системне недорозвинення мови, в основі якого лежить недостатній рівень розвитку мовних центрів кори великих півкуль головного мозку. При цьому в першу чергу у дітей страждає здатність говорити, експресивна мова характеризується значними відхиленнями, тоді як розуміння мови може варіювати, але, за визначенням, розвинене значно краще. У зв'язку з труднощами організації мовних рухів та їх координації самостійна мова довго не розвивається або залишається на рівні окремих звуків і слів. Мова уповільнена, збіднена, словниковий запас обмежений повсякденно-побутовою тематикою.

Повна або часткова втрата мовлення, обумовлена локальними ураженнями мовної зони кори головного мозку, називається афазією. Афазія — розпад вже сформованих мовних функцій, тому такий діагноз ставлять тільки у віці старше 3–4 років.

Дизартрія — розлад звуко-вимовної сторони мови у результаті порушення інервації мовної мускулатури.

Причинами відставання у розвитку мовлення можуть бути патологія перебігу вагітності та пологів, порушення функцій апарату артикуляції, ураження органу слуху, загальне відставання у психічному розвитку дитини, вплив спадковості і несприятливих соціальних факторів (недостатнє спілкування й виховання). Труднощі в освоєнні мови характерні також для дітей з ознаками відставання у фізичному розвитку, які перенесли у ранньому віці важкі захворювання, ослаблені, які отримували неповноцінне харчування.

Для своєчасної та точної діагностики мовних порушень у дітей необхідно враховувати закономірності нормального мовного розвитку. Перші слова діти вимовляють до кінця першого року життя, але тренувати свій мовний апарат вони починають значно раніше, з перших місяців життя, тому вік до одного року називають передмовним (або підготовчим) періодом у розвитку мовлення.

У сучасній літературі після передмовного (підготовчого) періоду виділяють наступні етапи розвитку мовлення:

- 1-й етап (ініціальний) — 10–18 місяців життя;
- 2-й етап (ранній) — 18–30 місяців життя;
- 3-й етап (середній) — 30 місяців — 6 років;
- 4-й етап (пізній) — 6–12 років.

Основні показники та характеристики нормального розвитку мови з першого року до 7 років життя наведені в таблиці.

Таблиця

Показники передмовного та мовного розвитку дітей

<i>Вік</i>	<i>Мовленеві навички</i>
<i>Перший рік життя</i>	
1–3 міс	Формування гуління, поява «комплексу пожвавлення», зорового та слухового зосередження, примітивних емоційних реакцій, «експериментування» з голосними звуками
3–6 міс	Активне гуління (відрізняється від попереднього етапу великою різноманітністю звуків, інтонацій), поява губних звуків з голосними («ба», «па»). Даний період є початковим етапом переходу від гуління до лепету
6–9 міс	Активний лепет, ускладнення та розширення обсягу рухів губ, язика, м'якого піднебіння; вдосконалення функції дихання, подовження довільного видиху. Здатність до регуляції гучності та тембру свого голосу в залежності від емоційного стану. Ситуаційне розуміння зверненої мови.
9–12 міс	Перехід белькотіння на склади, поява здатності розуміти та виконувати прості інструкції: «дай», «на» (здатність сприймати функцію зверненої мови, яка регулює поведінку); перші односкладові слова «ба-ба», «ма-ма»
<i>Другий рік життя</i>	
1 рік	Поява однослівних пропозицій
1 рік 3 міс	Запас слів — до 30
1 рік 6 міс	Запас слів — до 40–50, легко повторює слова, що постійно чує
1,5–2 роки	Поява фраз, двослівних речень
1,5–2 роки	Перший період питань: «Що це?», «Куди?», «Де?»
2 роки	Запас слів — до 200–300

Третій рік життя	
2 роки	Починає використовувати прикметники, займенники і прийменники
2 роки	Поява трьохслівних речень
2 роки 6 міс	Поява багатослівних речень
2 роки 6 міс — 3 роки	Можуть зберігатися труднощі звуковимови (свистячі, шиплячі, сонорні звуки)
3 роки	Запас слів — до 800–1000
Четвертий рік життя	
3 роки	Вживання граматичних форм: зміни іменників за відмінками і числами, дієслів — за родами, часами, числами та особами
3–4 роки	Другий період питань: «чому?», «коли?»
3–4 роки	Фрази стають більш довгими, їх зміст ускладнюється
3–4 роки	Можуть зберігатися недоліки у вимові ряду слів (довгих і малознайомих), нечіткість вимови ряду звуків
4 роки	Діти висловлюються розгорнутими пропозиціями, що включають майже всі частини мови
4 роки	Уміють групувати предмети за класами: одяг, посуд, меблі, тварини та ін.
4 роки	Запас слів — до 2000
П'ятий рік життя	
4–5 років	Висловлювання набувають форми короткого оповідання
4–5 років	Зникають майже всі вікові неправильності вимови
5 років	Уміють скласти розповідь за малюнком з декількох пропозицій, правильно відповідають на питання за сюжетом розповіді
5 років	Запас слів — до 2500
6 років	У промові зростає число простих поширених та складних речень, у фразах використовують всі основні частини мови
6 років	Відсутні недоліки вимови звуків та слів
6 років	Уміють скласти розповідь (переказ) з 40–50 пропозицій з розвитком сюжету, відобразивши у ньому події минулого, теперішнього або майбутнього

В якості скринінгового методу визначення відставання в розвитку мови можна запропонувати батькам ряд спеціальних питань, на які даються відповіді «так» або «ні» (табл. 2, 3). Всі питання розподілені на 2 групи і характеризують формування імпресивної та експресивної мови:

- 1 — сприйняття мови та слуху (надалі — розуміння мови);
- 2 — голосові та експресивні реакції (надалі — мовні експресивні реакції).

Таблиця 2

**Скринінгова оцінка предмовного розвитку дітей
першого року життя**

Вік	Сприйняття мови та слуху	Відповідь	Голосові та експресивні реакції	Відповідь
3 народження до 3 міс	Пожвавлення при гучних звуках	Так Ні	Висловлює задоволення — гукає, лепече	Так Ні
	Посміхається, коли з ним говорять	Так Ні	Плаче з різною інтонацією в залежності від своїх потреб	Так Ні
	Пізнає голос батьків та заспокоюється, якщо плакав	Так Ні	Посміхається, коли бачить батьків	Так Ні
	Смокотання посилюється або слабшає у відповідь на звук	Так Ні		Так Ні
4–6 міс	Переводить погляд у напрямку звуку	Так Ні	Звуки при гульні більше нагадують мовні, збільшується їх кількість	Так Ні
	Реагує на зміни інтонації голосу батьків	Так Ні	Висловлює голосом занепокоєння та незадоволення	Так Ні
	Помічає іграшки, які видають звуки	Так Ні	Коли залишається один або грає з кимось із батьків, виробляє «дзюркотливі» звуки	Так Ні
	Звертає увагу на музику	Так Ні		Так Ні
7 міс — 1 рік	Із задоволенням грає в «Ладушки», «Ку-ку» (хованки)	Так Ні	Лепет у вигляді коротких та більш довгих ланцюжків складів	Так Ні
	Повертається та дивиться у напрямку звуку	Так Ні	Використовує лепет та вокалізацію (не крик), щоб привернути до себе увагу	Так Ні
	Слухає, коли з ним розмовляють	Так Ні	Імітує різні звуки мови	Так Ні
	Впізнає назви знайомих предметів	Так Ні	Вимовляє 1–2 слова (не обов'язково чітко)	Так Ні
	Починає реагувати на прохання	Так Ні		Так Ні

Примітка (тут і в табл. 3, 4). Інтерпретація результатів опитування: усі відповіді «так» — мова дитини розвивається нормально, слух не порушений; 1–2 відповіді «ні» — необхідно звернутися до фахівців (лікаря, логопеда), а також дослідити слухову функцію.

Таблиця 3

Скринінгова оцінка мовного розвитку дітей у віці 2–5 років

Вік	Розуміння мови	Відповідь	Мовні експресивні реакції	Відповідь
1–2 роки	Показує на картинки у книзі, коли їх називають	Так Ні	З кожним місяцем говорить все більше слів	Так Ні
	Показує на кілька частин тіла, коли його попросять	Так Ні	Комбінує по два слова у фрази	Так Ні
	Виконує прості вказівки та розуміє прості питання	Так Ні	Задає кілька питань з двох слів	Так Ні
	Слухає прості розповіді, вірші та пісні	Так Ні	Вимовляє різні приголосні звуки на початку слів	Так Ні
2–3 роки	Розуміє відмінності в розумінні слів: «йди-стій», «в-на», «великий-маленький», «верх-низ»	Так Ні	Майже все може позначити словами	Так Ні
	Виконує дві послідовні вказівки («Візьми книгу та поклади її на стіл»)	Так Ні	Користується фразами з 2–3 слів, коли про щось розповідає або просить	Так Ні
		Так Ні	Мова дитини в основному зрозуміла його близьким	Так Ні
		Так Ні	Називає предмети, коли питає про них або звертає на них увагу	Так Ні
3–4 роки	Чує батьків, коли його звуть з іншої кімнати	Так Ні	Розповідає про те, що робив, чим займався в саду або в гостях у друзів	Так Ні
	Чує телевізор або радіо при тій же гучності, що й інші члени сім'ї	Так Ні	Зазвичай говорить легко, без повторів складів або слів	Так Ні
	Розуміє прості питання: «хто?», «що?», «де?»	Так Ні	Сторонні люди зазвичай розуміють мову дитини Вимовляє багато пропозицій з 4 та більше слів	Так Ні
4–5 роки	Уважно слухає коротку розповідь та відповідає на прості запитання щодо її змісту	Так Ні	Чітко вимовляє більшість звуків мови	Так Ні

	Слухає та розуміє більшу частину з того, що говорять вдома та у дитячому садку	Так Ні	У мовленні є речення з описом багатьох деталей	Так Ні
		Так Ні	Розповідає історії з певних тем	Так Ні
		Так Ні	Легко розмовляє з дітьми та дорослими	Так Ні
		Так Ні	Пов'язує слова за правилами, як дорослий	Так Ні

Чим раніше виявляються негаразди у розвитку мовлення дитини, і з ним починають працювати фахівці, тим краще будуть результати, оскільки резервні можливості мозку дитини найбільш високі у перші роки життя. Інакше процес оволодіння мовою не просто затримається у часі, але матиме спотворений характер, що призведе до несприятливих наслідків у формуванні адаптивної поведінки, соціально-емоційної сфери, пізнавальних здібностей, а також труднощів у шкільному навчанні. Для подолання мовних порушень дітям показана комплексна терапія. Разом з проведенням логопедичної і психолого-педагогічної корекції рекомендується призначати повторні курси препаратів ноотропного ряду.

Розділ 4

ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Пріоритетним напрямком сучасної педіатрії в області харчування дітей першого року життя в усьому світі є пропаганда, заохочення і підтримка грудного вигодовування та його принципів. Доведено, що грудне вигодовування не тільки адекватно забезпечує дитину необхідними харчовими речовинами, але й є основною умовою формування її здоров'я, попереджає розвиток соматичних, інфекційних захворювань, а також має виражений вплив на подальший розвиток важливих соціальних функцій, пов'язаних з інтелектуальним потенціалом, фізичною працездатністю, відтворенням.

Жіноче молоко розглядається як «золотий стандарт» оптимального харчування, створений самою природою для дитини грудного віку та містить всі необхідні поживні речовини в правильному співвідношенні та легкозасвоюваній формі. Навіть найсучасніші адаптовані суміші можуть за своїм складом лише наближатися до грудного молока. Унікальність материнського молока полягає в наявності великого комплексу біологічно активних компонентів, які дуже складно або неможливо ввести до складу адаптованих сумішей, що використовуються при штучному вигодовуванні. Перш за все це — гормони і ферменти, а також захисні та ростові фактори, які забезпечують гармонійний розвиток дитини і сприяють адекватному становленню імунної відповіді.

Білок жіночого молока складається приблизно на 80% з сироваткових білків і на 20% з казеїну. Амінокислоти, що входять до складу білків грудного молока, є будівельним матеріалом для органів і тканин, необхідних для синтезу гормонів, ферментів та інших біологічно активних структур білкової природи. Важливою особливістю амінокислотного складу грудного молока є висока концентрація в ньому таурину, який стимулює ріст і диференціювання сітківки ока, нервової тканини, наднирників, епіфіза та гіпофіза. Жири жіночого молока представлені в основному тригліцеридами — основним джерелом енергії для дітей перших місяців життя. Крім них, до складу

молока входять: холестерол, фосфоліпіди, вільні жирні кислоти. Відмінними рисами жирів грудного молока є висока ступінь дисперсності, великий вміст поліненасичених жирних кислот (лінолевої і α -лінолевої) при відносно низькому рівні насичених жирних кислот. У жіночому молоці присутні арахідонова, ейкозапентаснова і докозагексаєнова довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти, що позитивно впливають на зріст і розвиток дитини, формування когнітивних функцій. Довголанцюгові поліненасичені жирні кислоти — структурні компоненти клітинних мембран, визначають їх пластичність, активують мембранозалежні процеси, беруть участь у формуванні фосфоліпідів головного мозку, фоторецепторів сітківки, грають важливу роль в становленні імунних реакцій, активізують хемотаксис нейтрофілів, тромбоцитів, синтез тромбоксанів, лейкотриєнів, простагландинів. На процес абсорбції жирів жіночого молока впливають ліпаза, яка міститься в самому молоці, а також ліпаза слини дитини і ліпаза, яка екскретується підшлунковою залозою.

Вуглеводи жіночого молока, так само як і жири, є джерелом енергії. Вони представлені в основному лактозою, на частку якої припадає близько 85% загальної кількості вуглеводів, решту становлять олігосахариди. У тонкій кишці дисахарид лактоза гідролізується на галактозу і глюкозу, які всмоктуються в тонкій кишці. Нерозщеплені частини лактози надходять в товсту кишку, де ферментуються під впливом мікроорганізмів до молочної кислоти, що створює кислу реакцію і перешкоджає росту патогенних мікроорганізмів. Лактоза позитивно впливає на процеси всмоктування мінеральних речовин: кальцію, цинку, заліза, магнію, міді та ін. Олігосахариди грають важливу роль в підтримці нормальної мікрофлори кишковика дитини. Не піддаючись розщепленню у верхніх відділах травного тракту, вони доходять в незмінному вигляді до товстої кишки, де є живильним субстратом для росту власних біфідобактерій і лактобацил.

Мінеральних речовин: кальцію і фосфору в грудному молоці небагато, але вони знаходяться в легкозасвоюваній формі. Їх співвідношення 2:1 є оптимальним для забезпечення нормального росту і розвитку кісткової тканини дитини. Низький вміст заліза в грудному молоці (0,5–1 мг/л) компенсується його високою біодоступністю.

Унікальність материнського молока також визначається наявністю різноманітних біологічно активних речовин. До них відносяться

ферменти (ліпаза, α -амілаза, трипсин та ін.); гормони (окситоцин, пролактин, тиреоидин), фактори імунологічного захисту (IgA, IgG, IgM, IgE, лактоферин, лізоцим, макрофаги), ростові фактори (епідермальний, інсуліноподібний, фактор росту нервів). Жіноче молоко містить значну кількість клітинних елементів: макрофагів, епітеліальних клітин, лімфоцитів і їх субпопуляцій, нейтрофілів, макрофагів, лізоцим, секреторний IgA та інші захисні чинники, різні штами біфідобактерій і лактобацил, а також антитіла до деяких збудників інфекцій, які перенесла мати, що сприяє формуванню адекватної імунної відповіді, зниження частоти інфекційних захворювань.

Діти, що знаходяться на грудному вигодовуванні, більш врівноважені, спокійні, прив'язані до батьків, привітні та доброзичливі.

Види вигодовування (ВООЗ, 1989 рік)

«Природне» або «грудне» вигодовування — годування дитини жіночим молоком за допомогою прикладання до грудей його біологічної матері.

Як форми природного вигодовування позначають:

- вигодовування годувальницею;
- вигодовування зцідjenим нативним материнським молоком з чашки, пляшки, піпетки, зонда;
- вигодовування обробленим термічно материнським або донорським молоком.

«Виключно грудне вигодовування» — харчування, при якому дитина не отримує нічого, крім грудного молока.

«Переважно грудне вигодовування» — груди матері та додатково до неї соки або продукти густого прикорму до 30 мл на добу з ложечки, або нерегулярне використання молочних сумішей (догодовування) до 100 мл на добу з ложечки або з чашки.

«Доповнене» або «часткове» грудне вигодовування — груди матері та регулярні догодовування сумішами (більше 100 мл на добу) або введення прикорму більше 30 мл/доб. Відповідає змішаному вигодовуванню або грудному з прикормом.

За ступенем доповнення

«Помірно доповнене» — суміш або прикорм до 300 мл / добу;

«Значно доповнене» — до 600 мл;

«Максимально доповнене» — понад 600 мл.

«Символічне грудне вигодовування» — це прикладання до грудей, як форма психологічного захисту і підтримки дитини поза завдань його харчового забезпечення.

«Штучне вигодовування» — харчування з пляшечки сумішами — замінниками жіночого молока навіть при наявності одноразового прикладання до грудей або сумарного обсягу материнського молока до 50–100 мл незалежно від наявності або відсутності прикорму.

«Вигодовування з пляшечки» — визначає тільки техніку вигодовування з пляшечки через соску зцідженим жіночим молоком або молочною сумішшю.

Основними принципами організації харчування є:

- принцип адекватності харчування згідно фізіологічних потреб;
- принцип збалансованості багатокomпонентного харчування;
- принцип попереднього забезпечення нутрієнтами.

Переваги грудного вигодовування

ДИТИНА	МАТИ
<ul style="list-style-type: none"> •Знижуються частота і тривалість диспептичних станів •Забезпечується захист від респіраторних інфекцій •Знижується частота випадків і рецидивів отиту •Можливий захист від некротизуючого ентероколіту новонароджених, бактеріємії, менінгіту, ботулізму, інфекцій сечовивідних шляхів •Можливе зниження ризику аутоімунних хвороб і запальних захворювань травного тракту •Можливе зниження ризику синдрому раптової смерті •Знижується ризик розвитку алергії до білків коров'ячого молока •Можливе зниження ризику ожиріння, метаболічного синдрому і серцево-судинної патології в старшому віці •Поліпшується гострота зору і психомоторний розвиток •Підвищуються показники розумового розвитку •Рідше розвиваються аномалії прикусу 	<ul style="list-style-type: none"> •Ранній початок грудного вигодовування (відразу після народження дитини), прискорює інволюцію матки, зменшує ризик маткової кровотечі, тим самим знижуючи материнську смертність і частоту розвитку залізодефіцитних станів •Збільшується інтервал між можливими вагітностями •Швидше відновлюється маса тіла, що була до вагітності •Зменшується ризик розвитку раку грудей і яєчників в передклімактеричному віці •Можливе поліпшення мінералізації кісток і за рахунок цього зменшення ризику переломів шийки стегна в постклімактеричному періоді

Поняття про перше годування

Перше прикладання до грудей проводиться протягом 30–60 хв. після народження. Це є умовою становлення лактації матері та отримання дитиною протиінфекційних агентів, якими багаті перші порції молока.

В пологовому будинку та вдома потрібно пояснювати і спонукати матір дотримуватись вільного режиму годування «за бажанням дитини». Дотримання такого режиму, а також годування в нічний час є запорукою циклічності спорожніння молочних залоз та стимуляції вироблення гормону пролактину, який в свою чергу є предиктором становлення адекватної лактації.

Під час начального періоду лактації частота прикладень до грудей може становити 8–12 разів за добу. Але в кінці періоду новонародженості, у дитини встановлюється власний режим годування — близько 6–7 разів, тобто через 3–3,5 години. Тривалість годувань у кожної дитини індивідуальна, але в середньому 15–30 хвилин.

Техніка годування

- голівка та тіло дитини повинні знаходитись в одній площині;
- тулуб малюка має бути притиснутий до матері обличчям до грудей, обличчям напроти соска;
- одною рукою мати повинна підтримувати тіло дитини знизу, а пальцями іншої підтримувати грудь внизу, так щоб вказівний палець знаходився знизу, а великий палець — згори;
- на початку годування мати доторкується до губ маляти і чекає, коли дитина широко відкриє рот, наступною дією є швидке наближення маляти до грудей, далі потрібно направити нижню губу маляти нижче соска, і прослідкувати, щоб дитина захопила ареолу в нижній частині, її нижня губа має бути вивернута назовні, дитина повинна тримати грудь;
- при правильному прикладанні — дитина робить повільні, глибокі смоктальні рухи, чутно як дитина ковтає.

При дотриманні цих правил до закінчення годування у дитини виникає почуття насичення, а мати не відчуває болю в області сосків. Дитину протягом дня слід прикладати то до правої, то до лівої груді. Йому в рівній мірі потрібна як передне (містить більше лактози), так і задне (вище концентрація жиру) молоко. Давати за одне годування

двоє грудей доцільно лише при недостатньому виробленні молока. Якщо дитина наситилася, вона сам припиняє смоктати і відпускає груди. Саме тому немає необхідності переривати годування через певний проміжок часу і відбирати у дитини груди. Вона повинна сама вирішити, скільки їй смоктати і коли припинити годування. При необхідності молоко, що залишилося після годування, можна зцідити. Здорова дитина при грудному вигодовуванні сама регулює необхідну їй кількість молока. При правильному годуванні у здорової дитини первісна маса тіла, як правило, відновлюється до 5–6-ї доби життя, але не пізніше 10-го дня.

Ознаки, що свідчать про достатнє отримання новонародженою дитиною грудного молока

- Активне смоктання;
- середньодобове збільшення маси тіла на 20–30 г;
- сечовипускання 6-ть і більше разів на добу, сеча світла;
- стілець 2–5 разів за добу;
- між годуваннями дитина виглядає задоволеною;
- шкірні покриви нормального кольору, еластичні.

Зціджування і зберігання молока

Регулярне зціджування дозволяє вирішити проблеми грудного вигодовування, пов'язані як з нестачею, так і з надлишком молока а також дає можливість не переривати вигодовування грудним молоком навіть під час відсутності матері. Зціджувати молоко з кожної з грудей слід по 10–15 хв. 6–8 разів на добу (в тому числі в нічний час) або так часто, як дозволяють обставини. Зціджування може бути як ручним, так і за допомогою молоковідсмоктувача (ручного або електричного). Для зберігання зцідженого або замороженого молока існують спеціальні багаторазові контейнери або одноразові пакети (наприклад, Philips AVENT). Безпечним (без значного підвищення в ньому кількості мікробних клітин) вважається зберігання зцідженого молока при кімнатній температурі (23–25°C) протягом 3–4 год., в холодильнику (при 4–10°C) — до 24 год. Заморожувати свіжезціджене молоко краще невеликими порціями (100–150 мл). Важливо пам'ятати, що при заморожуванні обсяг молока трохи збільшується, тому ємність для його зберігання не заповнюють до самого верху, а

залишають приблизно 2–2,5 см. Можна використовувати метод шарового заморожування, тобто додавати зціджене молоко до вже замороженого. При цьому зціджене молоко перед додаванням необхідно охолодити в холодильнику. Кількість молока, що додається повинно бути менше обсягу вже замороженого. Зберігання замороженого молока в морозильній камері при -16 – -18°C можливо протягом 3 місяців, а при температурі нижче -19°C — до 6 місяців. На контейнері обов'язково вказують дату заморозки.

Розморожене молоко не підлягає повторному заморожуванню і має бути використано протягом 24 год. В процесі зберігання в холодильнику або при заморожуванні можливо поділ молока на фракції, що не є ознакою його недоброякісності. Таке молоко перед вживанням слід збовтати для рівномірного розподілу жиру.

Лактаційна криза та гіпогалактія

Переважаюча більшість матерів здатні виробляти необхідну для годування дитини кількість молока при належному настрої і дотриманні правильної техніки годування грудьми. Однак можливе виникнення лактаційних кризів, гіпогалакції.

Лактаційний криз — це не тривале, безпричинне зменшення об'єму молока. Основа лактаційних кризів — це зсуви у гормональному балансі жінки, які пов'язані з самою лактацією, руховим режимом жінки та зростанням немовляти. Час виникнення — на 3–6 тижні, 3, 7, 11, 12 місяці. Тривалість 3–4 дні. Лактаційна криза носить зворотній характер. Можливе виникнення таких криз декілька разів.

Гіпогалактією вважають зниження секреторної можливості молочних залоз під час лактації. Гіпогалактія є основною причиною відмови від грудного вигодовування та переходу на вигодовування сумішами. Тому, вкрай важливим є правильна оцінка лактації та її збереження. Важливо, що гіпогалактія може з'явитись в будь-який час (на етапі пологового будинку, перші дні та надалі) або співпасти з часом лактаційного або голодного кризу.

Класифікація гіпогалакції:

1. За причинами виникнення — первинна (або нейроендокринна) та вторинна (або набута) гіпогалактія.
2. За терміном розвитку — рання (виникає в перші 10 діб після пологів) та пізня (розвивається пізніше ніж 10 діб після пологів).

3. За ступенем недостатності грудного молока по відношенню до добової потреби виділяють 4 ступені гіпогалакції.

I ступінь — добовий дефіцит грудного молока складає до 25%

II ступінь — добовий дефіцит грудного молока складає до 50%

III ступінь — добовий дефіцит грудного молока складає до 75%

IV ступінь — добовий дефіцит грудного молока складає більше 75%

Достовірні ознаки недостатності грудного молока в дітей до 6 місяців

<ul style="list-style-type: none">• Прибавка маси тіла• Виділення незначної кількості концентрованої сечі	<ul style="list-style-type: none">• Менше 500 г за 1 місяць• Рідке сечовиділення (менше ніж 6 разів на добу)• Сеча інтенсивно жовтого кольору, з різким запахом
--	---

Вірогідні ознаки недостатності грудного молока

<ul style="list-style-type: none">• Дитя невдоволене після годування груддю• Частий плач• Часті годування• Тривалі годування грудьми• Відмова дитини від грудей• Порушення стільця у дитини• Відсутнє молоко при зціджуванні• Відсутнє прибування молока після пологів (за суб'єктивним відчуттям матері)
--

Причини недостатності молока

I. Порушення техніки вигодовування

- Невірне (порушення техніки) вигодовування
- Відсутність годування дитини вночі
- Значні інтервали між годуваннями
- Пізно розпочате грудне вигодовування
- Використання імітаторів грудей
- Ранній початок прикорму

II. З боку матері

- Моральна та фізична втома
- Наявність стресових факторів
- Негативізм по відношенню до грудного вигодовування та дитини

- Патологія матері (екстрагенітальна)
- Використання контрацептивів, діуретиків
- Інша вагітність
- Деструктивна (аддиктивна) поведінка матері

III. З боку дитини:

- Захворювання (серцево-судинної та інших систем)
- Аномалії розвитку (вовча паща, заяча губа)

Тактика при лактаційних кризах

- Проконсультуйте матір про можливість виникнення лактаційних кризів з самого початку
 - Перевірте правильність виконання техніки годування та поясніть матері, що доцільно підвищити частоту годувань до 10–12 разів та відновити нічне годування
 - Наголосіть на достатньому відпочинку матері та бажаній сторонній допомозі

Стратегія корекції гіпогалактії

- Необхідний відпочинок матері тривалістю 48 годин та більше.
- Збільшення кратності годувань до 10–12 на добу, включаючи нічне годування.
 - Обидві груді повинні даватись під час кожного годування.
 - Потрібно зціджувати молоко після кожного годування.
 - Уникати стресових факторів та практикувати індивідуальні методики релаксації
 - Можливе використання спеціальних лактогінних соків та напоїв.

Чинники, що впливають на відновлення лактації

- Власне бажання матері та підтримка сім'ї
- Час, який пройшов від початку згасання лактації та ступінь ретельності виконання рекомендацій та порад лікаря
 - Малий вік дитини

Соки, настої та напої для збільшення лактації, які можна приготувати вдома

Наній з меліси, кропиви, душиці.

Трави змішують у рівному співвідношенні. Одну столову ложку суміші заливають 2 склянками окропу і настоюють у термосі 2 години. П'ють по 1/2 склянки 2–3 рази на добу.

Настій з насіння кропу

Одну столову ложку насіння кропу заливають склянкою окропу та настоюють у термосі 2 години. Проціджують, п'ють по 1–2 столові ложки 3–6 разів на добу.

Напій з тміну

Для приготування 0,5 л напою беруть 10 г насіння тміну, 50 г цукру, сік 1 лимону середньої величини. Тмін заливають водою, варять на малому вогні 5–10 хвилин, проціджують, додають цукор та лимонний сік. П'ють по 1/2 склянки 2–3 рази на добу.

Горіхове молоко

Ефективний засіб для збільшення секреції та покращення якості молока. Очищені горіхи подрібнюють з цукром до тістоподібної консистенції, масу кладуть у кип'яче молоко, розмішують та настоюють протягом 2-х годин. Для приготування однієї порції напою необхідно 0,5 л молока, 100 г очищених горіхів, 25 г цукру. Приймають по 1/3 склянки за 20 хвилин до кожного годування грудьми.

Сік морквяний

Свіжоприготовлений сік п'ють по півсклянки 2–3 рази на добу. Для покращення смакових якостей у морквяний сік можна додавати молоко, мед, фруктово-ягідні соки (1–2 столові ложки на 1 склянку соку).

Молочний коктейль з морквяним соком

125 мл молока (просто кваші чи йогурту), 60 мл морквяного соку, 10 мл лимонного соку та 15 г цукру. Збивають міксером безпосередньо перед споживанням і п'ють по 1 склянці 2–3 рази на добу. Увечері в коктейль можна додати замість лимонного соку 1–2 чайні ложки меду (для зняття нервової напруги та хорошого сну).

Досі серед матерів існує стереотип, що збільшення вживання рідин покращує лактацію. Слід відмітити, що збільшення водного компоненту молока, не несе за собою збагачення нутривними складовими, а є лише додатковим навантаженням на організм матері та пригнічує лактацію.

Оцінка грудного вигодовування

Згідно Наказу № 149 від 20.03.2008 «Про затвердження клінічного протоколу медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років» Оцінка якості грудного вигодовування проводиться під час кожного обов'язкового медичного огляду дитини. Оцінці підлягає

правильність техніки прикладання дитини до грудей, щомісячна прибавка в масі, фізичний та нервово-психічний розвиток дитини.

Штучне вигодовування

Введення догодовування або переведення дитини на повне штучне вигодовування повинні бути строго обгрунтованими і можуть здійснюватися тільки в тому випадку, коли весь арсенал засобів, спрямованих на профілактику гіпогалакції і стимуляцію лактації, виявляється неефективними. У таких випадках в харчуванні дітей важливо використовувати адаптовані молочні суміші, створені з урахуванням сучасних вимог до їх складу. Перехід дитини на штучне вигодовування, особливо в перші місяці життя, є для нього своєрідним «метаболічним стресом». Жодна, навіть найсучасніша штучна суміш, не може бути повноцінною заміною материнського молока. У зв'язку з цим, максимальну увагу лікарів і середнього медичного персоналу необхідно приділяти правильному вибору «замінників» жіночого молока з урахуванням індивідуальних особливостей здоров'я, фізичного розвитку і апетиту.

Склад сумішей

Білковий компонент таких продуктів представлений сумішшю легкозасвоюваних сироваткових білків, з повним набором замісних і незамінних амінокислот. Однак, їх кількість і співвідношення не відповідають параметрам материнського молока. Співвідношення сироваткових білків і казеїну в дитячих молочних сумішах останнього покоління становить 60:40 чи 50:50, причому найбільш оптимальним є співвідношення 70:30. Всі адаптовані молочні суміші збагачені таурином, до складу деяких додатково введені окремі амінокислоти і альфа-лактальбумин. Багато штучних сумішей містить у своєму складі нуклеотиди.

Жировий компонент жіночого молока цінний наявністю в ньому незамінних ПНЖК, надзвичайно важливих для правильного росту і розвитку дитини, формування центральної нервової системи, адекватної імунної відповіді. Склад жирового компонента «початкових» сумішей наближений до рівня ліпідів жіночого молока. З цією метою в них вводяться рослинні масла, багаті поліненасиченими жирними кислотами. Співвідношення лінолевої і альфа-ліноленової жирних кислот у сумішах останнього покоління наближається до такого в жіночому молоці, складаючи 10:1. Сучасною тенденцією є збагачення

сумішей середньоланцюговими тригліцеридами і довголанцюговими поліненасиченими жирними кислотами (арахідонової і докозагексаєнової), які є попередниками ейкозаноїдів необхідних для мієлінізації нервових волокон, диференціювання клітин сітківки ока, а також вони беруть участь у формуванні та стабілізації клітинних мембран.

В якості вуглеводного компонента використовується, в основному, лактоза або її комбінація з мальтодекстрином (до 25%), що володіє біфідогенною дією і знижує осмолярність продукта. Ряд продуктів містить галакто- і фруктоолігосахариди, що володіють пребіотичними властивостями і сприяють виборчому росту в кишковику ендогенної флори, переважно біфідобактерій.

Класифікація адаптованих сумішей для змішаного та штучного вигодовування

Високоадаптовані (сироваткові формули): NAN 1, Детолакт-плюс, Нутрілон 1, Фрісолак 1, Хумана 1, ХІПП-пре, Хумана-PRE, ХІПП 1, ХІПП 1-плюс, Нестожен 1.

Містять білок в середньому 1,5 г/100 мл. Співвідношення сироваткових білків до казеїну: 60:40. Вміщують есенціальні жирні кислоти, та такі субстанції, як холін, карнітин, таурин. Вміст мікроелементів та вітамінів збалансований.

З меншою адаптацією на основі казеїна: Малютка, Нутрілон 2, NAN 2, NAN 3, NAN 4, Нестожен 2, Нестожен 3, Нестожен 4, Нутрілон 3, Фрісолак 2, Малютка 1, ХІПП 2, ХІПП 3, ХІПП 4.

Відрізняються від попередньої групи лише співвідношенням сироваткових білків до казеїну і складають 50:50 або 20:80.

З частковою адаптацією: Малютка, Малюк.

Вміст білку досягає 2 г/100 мл. Містять сахарозу (як замітник лактози). Наявні поліненасичені жирні кислоти, але відсутні БАД.

Лікувальні суміші

Вигодовування недоношених, попередження та лікування гіпотрофії, з затримкою прибавки ваги: Фрісопре, Нутрілон PRE, ХІПП-PRE, Нутрілак ПРЕ, PRE-Детолакт, Pre-NAN.

Суміші для дітей з лактазною недостатністю та дітей з діарейним синдромом: NAN комфорт, NAN безлактозний, Нутрілак

НЛ, Детолакт низьколактозний, Нутрілон безлактозний, Хумана НН, Нутрілак БЛ.

Суміші для дітей з непереносимістю коров'ячого молока, галактоземією: Нутрілак-соє, NAN-соє, Фрісосой, Хумана SL, Детолакт-соє.

Суміші для корекції зригування: Хумана AR, Детолакт-антирефлюкс, Фрісовом-2, Нутрілон Антирефлюкс, Фрісовом-1, Нутрілак Атирефлюкс.

Суміші для корекції закрепу та колік: NAN-кисломолочний, Фрісовом-2, NAN Комфорт, Нутрілак-біфідум, Нутрілак-Кисломолочний, Нутрілон Комфорт 1, 2, Фрісовом-1, ХІПП плюс 1, 2, 3.

Суміші для дітей з алергією на білок коров'ячого молока (на основі гідролізату): Фрісопеп, Хумана НА-1, 2, 3, NAN гіпоалергенний 1, 2; Нутрілак ГА, ХІПП гіпоалергенний 1, 2, Нутрілон гіпоалергенний 1, 2.

Суміші для дітей з тяжкою алергією, глибоко недоношених, муквісцидозом, оперованих (повний гідроліз білку): Сімілак-Ізоміл, Алфаре, Фрісопеп АС, Нутрілак пептиді СЛТ.

Суміші для комфортного сну: Хумана «Солодких снів», Нутрілон Добраніч 2, ХІПП Солодких снів, Нестожен Щасливих снів.

Суміші для дітей з анемією: NAN збагачений залізом, Сімілак з залізом.

Суміші для дітей з фенілкетонуриєю вільні від фенілаланіну: Берлофен, Феніл-Фрі, Тетрафен, Лофеналак, Фенілак.

Розрахунок об'єму суміші, кратності годувань виконується відповідно маси тіла та віку, наступним чином

Пріоритетним в розрахунку належної маси тіла є її визначення за допомогою формул помісячної прибавки.

Таблиця 1

Помісячна прибавка маси дитини до 1 року

Вік, міс.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Прибавка, г	600	800	800	750	700	650	600	550	500	450	400	350

Розрахунок добового об'єму харчування дитини до 1 року: Об'ємний спосіб

Таблиця 2

Об'єм годування відповідно віку та маси тіла дитини

Вік	Об'єм(V) від маси тіла
від 2 до 6 тиж.	1/5
від 6 тиж. до 4 міс.	1/6
від 4 міс. до 6 міс.	1/7
від 6 міс. до 9 міс.	1/8

Добовий об'єм не повинен перевищувати 1 літр, при перевищенні, об'єм округляється до 1літру.

Калорійний метод

Таблиця 3

Потреба в енергії в залежності від віку дитини

Вік (квартал життя)	Потреба в енергії(Ккал/кг)
1	120
2	115
3	110
4	100

Обчислення об'єму молока проводиться за пропорцією
1 л жіночого молока — 700 ккал.

X л жіночого молока — Y ккал.

Таблиця 4

Кратність годувань відповідно віку

Вік	Кратність годувань
Новонароджений	8–12 разів
3 2 тиж. до 2 міс.	7 разів
3 2 міс. до 5 міс.	6 разів
3 5 міс. до 1,5 років	5 разів
після 1,5 років	4 рази

Таблиця 5

Приблизний проміжок між годуваннями

Кратність годувань	Проміжок(години)
При 10–12 годуваннях	близько 2х годин
7–8	3
6	3,5
5-ти	близько 4-х годин

Розрахунок добової потреби дитини у харчових інгредієнтах

Таблиця 6

Потреба в білках у дитини на грудному вигодовуванні та вигодовуванні високоадаптованими молочними сумішами

<i>Вік</i>	<i>Потреба в білку(г/кг маси тіла на добу)</i>
I півріччя життя	2–2,5
II півріччя життя	2,5–3

Таблиця 7

Потреба в білку у дитини, що знаходиться на штучному вигодовуванні менш адаптованими або частково адаптованими сумішами

<i>Вік</i>	<i>Потреба в білку(г/кг маси тіла на добу)</i>
I півріччя життя	2–3
II півріччя життя	3–3,5

Таблиця 8

Потреба в білку при штучному вигодовуванні неадаптованими сумішами

<i>Вік</i>	<i>Потреба в білку(г/кг маси тіла на добу)</i>
I півріччя життя	3,0–3,5
II півріччя життя	3,5–4,0

Таблиця 9

Потреба в жирах в залежності від віку дитини та незалежно від виду вигодовування

<i>Вік</i>	<i>Потреба в жирах(г/кг/добу)</i>
I півріччя життя	6–6,5
II півріччя життя	5–6

Потреба у вуглеводах не залежить від віку дитини й вигодовування та становить 12–14 г/кг протягом першого року життя.

Введення прикорму

Під прикормом розуміють страви, за виключенням грудного молока, які отримує дитина на першому році життя.

Ознаки готовності дитини до введення прикорму

- Вік дитини близько шести місяців

- Зміна поведінки дитини у зв'язку з недостатнім насиченням під час грудного вигодовування
- Під час пропозиції їжі в ложці, дитина не виштовхує її, а навпаки з'являються жувальні рухи
- З'являється цікавість до їжі дорослих
- Наявні перші зуби або вони в процесі прорізування

Техніка введення прикорму

- Грудне вигодовування зберігається, а страва прикорму дається перед годуванням груддю.
- Поза дитини під час годування — вертикальна, зручна з використанням стільчика чи сидячи на колінах.
- Повинна використовуватись лише свіжа їжа, гомогенної консистенції та остуджена до температури тіла.
- Прикорм дається виключно за допомогою ложки, розміщеної на середині язика.
- Прикорм вводиться в малих об'ємах (чайної ложки) з поступовим збільшенням на 5–10 г протягом тижня.
- Новий продукт прикорму вводиться тільки при адаптації та досягненні повної порції попереднього.
- Годування не повинно бути примусовим.

Правила безпеки годування

- Обов'язкове миття рук перед їжею
- Обов'язкова термічна обробка усіх інгредієнтів та кухонних засобів (посуду)
- Виключення перебування дитини наодинці під час прийому їжі
- Виключення використання гострих предметів та вживання в їжу дрібних предметів (горіхи, льодяники)

Продукти та страви прикорму

Страви прикорму — це овочеве пюре, каші, кисломолочні продукти, тобто ті продукти, які повністю замінюють одне годування грудним молоком або сумішшю.

Продукти прикорму — соки, фруктові пюре, яєчний жовток, сир, м'ясне пюре, тобто продукти доповнюють грудне молоко або його замінники.

Орієнтовна схема введення продуктів та страв прикорму при грудному вигодовуванні дітей першого року життя згідно Наказу МОЗ України № 149.

Продукти і страви прикорму	Термін	Об'єм залежно від віку дитини				
		6 міс.	7 міс.	8 міс.	9 міс.	10–12 міс.
Сік (фруктовий, ягідний, овочевий), мл	6	30–50	50–70	70–80	80–90	100–120
Фруктове пюре, мл	6	30–50	50–70	50–70	80	90–100
Овочеве пюре, г	6	50–100	150	170	180	200
Молочно-круп'яна каша, г	6–7	50–100	100–150	150	180	200
Молочно-злакова каша, г	7–8					
Кисло-молочні продукти, мл	8–9	—	—	50–100	100–150	150–200
Сир, г	6,5–7,5	5–25	10–30	30	30	50
Яєчний жовток, шт.	7,0–7,5	—	1/– 1/4	1/4–1/2	½	1/2–1
М'ясне пюре, г	6,5–7,0	5–30	30	50	50	50–60
Рибне пюре, г	8–10	—	—	10–20	30–50	50–60
Олія, г	6	1/2 ч.л.	1/2 ч.л.	1ч.л.	1ч.л.	1ч.л.
Вершкове масло, г	6–7	1/2 ч.л.	1/2 ч.л.	1ч.л.	1 ч.л.	1ч.л.
Хліб пшеничний, г	8–9	—	—	5	5	10

Етапність введення прикорму

Перший прикорм — овочеве пюре в віці 6 місяців. Готується у вигляді гомогенного та перетертого пюре. Починати треба з негострих на смак овочів (кабачки, гарбуз, картопля, капуста, патисони), також можна вводити фруктове пюре з яблука, персиків, абрикосів, сливи.

Введення починають з 5 г і протягом тижня збільшують до об'єму 150 г, замінюючи одне грудне вигодовування. Бажано використовувати овочеві пюре промислового виробництва.

Другий прикорм — молочно— круп'яна каша у віці 7 місяців у вигляді безглютенових рисової, гречаної та кукурудзяної, злакові каші — манна та вівсяна вводяться у віці 8 місяців так, як вони можуть спровокувати розвиток целиакії. Окрім того, дані каші даються з обережністю дітям з синдромом мальабсорбції та алергією.

Готуються страви на основі адаптованих молочних сумішей або грудного молока. Молоко тварин не рекомендовано використовувати для вигодовування та приготування харчування для дітей першого року життя, так як воно несе велике антигенне навантаження та може спровокувати такі стани, як дефіцитна анемія, рахіт та ін.

Введення починають з 5 г, і протягом тижня збільшують до об'єму 150 г, замінюючи одне грудне вигодовування. Завжди починають з однієї каші, розширяють і надалі їх комбінують. Каша дається, як правило, однократно на добу. Надалі раціон розширюється завдяки введенню продуктів прикорму та їх комбінування.

Третім прикормом вводяться кисломолочні продукти у віці 9 місяців.

Рекомендується використовувати адаптовані кисломолочні суміші, так як вони безпечніші ніж звичайний кефір. Початковий об'єм становить 30–50 мл з поступовим збільшенням до 150 мл. Все частіш необхідність введення кисломолочних продуктів піддається критиці збоку спеціалістів, так як на їх думку кисломолочні продукти (суміші) є спеціалізованими «біопрепаратами», а тому повинні призначатись диференційовано.

Продукти прикорму

З 6,5–7 місяців вводиться **сир**, пастоподібної консистенції, починаючи з чайної ложки, доводячи до об'єму в 50г до кінця року. Також вводиться **олія та вершкове масло** (близько ½ ч.л. з поступовим збільшенням до 1 ч.л.), які додаються до основних страв прикорму.

З 6,5–7 місяців вводиться **м'ясо** (телятина, курятина, індюшати, крільчатина, нежирна свинина), починаючи з 10 г з поступовим збільшенням до 50г для дитини, що досягла року, у вигляді дрібно перекрученого або розім'ятого м'яса, поступово переходячи до кусочків. М'ясо повинно бути не сухе, а зберігати природну вологість, щоб дитина могла його легко проковтнути. Не слід давати дитині копчені м'ясні продукти, ковбасу, сосиски, так як вони містять велику кількість жирів і солі.

У 7–8 місяців додатково до одного з перших двох прикормів додають — протертий жовток яйця у кількості 1/8, поступово щомісячно збільшуючи на ¼-½.

Фруктові пюре та соки даються тільки, як смакові добавки чи десерт між основними прийомами їжі і тільки опісля того, як дитина почала отримувати перші два прикорми. В початковому об'ємі 30–50 мл.

З 8–9 місяців необхідно додавати до страв прикорму **нежирну рибу**(судак, хек, мінтай), починаючи з 10 г з поступовим збільшенням до 50г для дитини, що досягла року. Риба дається не частіше разу на тиждень.

У 9–10 місячному віці вводяться вироби з хліба та домашня випічка.

В цьому ж віці консистенція страв замінюється на більш густу та тверду. М'ясні продукти можуть бути приготовані у вигляді тефтель, а згодом — котлет.

Усі страви готуються на пару або тушкуються.

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

Доцільність введення в раціон дитини бульйонів, не доведена.

Приблизне добове меню для дитини віком 9 місяців на грудному вигодовуванні

<i>Номер годування</i>	<i>Час годування</i>	<i>Вид їжі</i>	<i>Кількість їжі, мл або г</i>
I	6:00	Материнське молоко	200 мл
II	10:00	Овочеve пюре	110,0 г
		М'ясне пюре	50,0 г
		Яечний жовток	½
		Олія	5 мл
		Фруктовий сік	40 мл
III	14:00	Сир	50,0 г
		Материнське молоко	150 мл
IV	18:00	Молочна гречана каша	160 мл
		Вершкове масло	5,0 г
		Фруктове пюре	40,0 г
V	22:00	Материнське молоко	200 мл

Принципи здорового харчування дитини в період від року до трьох

- Необхідно продовжувати годування груддю
- Їжа повинна бути різноманітною та збагаченою м'ясними продуктами, печінкою, яйцями, рибою та бобовими.
- Зверніть увагу матері на необхідність вживання овочів та фруктів, в обмеженні використання солі та спецій, цукру, консервованих страв.
- Наголошуйте на відповідній консистенції та термічній обробці різних видів харчування в залежності від віку та кількості наявних зубів.
- Не забувайте про профілактику йододефіциту за допомогою йодовмісних продуктів.

Розділ 5

СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ

Профілактична медицина XXI століття — це медицина:

- предиктивна (попереджувальна) — заснована на діагностиці ризиків захворювань (донозологічна діагностика);
- персоніфікована — індивідуалізація способу життя в залежності від індивідуальних ризиків захворювань;
- партисипативна — людина сама приймає участь у збереженні свого здоров'я.

В перспективі для держави та економіки впровадження предиктивної, персоніфікованої медицини з донозологічною діагностикою, забезпечити 8–15 додаткових років повноцінного та активного життя та економію десятків мільярдів доларів США на рік на кожному мільйоні осіб, що перебувають під профілактичним наглядом.

Персональний геномний аналіз дозволить: виявити схильність до конкретних захворювань (всі хвороби за всю еволюцію людини відображені в його геномі — поліморфізм); провести персоніфіковані профілактичні заходи (спосіб життя); забезпечити активні заходи щодо запобігання захворювання.

Етапи переходу охорони здоров'я на платформу превентивно-предиктивної, персоніфікованої медицини в найближчі 15–20 років:

- Перший етап — складання списку людських антитіл та пошук відповіді на питання, за що кожен з них відповідає.
- Другий етап — визначення, які з цих антитіл є предбачувальними.

Формування груп ризику з урахуванням традиційних генетичних маркерів конкретного захворювання та інформації, отриманої завдяки аналізу генеалогічного дерева, анамнезу життя.

Обстеження груп ризику з використанням гено- та фенотипічних біомаркерів з виділенням потенційних хворих та схильних до розвитку даного захворювання на стадії доклінічної патології.

Третій — навчитися лікувати пацієнта на стадії предхвороби та запобігати розвитку самої хвороби.

Четвертий — відповісти на багато теологічних, психологічних, етичних та юридичних питань:

- кого піддавати тестуванню;
- що краще — незнання або «хворобливий» результат і страх перед майбутнім, особливо якщо немає гідної терапії;
- конфіденційність цих даних.

5.1 ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНИХ НЕІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

На сучасному етапі основними напрямками діяльності лікаря первинної ланки є:

- провідна роль профілактичних та лікувально-профілактичних програм у сім'ї дитини;
- формування груп підвищеного медико-соціального, медико-психологічного і біологічного ризику порушень здоров'я та розвитку.
- організація роботи по формуванню стійких стереотипів здорового способу життя.

Лікар первинної ланки обслуговування є ключовим фахівцем, який забезпечує і відповідає за надання кваліфікованої медичної допомоги дітям в амбулаторії.

Профілактика, спрямована на запобігання дії факторів ризику є найбільш ефективною щодо зміцнення здоров'я.

Для побудови програм профілактики особливо важливо виділення факторів ризику хронічних неінфекційних захворювань. Дані захворювання формуються протягом тривалого часу та погано піддаються діагностиці на початкових етапах розвитку. Зазвичай фактором ризику є етіологічний фактор; одна з ланок патогенезу або ж фактор, що сприяє розвитку захворювання.

Щоб той чи інший фактор ризику можна було використовувати для програм зміцнення здоров'я, він повинен відповідати наступним критеріям:

- мати відносно велику тривалість дії. Короточасні чинники зазвичай не піддаються впливу систематичних профілактичних програм;

- здатний до об'єктивної реєстрації. У протилежному випадку неможлива оцінка ефективності профілактичного втручання як на рівні індивідуума, так і на рівні всієї профілактичної програми.

Усунення фактору ризику сприяє зниженню ймовірності розвитку хронічного неінфекційного захворювання. Однак у літературі достатньо часто використовуються такі поняття як «стать», «вік» та інші, в якості факторів ризику. Зрозуміло, що сучасна медицина не здатна вплинути на них. Виділення статі і віку, в якості факторів ризику, необхідно для того, щоб підкреслити гендерні відмінності у частоті тих чи інших захворювань, а також зростання ймовірності розвитку хронічних неінфекційних захворювань з віком.

Фактори ризику ділять на:

- ті, що корегуються (керовані) — вплинути на які можливо в результаті проведення тих чи інших профілактичних програм;

- ті, що не корегуються (некеровані) — вплинути на які неможливо.

Для врахування ризику розвитку хронічних неінфекційних захворювань, також прогнозування смертності від них, використовують як керовані, так і некеровані фактори ризику.

Як в Україні, так і в Європі більшість випадків передчасних смертей пов'язані з одними і тими ж причинами: серцево-судинні захворювання, зовнішні причини смерті, злоякісні новоутворення, цукровий діабет II типу, хвороби органів дихання. Вони мають подібні доведені медичні фактори ризику, в першу чергу:

- підвищений артеріальний тиск;
- куріння тютюну;
- зловживання алкоголем;
- підвищення рівня холестерину крові;
- надлишкова маса тіла;
- низький рівень споживання фруктів і овочів;
- малорухливий спосіб життя (гіподинамія).

Для серцево-судинних захворювань додатковим фактором ризику є цукровий діабет.

Зазвичай кожен з перелічених факторів ризику є загальним, як мінімум, для двох захворювань. З іншого боку, кожне захворювання пов'язано не менш, ніж з двома перерахованими факторами ризику.

**Основні фактори ризику розвитку неінфекційних захворювань
і пов'язані з ними патології (ВООЗ, 2005)**

<i>Фактор ризику</i>	<i>Захворювання</i>	<i>Рівень достовірності</i>
Високий артеріальний тиск	Серцево-судинні захворювання	Високий
Куріння тютюну	Хронічні хвороби легких, рак легенів	Високий
	Серцево-судинні захворювання	Помірний
Зловживання алкоголем	Порушення, пов'язані із вживанням алкоголю	Високий
	Зовнішні причини смерті	Помірний
	Депресивні психічні розлади	Обмежений
Підвищення рівня холестерину крові	Серцево-судинні захворювання	Високий
Надмірна вага тіла	Серцево-судинні захворювання	Високий
	Злоякісні новоутворення	Обмежений
Низький рівень споживання овочів і фруктів	Серцево-судинні захворювання	Помірний
	Рак легенів	Обмежений
Малорухливий спосіб життя	Серцево-судинні захворювання	Помірний

Перераховані фактори ризику по-різному діють на кожну людину. Результат впливу визначається як індивідуальними характеристиками (спадковість, стать, расово-етнічна приналежність, соціально-економічне становище і т.д.), так і станом системи охорони здоров'я та рівнем життя.

5.2 ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ФОРМУВАННЯ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Автори навчального посібника «Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний» (2012) виділяють чотири напрямки формування здорового способу життя.

Перший напрямок — зниження популяційного ризику неінфекційних захворювань у масштабах всього населення за рахунок зменшення поширеності поведінкових та коригуючих біологічних факторів ризику, які досягаються підвищенням рівня грамотності населення з питань здоров'я, зокрема, інформованості про чинники, що впливають на здоров'я, а також мотивації щодо ведення здорового способу життя, регулярного проходження профілактичних медичних обстежень та вакцинації; забезпечення умов для ведення здорового способу життя (вільне від тютюнового диму середовище; доступність продуктів здорового харчування; обмеження реклами, яка впливає на дітей, на їх вибір продуктів, що сприяють розвитку ожиріння та хронічних неінфекційних захворювань, з високим вмістом енергії, насичених жирів, транс-жирів, солі та цукру, особливо у формі підсолоджених напоїв; абсолютно неприпустима така реклама за участю дітей; доступність повсякденної фізичної активності та занять фізичною культурою; стан середовища існування, при якому відсутній шкідливий вплив його чинників на людину, чисте повітря, чиста вода та ґрунт; житлові умови, що відповідають санітарним нормам, а саме — гаряче і холодне водопостачання, каналізація, електрифікація, газифікація).

Даний напрямок забезпечує найбільший ефект, зокрема економічний, не раніше 5–10 років його активної реалізації.

Зазначений комплексний підхід щодо первинної профілактики неінфекційних захворювань реалізується практично повністю за межами системи охорони здоров'я.

Другий напрямок — зниження частки дітей з високим індивідуальним ризиком неінфекційних захворювань, а також тих, що мають ці захворювання.

Головним змістом дій є раннє та максимально повне виявлення дітей з високим індивідуальним ризиком неінфекційних захворювань; максимально широке охоплення їх профілактичним консультуванням

з метою ранньої й найбільш повної корекції виявлених у них поведінкових і біологічних факторів ризику в рамках диспансеризації, профілактичних медичних оглядів та в центрах здоров'я.

Цей напрямок реалізується у рамках первинної ланки охорони здоров'я.

У перші роки проведення диспансеризації захворюваність дітей формально може збільшитися за рахунок інтенсивнішого виявлення хвороб, але в наступні роки вона, як і смертність, повинна прогресивно знижуватися.

Третій напрям — комплекс заходів щодо попередження розвитку ускладнень у дітей, які мають неінфекційні захворювання, в рамках диспансерного спостереження хворих лікарями дільничної служби в організаціях первинної медико-санітарної допомоги.

Цей напрямок є вторинною профілактикою, яка реалізується в рамках первинної ланки охорони здоров'я.

Важливе значення має моніторинг охоплення диспансерним наглядом та якість його проведення у пацієнтів з основними неінфекційними захворюваннями із залученням лікарів-спеціалістів, їх активна участь у диспансерному спостереженні пацієнтів та методична допомога в цьому аспекті лікарям дільничної служби, а також регулярне проведення вакцинації зазначених хворих проти грипу і пневмококової інфекції.

Четвертий напрям — забезпечення своєчасної та ефективної профілактики ускладнень і контроль перебігу неінфекційних захворювань у рамках надання спеціалізованої, зокрема високотехнологічної медичної допомоги, медичної реабілітації та санаторно-курортного лікування.

Усім пацієнтам з неінфекційними захворюваннями для досягнення безрецидивного перебігу захворювання та профілактики ускладнень мають бути проведені:

- своєчасна консультація лікаря-спеціаліста;
- обстеження на наявність показань до спеціалізованого лікування;
- спеціалізоване, зокрема високотехнологічне лікування, при наявності показань до його проведення;
- профілактичне консультування та корекція факторів ризику, що можна усунути, у стаціонарі в процесі (до або відразу після) спеці-

алізованого (високотехнологічного) втручання за участю лікаря, який здійснює це втручання для підвищення мотивації пацієнта до корекції виявлених факторів ризику і ведення здорового способу життя;

- медична реабілітація.

Цей напрямок є вторинною профілактикою, яка реалізується в рамках надання спеціалізованої медичної допомоги в умовах стаціонарів, зокрема реабілітаційних та санаторно-курортних організаціях.

5.3 ОСОБЛИВОСТІ ПОБУДОВИ ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМ ДЛЯ ДІТЕЙ ТА ПІДЛІТКІВ

На теперішній час проблема побудови профілактичних програм для дітей та підлітків найбільш повно висвітлена в навчальному посібнику «Здоровий образ життя и профилактика заболеваний» під ред. Ющука Н.Д. і співавт. (2012). Так на думку авторів перш за все диференційований підхід до організації та проведення профілактичних заходів з урахуванням вікових особливостей цільової групи. Ефективність профілактики багато в чому визначається віком, в якому вона починається. В цьому відношенні особливо значущим є проведення профілактичних програм в дитячому та підлітковому віці. Основними напрямками профілактики в ці вікові періоди є, поперше, якомога більш раннє виявлення дітей та підлітків груп ризику з розвитку девіантної поведінки, подальша корекційна робота з ними, по-друге, загально профілактична робота з формування фізичного, психічного і духовного здоров'я, спрямована на всю популяцію дітей та підлітків в цілому.

Однією із основних вимог до профілактичного впливу є дотримання принципу когнітивної адекватності, тобто максимальної відповідності форм, методів і організації профілактичної діяльності специфічним особливостям вікового розвитку конкретних груп дітей.

Психічне і фізичне здоров'я майбутньої дитини закладається ще до його зачаття і в перинатальному періоді. Оптимальною для дитини є ситуація планової вагітності у батьків, які перебувають в стійких шлюбних відносинах. Тільки в цих умовах, що забезпечують позитивний психологічний стан матері, можливий сприятливий

перебіг вагітності. Зрозуміло, вагітна повинна вести здоровий спосіб життя, дотримуватися оптимального для цього періоду режиму праці та відпочинку, отримувати збалансоване харчування. Неприпустимі тютюнопаління, вживання алкоголю та наркотиків, необхідно максимальне обмеження прийому лікарських препаратів. У період вагітності майбутня мати повинна бути захищена від стресів, перевтоми, конфліктів, сварок. У другій половині вагітності важливо розмовляти з дитиною, слухати тиху релаксуючу музику, уникаючи гучних звуків. Важливим для здоров'я майбутньої дитини здається психологічна підготовка матері до майбутніх пологів.

У дитячому віці (до 1 року) велике значення має грудне вигодовування, що сприяє нормальному розвитку дитини, формуванню особливої фізичної та психологічної близькості матері й дитини. Найважливішим фактором профілактики будь-яких девіацій є любов. Домінуюче значення любові, прихильності в усі періоди дитинства для формування психологічно здорової, гармонійної і всебічно розвиненої особистості доводиться багатьма дослідженнями. Так, відомий англійський психолог Джон Боулбі в фундаментальній праці «Прихильність і втрата» (1982) переконливо показав, що в якості головної умови нормального психічного розвитку дитини виступають любов матері до дитини і дитини до матері. Якщо ця умова не виконується, то виникають девіантні й делінквентні форми поведінки, різні залежності.

У грудному віці основним проявом любові, доступному сприйняттю дитини, є перш за все фізичний контакт, ласки, ігри. Годуючу матір і дитину слід максимально оберігати від емоційних стресів, переляків. Раннє розлучення немовляти з матір'ю може сприяти розвитку у дитини психологічних відхилень і, навіть, психічних розладів.

Фундаментальна роль матері у формуванні здоров'я дитини зберігається і в наступному **періоді раннього дитячого віку (від року до трьох)**. Цей період характеризується тим, що у дитини закладаються основи Я-концепції, причому, спочатку нерідко у формі негативізму, впертості, примх, агресивної поведінки. Небезпечні не самі ці кризові прояви, а проблеми нерозуміння, що виникають у дорослих. Упертість — часто крайня ступінь прояву волі, що формується, примхливість — демонстрація власної значущості для інших, агресивність — крайня форма самозахисту і самоствердження. Батьки

повинні пом'якшити крайні прояви кризи, але не домагатися їх повного придушення шляхом покарань і заборон. У цих випадках дитина може сформуватися безвольною, без навичок асертивної поведінки, нездатною сказати «ні».

Спокійна, доброзичлива, врівноважена реакція матері й оточення дитини на капризи та ранній негативізм сприятиме його гармонійному розвитку. Важливим в цьому періоді є розвиток навичок самообслуговування, охайності, розвитку самостійності. Одна з основних завдань цього періоду, яку доводиться вирішувати батькам — це знаходження балансу між наданням дитині самостійності, автономності та підтримки.

Велике значення для розвитку адекватних комунікативних навичок, попередження соціофобії, набувають емоційно-ігрові контакти з дорослими. Повинні бути виключені насильство, агресія по відношенню до дітей. Неприпустимі будь-які форми залякування. Дитина раннього віку потребує сприятливого психологічного клімату, атмосфери безпеки, захищеності, позитивних емоцій. Порушення емоційної атмосфери у вигляді сварок, зривів між батьками, можуть призводити до небажаних психологічних наслідків і психічних розладів у дитини.

Дошкільний вік (від 3 до 6 років) представляється надзвичайно важливим, тому що це — період фактичного формування особистості й особистісних механізмів поведінки. В цьому періоді встановлюються перші зв'язки і відносини. Однак, встановлюються вони тільки за умови життя в суспільстві та під впливом виховання. Важливу роль відіграє взаємодія дитини не тільки з батьками, але й з усіма близькими. Велике значення відіграє узгодженість виховних зусиль батьків. Протиріччя у вимогах сприятимуть маніпулятивній поведінці дитини і розвитку у неї істероїдних рис. Іншими факторами ризику розвитку девіантної поведінки дитини можуть бути такі типи виховного впливу, як домінуюча гіперпротекція (виховання за типом «кумир сім'ї») і гіпопротекція. Планомірно привчаючи дитину до фізичної та розумової праці, батьки закладають основи її адекватної майбутньої соціалізації.

Для цього періоду значущим для дитини залишається її розвиток в грі. Батьки повинні приділяти увагу рольовим іграм дитини, як з ними, так і з однолітками, присікаючи агресивні або деструктивні тенденції, що трапляються. Слід зазначити, що активність дітей в

цьому періоді може переходити в гіперактивність, тому батьки й вихователі повинні своєчасно реагувати на її ознаки з метою корекції цього типу розвитку. На дошкільника значно впливають відносини з педагогами дошкільних освітніх установ. Перша зустріч дитини з чужим значущим дорослим — вихователем визначає його подальшу взаємодію з усіма дорослими.

Молодший шкільний вік (7–11 років) характеризується кризою, пов'язаною з переходом до навчання в школі. Важливість і відповідальність цього етапу визначається тим, що ступінь успішності його проходження дитиною може стати як захисним фактором, так і фактором ризику розвитку різних форм девіантної поведінки в подальшому. Особливо важким цей період може стати для дітей, які раніше не відвідували дошкільні установи. Протягом першого року в школі, дитина адаптується до нових умов, що визначає необхідність психологічної підтримки, яка ефективна тільки при особистому контакті батьків з учителями.

Школа стає центром життя дитини. Успіх чи неуспіх у навчальних справах, у відносинах з вчителями і з однолітками має для дитини гостре афективне забарвлення. Проблеми, що з'являються можуть призводити до розвитку так званої «шкільної дезадаптації» — широкого спектру порушень діяльності та поведінки дитини. У практиці вкрай рідко зустрічаються випадки виключно «шкільної дезадаптації», набагато більше дітей з дезадаптацією, що включає і сімейну ситуацію. Таким чином, вступ до школи стає серйозним випробуванням для всієї родини. У батьків, у зв'язку з надходженням дитини в школу, можуть актуалізуватися власні шкільні страхи, які вони проєктують на дитину, викликаючи у неї напругу і тривожність. Нерідко батьки прагнуть втілити в дитині своє соціальне честолюбство, пред'являючи до неї вимоги, які не відповідають її реальним можливостям, що призводить до девіантної поведінки.

Неуспішна навчальна діяльність, конфліктні відносини з учителем, низький соціальний статус в класі призводить до депривації потреби у визнанні — дуже значущою для дитини в цьому віці потреби, що може сприяти формуванню неадаптивних захисних механізмів. При пасивному типі поведінки з'являється лінь, апатія, занурення в фантазії та хвороби. При активній поведінці такий захист обертається агресією, асоціальною поведінкою.

Основним напрямком профілактичної діяльності, крім безпосередньої роботи з дітьми, є робота з сім'єю учнів і вплив на шкільне середовище. Як приклади спрямованості подібної роботи можна привести деякі положення програми профілактики девіантної поведінки в школах Нідерландів для дітей 7–10 років:

- вміння рахуватися з іншими;
- зростання незалежності по відношенню до батьків, що передбачає вміння зайняти себе, розвиток самостійності в ігровій діяльності, наявність власної думки, вміння справлятися зі своїми справами, звертатися за допомогою до дорослих за необхідністю;
- набуття вмінь і знань, необхідних для функціонування в суспільстві, а саме, вміння працювати на заняттях спільно з іншими дітьми, здобувати знання, вміння і навички навчання в початкових класах;
- встановлення та підтримання дружніх відносин з однолітками;
- взяття на себе частини відповідальності за ведення домашнього господарства і у відносинах з братами і сестрами;
- вміння самостійно користуватися основними засобами інфраструктури;
- вміння робити вибір, що забезпечує власну безпеку, збереження і зміцнення здоров'я.

Велике значення для профілактики девіантної поведінки грають правильно організований режим харчування і дозвілля учнів, здоровий спосіб життя, попередження шкідливих звичок, тим більше, що перший досвід куріння і вживання алкоголю припадають на 10 років.

Підлітковий вік (з 10 до 15 років) співвідноситься з пубертатний кризою (статевим дозріванням) і в порівнянні з іншими періодами дитинства характеризується найбільшою психічною нестабільністю. Більшість дослідників пов'язують розвиток у підлітків девіантної поведінки з акцентуаціями характеру і особливостями ситуаційних реакцій в пубертатному віці. Психологічні (характерологічні) реакції — це минулі, ситуаційно обумовлені відхилення в поведінці підлітка, які проявляються переважно в певному мікросередовищі (сім'я, школа), мають чітку психологічну спрямованість на адресу певних осіб, які не ведуть до порушення соціальної дезадаптації і не супроводжуються соматовегетативними розладами. Психологічні реакції підлітків можуть переходити в патологічні, які проявляються різними формами девіантної та делінквентної поведінки.

Найбільш характерними реакціями в дитячому та підлітковому віці є:

- реакція відмови — проявляється відсутністю або зниженням прагнення контакту з оточуючими;
- реакція опозиції — розділяється на активну (навмисна грубість, непослух, зухвала поведінка та ін.) і пасивну (відмова від виконання тих чи інших вимог і доручень, втечі з дому, суїцидальною поведінкою та ін.);
- реакція імітації характеризується прагненням у всьому наслідувати певну особу або образ;
- реакція компенсації характеризується прагненням приховати або компенсувати свою слабкість, наспроможність в одній області діяльності успіхами в іншій;
- реакція гіперкомпенсації характеризується прагненням дитини чи підлітка добитися вищих результатів саме в тій області, де він виявився неспроможним;
- реакція емансипації характеризується потребою підлітків у звільненні від контролю і опіки дорослих, виступ проти встановлених правил і порядків;
- реакція групування з однолітками — прагнення до об'єднання в неформальні, часто асоціальні групи;
- реакції захоплення;
- реакції, обумовлені сексуальним потягом;
- реакції, обумовлені формуванням самосвідомості;
- реакції, пов'язані з підвищеною увагою до своєї зовнішності.

Перераховані типи психологічних реакцій далеко не повністю відображають всі їх різноманіття у підлітків. У разі їх виникнення і відсутності або неадекватності виховних профілактичних зусиль з боку батьків і педагогічного складу вони служать підставою для формування стійких за своєю природою девіантних форм поведінки.

Розлади поведінки у підлітків нерідко можуть виникати на тлі й за рахунок особливостей характеру, які вперше стають помітними саме в цьому віці. Стосовно до підліткового віку виділено 11 типів акцентуації характеру: гіпертимний, циклоїдний, лабільний, астеноневротичний, сенситивний, психастенічний, шизоїдний, епілептоїдний, істероїдний, нестійкий, конформний. Своєчасна діагностика цих особливостей з подальшою корекційною профілактичною

роботою може попередити виникнення стійких розладів поведінки. При несвоєчасному розпізнаванні й відсутності адекватних профілактичних заходів можливо психопатизація особистості, що супроводжується грубими поведінковими розладами і порушенням соціальної адаптації.

Відносини з батьками, як правило, в цей період загострюються. Разом з тим, роль батьків у попередженні відхилень у поведінці стає провідною. Батьки повинні враховувати, що це вже не дитина, хоча ще й не дорослий і тому, необхідно перебудувати свої колишні стосунки з дітьми. Психологічний і профілактичний вплив на підлітка тільки тоді буде ефективним, якщо буде в поважній, тактовній формі. Підтриманню добрих, довірчих відносин з підлітком, сприяє спільне проведення часу, спільність інтересів, доброзичливі дискусії і обговорення загальних проблем, щира співпраця та взаємодопомога.

Ініціатива в цьому відношенні повинна належати батькам.

Психологічні особливості дітей і підлітків диктують необхідність використання різних форм і методів профілактичного впливу та їх комбінацій.

У роботі з дітьми дошкільного і молодшого шкільного віку найбільший ефект може принести комбіноване використання елементів різних методів психологічного впливу — арттерапії, казкотерапії, «класичних» дидактичних методів і прийомів, таких як бесіда, дидактичні ігри і т. д., а також методів групової дискусії та рольових ігор, адаптованих для потреб профілактичної роботи.

Найбільш адекватним для дітей дошкільного та молодшого шкільного віку методом психологічного впливу є казкотерапія і арттерапія.

Казкотерапія. Сама назва методу вказує на те, що його основою є використання казкової форми. Перспективність цього методу в роботі з дітьми в рамках профілактики використання їми психоактивних речовин і статевого виховання обумовлена наступним: форма метафори, в якій створені казки, історії, найбільш доступна для сприйняття дитини. І в той же час, вплив за допомогою метафори є глибинним і дивно стійким, оскільки торкається не тільки поведінкових пластів психіки, але й її ціннісної структури. Таким чином, можлива практична реалізація роботи з формування внутрішньоособистісних «антинаркотичних бар'єрів», наявність яких і визнається головним

захисним фактором по відношенню до можливої наркотизації, а також цінності здорового способу життя і безпечної та відповідальної сексуальної поведінки.

Ефективним може бути поєднання казкотерапевтичних технік з елементами арттерапії.

Арттерапія — метод, який використовується в якості засобу психолого-педагогічного впливу мистецтва.

Основна мета арттерапії — встановлення гармонійних зв'язків з навколишнім світом і з самим собою через мистецтво. Терапія мистецтвом зміцнює особистість дитини, допомагає структурувати його світогляд. У творчості діти обмірковують світ і шукають свою мову, що зв'язує їх з «великим» світом, найбільш точно виражає їх внутрішній світ. Різноманітність способів самовираження, позитивні емоції, що виникають в процесі арттерапії, підвищують самооцінку та адаптаційні здібності дитини, тобто підсилюють захисні фактори, спрямовані на формування здорового способу життя.

Оскільки загально визнано, що в дитячому «конкретному» підході до світу грає істотну роль активна маніпуляція з об'єктами, особливе значення в роботі з дітьми дошкільного й молодшого шкільного віку набуває використання ігрових методів, зокрема, рольових і дидактичних ігр.

Рольова гра — це метод навчання через практичні дії. Фактично дитині пропонується програти якусь життєву ситуацію в залежності від ролі, яку він отримав відповідно до сюжету. Використання рольових ігр дозволяє навчити необхідним життєвим навичкам (зокрема, навичкам поведінки в ситуаціях, пов'язаних з можливістю залучення до наркотизації або насильницького сексуального контакту).

У роботі з дітьми значна роль відводиться дидактичним іграм. Дидактична гра може бути і засобом і формою навчання та використовується при освоєнні матеріалу в різних видах діяльності дітей. Вона дозволяє забезпечити дитині необхідну кількість повторень певних дій та інформаційних матеріалів при збереженні емоційно-позитивного ставлення до виконуваних завдань.

В рамках інформування про ті чи інші захворювання дітей молодшої вікової групи може використовуватися комбінація казкотерапевтичних, ігрових і арт-терапевтичних методів. Так, для більшої наочності можна намалювати схему, яка пояснює роботу імунної

системи людини, коли організм бореться проти елементарної застуди. Дитині буде легше зрозуміти пояснення, якщо вони будуть даватися, наприклад, в ході казки-гри «Чарівний замок», де організм людини — це замок, в якому живуть казкові мешканці (клітинки), є свої захисники «замку», і «загарбники» — віруси.

Інформування дітей з проблем здорового способу життя може проводитися і з використанням традиційних дидактичних методів, зокрема, розповіді та бесіди.

Розповідь, пояснення допомагають педагогу, психологу донести до дітей новий матеріал.

Бесіда передбачає діалог дорослого і дітей, дає можливість дітям задати свої запитання, висловити своє ставлення до отриманої інформації.

За допомогою словесних методів діти освоюють нові терміни, які поступово входять в їх активний словник. Як розповідь, так і бесіда повинні поєднуватися з наочними і практичними методами. Це значно підвищує ефективність засвоєння матеріалу, робить його зрозумілим, доступним.

Найбільш придатними в профілактичній роботі практичними методами навчання є мозковий штурм і групова дискусія.

Мозковий штурм використовується для стимуляції висловлювання дівчаток та дівчат з певних питань. Педагог або психолог пропонує їм висловлювати ідеї і думки без будь-якої оцінки або обговорення цих ідей і думок, фіксує всі висловлювання дітей на дошці, доки не вичерпаються ідеї або не скінчиться відведений для цього час. Ведучий повинен бути уважним і намагатися не пропустити жодного висловлювання, так як сором'язливим людям буває важко висловлюватися вголос, і якщо їх думка не була «почута», вони замикаються і більше не беруть участі в занятті. Потім можна організувати обговорення висловлених ідей в групах. Наприклад, за допомогою методу групової дискусії.

Групова дискусія — такий спосіб організації спільної діяльності учнів під загальним керівництвом педагога з метою вирішення групових завдань або впливу на думки і установки учасників в процесі обговорення. Використання цього методу в профілактичній роботі дозволяє розвинути здатність дитини бачити проблему з різних сторін, уточнити власну позицію з різних питань, сформулювати

навички конструктивної співпраці й прийняти групове рішення, задовольнити потребу дітей у визнанні, повазі з боку однолітків і педагога. Групова дискусія дозволяє всім учасникам висловити свою думку. Це сприяє розширенню досвіду з заданої теми. Крім того, в процесі дискусії відбувається переоцінка не тільки знань, а й поведінки, формуються нові цінності. Бажано, щоб кількість учасників була не менше 8 осіб, але й не перевищувала 12. Можна розбити групу на підгрупи та визначити ведучого в кожній з них.

Найбільш оптимальною формою профілактичної роботи з підлітками та молоддю є **інтерактивний семінар-тренінг**. Під час занять з деяких тем слід враховувати психологічні труднощі аудиторії під час обговорення інтимних питань. Для подолання цих труднощів важливо стимулювати різного роду дискусії та використовувати різні ігрові методики.

Формування та відпрацювання навичок безпечної та відповідальної поведінки може проводитися в рамках рольових ігор.

Рольова гра — відтворення будь-якої життєвої ситуації за тематикою заняття. Рольові ігри допомагають подолати психологічні бар'єри, коли порушуються інтимні питання або потрібно висловити свої почуття. У той же час у рольовій грі відбувається вироблення і «апробація» нових навичок. Важливо, щоб учасники не грали одностипні ролі та ні в якому разі не можна допустити, щоб хтось став «персонажем» в очах інших. Тому важливо, щоб під час обговорення розглядалися не ігрові моменти, а почуття учасників і труднощі, які виникли при спробі вести себе певним чином. Під час занять добре використовувати різні ілюстративні, зокрема, відеоматеріали. Однак їх демонстрація не повинна займати занадто багато часу, а кожна демонстрація повинна супроводжуватися обговоренням.

Підвищити ефективність профілактичного впливу на молодь може використання методу навчання «рівний-рівному», коли в якості педагогів виступають однолітки. Цей метод ефективний завдяки тому, що дівчата охоче слухають людей одного з ними віку. Це особливо очевидно щодо таких делікатних тем, як жіноча привабливість, секс, сексуальна поведінка, оскільки підлітки можуть сприймати педагогів, батьків та інших дорослих з недовірою та сором'язливістю.

5.4 ЗАГАРТОВУВАННЯ ТА ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ ДІТЕЙ РАНЬОГО ВІКУ

Методи загартовування.

Головним завданням лікарів є профілактика можливих захворювань з перших днів життя дитини. З'являючись на світ, дитина потрапляє у нове середовище існування. Природа наділила немовлят безліччю різних пристосувальних та захисних механізмів, щоб вони могли вижити і почати розвиватися у цьому середовищі. У дитини є механізми терморегуляції, які попереджають перегрівання і переохолодження, тому, коли ми кутаємо малюка, створюючи йому «тепличні умови», то «позбавляємо роботи» цих механізмів. Витривалість організму та його вміння опиратися мінливим умовам зовнішнього середовища підвищуються під впливом загартовування повітрям, водою, розсіяним сонячним світлом. У дитини підвищується імунітет до різних захворювань, удосконалюються механізми терморегуляції.

Здоров'я людини більш ніж наполовину залежить від способу життя. Важливу роль у формуванні здорового способу життя відіграє загартовування — підвищення стійкості організму до несприятливих впливів зовнішнього середовища (підвищена або знижена температура повітря, води, підвищені параметри вологості та швидкості повітря, УФ-випромінювання, знижений атмосферний тиск), шляхом науково-обґрунтованого систематичного тренуючого дозованого впливу цими чинниками. Загартовування має загальнозміцнювальну дію на організм, покращує кровообіг, нормалізує діяльність нервової системи, обмін речовин, зменшує число застудних захворювань у 2–5 разів. Загартовані діти не бояться промочити ноги, їм не страшні перепади температури повітря та води, вплив вітру, протяги.

В основі загартовування лежить принцип тренування нервової системи. Фактор загартовування впливає на нервові закінчення, розташовані у шкірі, а у відповідь виробляються захисні реакції організму.

Загартовуючі заходи діляться на загальні (правильний режим дня, раціональне харчування, прогулянки, температурний режим у приміщенні) та спеціальні (повітряні та водні процедури, загартовування світлом, гімнастика, масаж).

Для досягнення успіху треба дотримуватися основних принципів загартовування та правил проведення процедур:

1) загартовування можна починати і продовжувати далі, коли дитина повністю здорова;

2) необхідно враховувати специфічність впливу. Це викликано тим, що стійкість організму підвищується тільки до того подразника, дію якого він багаторазово зазнавав. Так, повторна дія холоду викликає підвищення стійкості тільки до холоду, повторна дія тепла, лише до тепла;

3) багатофакторність — різноманітність засобів та форм процедур забезпечує всебічне загартовування та підвищення стійкості до багатьох факторів;

4) правильно обрати зону впливу — необхідно піддавати впливу ті ділянки шкіри, які зазвичай вкриті одягом. Комбінація загального (все тіло) та місцевого (окремі частини тіла) загартовування підвищує стійкість організму до несприятливих зовнішніх чинників;

5) збільшення сили дратівної дії (зниження температури, збільшення кількості вправ, тривалості заняття та ін.) має бути поступовим. В основі загартовування лежить властивість організму поступово пристосовуватися до умов, що змінюються в зовнішньому середовищі. Стійкість до впливу знижених температур повинна виховуватися послідовно та безперервно. Перехід від сприятливого впливу на організм дитини загартовуючих процедур до більш виражених температурних впливів (за рахунок зниження температури повітря, води і збільшення тривалості процедури) необхідно здійснювати поступово. Особливо це важливо для дітей раннього віку, народжених з малою масою тіла, недоношених, які страждають гіпотрофією, рахітом, атопічним дерматитом або іншими алергічними захворюваннями;

6) заняття повинні проводитися систематично, протягом усього року. Тренуючий ефект, що загартовує досягається за кілька місяців (в середньому, за 2–3), а зникає за 2–3 тижні, (у дошкільнят — через 5–7 днів). Звідси правило: не можна скасовувати загартовування навіть у разі легких хвороб дітей — слід зменшувати навантаження або інтенсивність подразника;

7) необхідно враховувати індивідуальні особливості дитини, її вік, стан здоров'я. Для ослаблених дітей загартовування проводиться

у делікатному режимі, з повільним наростанням інтенсивності (більш висока температура впливового чинника, менша тривалість впливу, вплив на обмежені ділянки тіла);

8) заняття повинні викликати позитивні емоції; будь-які загартовуючі заходи слід проводити, спочатку створивши дитині гарний настрій. Не можна допускати почуття занепокоєння або страху у дитини перед загартовуванням. Якщо при підготовці до виконання процедури загартовування дитина плаче, і тепла ванна його не заспокоює, краще перенести процедуру на інший час або скасувати її, так як позитивного ефекту від цієї процедури отримати вже не вдасться;

9) починати загартовування можна у будь-яку пору року, проте, найбільше вдалий час — літо і осінь, коли максимально можна використовувати природні фактори (ходіння босоніж, плавання у відкритих водоймах і т. д.);

10) потрібно дотримуватися температурного режиму у приміщеннях. Під час загартовування обов'язково перевіряють стан шкіри дитини. Проводити процедуру можна лише в тому випадку, якщо ніс та кінцівки у малюка теплі. Не менш небезпечним є перегрівання дитини;

11) після перерви відновлювати загартовування слід поступово, з самого початку, але швидше, ніж у початковому періоді.

У разі захворювання загартовування має бути продовжено після одужання. При використанні традиційних методів загартовування проводиться за схемою поступового зниження температурних впливів, при контрастному загартовуванні тривалість процедури скорочується у 2 рази при тих же температурних впливах.

Ефективність загартовування збільшується, якщо його поєднувати з фізичними вправами.

Показниками правильного проведення загартовування та його позитивних результатів є: міцний сон, гарний апетит, поліпшення самопочуття, підвищення працездатності та ін. Поява безсоння, дратівливості, зниження апетиту, падіння працездатності вказують на неправильне проведення загартовування.

Найдоступніший метод — **загартовування повітрям**.

І спосіб — провітрювання приміщення. Загартовування повітрям починається саме з цього. Кращий спосіб провітрювання — наскрізне, його можна влаштувати під час відсутності дитини. Фак-

тором загартовування при провітрюванні приміщення є зниження температури на 1–2°C. Оптимальна температура повітря у приміщенні, де знаходиться грудна дитина, повинна підтримуватися в межах 20–22°C. При більш високій температурі у приміщенні ріст та розвиток дитини затримуються. Восени і взимку провітрювати приміщення необхідно 4–5 разів на добу по 10–15 хв. Влітку вікно може бути відкрите постійно.

<i>Зовнішня температура</i>	<i>Тривалість провітрювання приміщень (хв.)</i>
Від +10 до +6	25–35
Від +5 до 0	2–30
Від 0 до -5	15–25
Від -5 до -10	10–15
Нижче -10	5–10

II спосіб — прогулянка, що включає сон на повітрі. Бажано якомога більше часу проводити під відкритим небом. Сон, харчування, гімнастику, загартовуючі процедури, ігри бажано проводити влітку за містом, на свіжому повітрі. У будь-яку пору року для здоров'я дитини корисні оптимальні за часом і віком прогулянки. Дітей з 2–3 тижневого віку у холодну пору року можна виносити на вулицю з температурою повітря не нижче -5°C. Тривалість першої процедури — 10 хв, потім прогулянку поступово доводять до 1,5–2 год; гуляють 2 рази в день.

Дітей у віці 2–3-х місяців виносити взимку на вулицю з температурою повітря нижче -10°C не варто. У більш теплі дні прогулянка може продовжуватися до 1 години, у холодні бажано проводити 2 рази на день, але тривалість кожної скорочувати до 20–30 хв.

Діти у віці 3–6 місяців можуть гуляти при температурі повітря до -12°C, а в кінці першого року життя і при -15°C. У районах з континентальним кліматом, де зима більш холодна, але повітря менш вологе, у безвітряні дні дітей треба виносити на вулицю і при більш низьких температурах повітря. У теплу пору року прогулянки з дитиною рекомендується проводити щодня між годуваннями, 2–3 рази на день, по 2–2,5 години.

Показниками хорошої організації денного сну на повітрі дітей раннього віку є: швидке засинання, спокійний сон, рівне дихання,

рожевий колір обличчя, відсутність поту, теплі кінцівки при пробудженні. Це свідчить про те, що дитина одягнена правильно та знаходиться у стані теплового комфорту. При охолодженні або перегріванні дитина спить неспокійно. Синюшність обличчя, холодний ніс, холодні кінцівки служать ознаками різкого охолодження. Спітнілий лоб та волога шкіра свідчать про перегрівання.

III спосіб — прийом повітряних ванн; найбільш «ніжне» та безпечне загартовування, з якого рекомендується починати систематичне загартовування. Повітряною ванною називається перебування дитини оголеною або наполовину оголеною на відкритому повітрі в тіні. Під впливом повітряних ванн підвищується поглинання кисню, істотно змінюються умови теплообміну, поліпшується стан нервової системи дитини — вона стає спокійнішою, поліпшується апетит та сон. Для дітей першого року життя повітряні ванни починаються з пеленання. Корисно при кожному пеленанні та переодяганні залишати дитину на деякий час роздягнутою. Переодягати одяг на дитині треба не поспішаючи.

Загартовуюча дія повітря залежить головним чином від температури, однак необхідно також враховувати вологість та швидкість руху повітря. Повітряні ванни за виникненням тепловідчуття умовно поділяються на теплі (температура повітря від 30 до 20°C), прохолодні (від 20 до 14°C) та холодні (14°C і нижче).

Починати прийом повітряних ванн рекомендується у попередньо провітреному приміщенні, потім їх переносять на відкрите повітря. Приймати повітряні ванни найкраще в русі — при проведенні зарядки або просто під час гри. Починати прийом повітряних ванн слід з 15–30 хвилин; температура повітря повинна поступово знижуватися до 18–20°C (для немовлят — 22°C, в 1–3 міс — 21°C, в 3–12 міс — 20°C, в 1–3 роки — 18°C). Надалі тривалість процедур збільшується щодня на 10 хв. і доводиться таким чином до 2 годин, вже з місячного віку повітряну ванну треба поєднувати з масажем і гімнастикою. У сиру та вітряну погоду тривалість процедури скорочується.

Особливим різновидом повітряних ванн для вже досить загартованих дітей є загартовування повітряним потоком (попросту кажучи, протягом).

Для цього потрібен вентилятор; починають загартовування повітряним потоком при температурі не нижче 21–22°C. Відстань до

вентилятора має бути приблизно 6 м, а швидкість потоку повітря — мінімальною. Потім можна наближати вентилятор до такої відстані, коли буде відчуватися ледь помітний рух повітря. Тривалість першої процедури, як правило, не більше 20 с. (тіло повинно обдуватися спереду і ззаду по 10 с.). Через кожні 1–2 дні можна збільшувати тривалість процедури на 20 с. (до 3–5 хв.) і знижувати температуру повітря на 1°С (до 12–14°С).

Режим загартовування повітряними потоками (за А.П. Лаптевим)

<i>Дні загартовування</i>	<i>Відстань до вентилятора, м</i>	<i>Тривалість процедури, с</i>
1–2	5,0	20
3–4	4,5	40
5–6	4,0	60
7–8	3,5	80
9–10	3,0	100
11–12	2,5	120
13–14	2,0	140
15–16	1,5	160
17–18	1,0	180
19–20	1,0	180
21–22	1,0	180
23–24	0,5	180
Підтримуючий період 25 та далі	0,5	180

IV спосіб — загартовування сонячними променями. УФ-промені активно впливають на імунологічну резистентність організму. Однак, чим менший вік дитини, тим вище чутливість до УФ-променів. Тому сонячні ванни дітям до 1 року протипоказані. З обережністю їх призначають дітям у віці від 1–3 років, і тільки в більш старшому віці їх проводять досить широко. У розсіяних сонячних променях досить багато ультрафіолетових і порівняно мало інфрачервоних променів, які викликають перегрівання організму, що особливо небезпечно для дітей з підвищеною нервово-рефлекторною збудливістю. Восени, взимку та навесні прямі сонячні промені не викликають перегрівання, тому, коли вони потрапляють на відкрите

обличчя дитини, не тільки припустимо, але й необхідно. Влітку рекомендують проводити світло-повітряні ванни (але не знаходитись під прямими сонячними променями!) при температурі повітря 2°C і вище для грудних дітей і 20°C — для дітей 1–3 років, краще в безвітряну погоду. Світло-повітряні ванни краще проводити з 9 до 12 год. дня, в більш теплого кліматі — з 8 до 10 год. ранку. Тривалість 1-ї ванни у грудних дітей — 3 хв., у більш старших — 5 хв. з щоденним її збільшенням до 30–40 хв. Абсолютним протипоказанням до проведення світло-повітряних ванн є температура повітря 30°C і вище. Після сонячних ванн дітям призначають водні процедури. Оскільки при вологій шкірі відбувається переохолодження організму, обов'язково потрібно витерти дитину, навіть, якщо температура повітря висока.

Один з потужних чинників загартовування — **водні процедури**. Основними факторами впливу води є температура, гідроневагомність (в умовах плавання, купання), розчинені у воді хімічні речовини (сольові, хвойні та інші ванни). Вода має велику теплоємність і теплопровідність, тому зручна для проведення процедур, що гартують, оскільки можна легко дозувати і розподіляти температурний вплив на тіло дитини. Водні процедури ділять на вологі обтирання, обливання, купання, плавання. Обливання й обтирання можуть бути загальними та місцевими. Щоб психологічно підготувати дитину до обтирання водою, слід попередньо провести його обтирання сухою рукавицею (до появи на шкірі легкого почервоніння). Вологі обтирання починають з пальців рук — до плеча, ніг — від стопи до стегна, далі — груди, живіт, в останню чергу — спина. Тривалість однієї процедури 1–2 хв. Початкова температура води для обтирання дітей від 1 року до 3 років — 33–34°C, у 3–4 роки — 32°C, у 5–6 років — 30°C, у 6–7 років — 28°C. Через кожні 2–3 дні температуру знижують на 1°C і доводять до 22°C влітку і до 25°C — взимку для дітей 3–4 років, до 20 і 24°C — для дітей 5–6 років, до 18 і 22°C — для дітей 6–7 років. Дітям від 1 року до 3 років температуру води знижують через тиждень на 1°C і доводять до 25–26°C. Після закінчення обтирання малюка одягають.

Схема загартовування дітей грудного віку (за А.П. Лаптевим)

Дні	Температура води, °С	Час охолодження, с
1–5	37–36	180–200
6–10	36–34	180–200
11–15	34–32	180–200
16–20	32–31	180–200
21–25	30	150–180
26–30	29	150–180
31–35	28	150–180
36–40	27	120–150
41–45	26	120–150
46–50	25	90–120
51–55	24	90–120
56–60	23	90–120
61–65	22	90–120
66–70	21	60–90
71–75	20	60–90

Через 2 тижні від початку вологих обтирань можна приступити до місцевих ножних ванн. Судиннорухові рефлексії ніг мають важливе рефлекторне значення у підвищенні стійкості судинних реакцій порожнини рота, носа, верхніх дихальних шляхів. Обливання ступнів та гомілок починають з температури води 28°C, далі її знижують на 1°C кожного тижня. Нижня температурна межа для дітей до 3 років становить 20°C, після 3 років — 18°C. Під час обливання ніжки дитини знаходяться у мисці або відрі (в будь-якій ємності, де можливе занурення стоп та гомілок). Тривалість процедури 15–20 сек. для дітей раннього віку, та 20–30 сек. — для більш старших. Проводити ножні ванни краще, коли у дитини теплі ноги. Зазвичай їх проводять після сну або у 17–18 год — в період найбільшої активності дитини.

Після обливання ніг приступають до загального обливання. При цій процедурі, крім дії низької температури, додається тиск потоку води. Під час проведення процедури голову дитини не обливають. У першу чергу обливають спину, потім груди та живіт, закінчують обливанням лівого і правого плеча. Тривалість — до 1,5 хв. Температура води для дітей 1–3 років 34° С зі зниженням щотижня на 1° С; її доводять до 28°C — взимку і до 25°C — влітку. Дітям з 4 років початкова

температура води 33°C, кінцева — 24–22°C; тривалість обливань 30 сек. — 1 хв. Душ для дитини — ще більш впливаюча процедура. Температура води душа така ж, як при обливанні. Після адаптації дитини до обтирання, обливання, душа можна приступати до плавання, яке є потужною загартовуючою процедурою, а також сприяє гармонійному фізичному розвитку дитини. При плаванні у басейні температура води для дітей до 3 років повинна бути 31–33°C, для більш старших — 28–30°C.

Тим, хто не любить холодну воду, рекомендовано інший спосіб загартовування — теплою і навіть гарячою водою. Суть досить проста: оголене тіло протирають мокрим рушником, змоченим гарячою водою, та не витирають потім сухим. Вода, випаровуючись зі шкіри, охолоджує її. Але слід бути обережним: чим більш гаряча вода, тим інтенсивніше вона випаровується, і тим сильніше охолоджується організм. Тому збільшувати температуру води для обтирання потрібно поступово, в міру загартовування організму. Загартовування таким методом дуже ефективно і за дією схоже на контрастний душ.

Купання та плавання — найулюбленіші дітьми водні процедури. Фізіологічна дія на організм морських купань пов'язана з термічними (температура води в морі нижча, ніж тіла), механічними (тиск води, подолання опору рухомих водних мас), хімічними (розчинені у воді солі, що містять катіони натрію, калію, кальцію, аніони хлору, броду, йоду та ін.) впливами. Купання сприяє тренуванню нервово-гуморальних, серцево-судинних та інших механізмів терморегуляції, стимулює симпатико-адреналову систему, обмін речовин, дихальну функцію, адаптаційні можливості, надає виражену загартовуючу дію.

Купатися можна через 1–1,5 години після їжі. Входити у воду слід швидко, занурюватися — відразу, потім швидко розтиратися рушником.

Тривалість перших купань для дошкільнят складає 2–3 хв., для школярів — 3–5 хв. Надалі тривалість купань можна збільшити до 10–20 хв. Відмінною формою загартовування дітей шкільного віку є купання у відкритих купально-плавальних басейнах, що функціонують цілий рік.

Плавання немовлят (з 2–3-х тижневого віку) — один з нових методів загартовування. Отримано дані про сприятливий вплив раннього плавання на фізичний розвиток дітей (масу тіла, довжину,

розвиток грудної клітини). Клінічні дослідження показали: діти, які плавають, хворіють на ГРІ рідше.

Купання дітей в озері або річці є менш активними процедурами, ніж морські купання, однак, основні принципи, розроблені для морських купань, застосовуються і в цьому випадку.

Крім традиційних, існують інтенсивні (нетрадиційні) методи загартовування, до яких відносять будь-які методи, котрі викликають хоча б короткочасний контакт оголеного тіла людини зі снігом, крижаною водою, повітрям від'ємної температури. Є достатній досвід інтенсивного загартовування дітей раннього віку в батьківських оздоровчих клубах, але практично немає наукових досліджень, які б свідчили про можливість використання цього виду загартовування. Відомо, що екстремальна ситуація завжди стає стресом для організму. Великий світовий фізіолог Ганс Сельє стверджував, що, чим би не був викликаний стрес, реакція організму на нього завжди однотипна: спочатку мобілізуються всі сили, щоб вижити (в тому числі й імунітет), а після деякого часу настає друга фаза — виснаження (або пошкодження). У цій фазі всі захисні сили організму вичерпуються, відбувається зрив адаптації і після цього з'являється безліч різних захворювань.

Як перехідна сходинка між традиційним та інтенсивним загартовуванням існує контрастне загартовування, яке ефективніше, ніж загартовування тільки холодом. Найбільш поширеними методами є контрастні ванни для ніг, обтирання, душ, сауна, російська лазня та ін.

Ванни для ніг: температура гарячої води 42°C (вона залишається постійною), початкова температура холодної води 37°C. Кожні 2 дні температуру знижують на 1°C. Кінцева температура 20°C. Загальна тривалість процедури 8–12 хв., по черзі у холодній (2 хв.) та в гарячій воді (3 хв.).

Вплив на комірцеву зону: дитину по черзі закутують то гарячим, то холодним махровим рушником до пахової області. Температура гарячої води 40°C, холодної — 30°C. Рушник, змочений у гарячій воді, прикладають на комірцеву область на 2 хв., потім змочують у холодній воді і прикладають на 1,5 хв. Загальна тривалість процедури — 10–12 хв.

Вплив на область обличчя: початкова температура гарячої води 38°C, холодної — 30°C. Процедуру проводять так само, як при впливі на комірцеву область.

Особливу зацікавленість викликає застосування, з метою загартовування, холоду помірних (до -30°C) і низьких (до -120°C) температур — як місцевого, так і загального впливу. Доведено ефективність нової технології загартовування та оздоровлення дітей методом кріомасажа стоп. При проведенні цієї процедури у відповідь на короткострокові низькотемпературні впливи кріомасажа організм дитини відповідає позитивною терморегуляторною реакцією, яка стимулює суттєві позитивні зрушення в різних системах організму дітей.

Якщо ніяк не вдається розпочати загартовування через часті респіраторні інфекції у дитини, необхідно провести комплекс загальних процедур, що дозволять м'яко підготуватися до загартовування і одночасно зміцнити організм.

Фізіотерапія

В арсеналі відділень відновного лікування є широкий спектр засобів реабілітації часто хворюючих дітей. Головна особливість дії фізичних факторів — *підвищення адаптаційних можливостей організму, а також стійкості до дії пошкоджуючих впливів*.

Для лікування хронічних захворювань та профілактики загострень широко використовуються інгаляції, світло-, електро- та магнітотерапія.

Сьогодні широко застосовуються чинники, максимально наближені за дією до природних, з лікувальним ефектом впливу на кардіо-респіраторну, нервову, імунну системи.

Галотерапія (спелеотерапія) — метод лікування, заснований на застосуванні штучного мікроклімату, близького за параметрами до умов підземних карстових печер або соляних копалень, де основним чинником повітряного середовища є високодисперсний (частки до 5 мкм) аерозоль хлориду натрію, а також негативні аероіони.

Сучасна галокамера — це спеціально обладнане приміщення з нанесеним на стіни сольовим покриттям. Воно є буферною ємністю по відношенню до атмосферної вологи, сприяє підтримці асептичних та гіпоалергенних умов середовища. У галокамері підтримується лікувальне середовище, насичене сухим аерозолем хлориду натрію із запрограмованою концентрацією, в результаті чого реалізуються протинабряковий, бактерицидний, протиалергенний, заспокійливий ефекти, поліпшується відходження харкотиння. Галоаерозоль,

що складається з негативно заряджених частинок сухого хлориду натрію, проникає в глибокі периферійні відділи респіраторного тракту та надає мукорегулюючу дію в найбільш важкодоступних зонах. При проведенні повторних процедур галоаерозоль діє як фізіологічний стимулятор захисних реакцій дихальних шляхів.

Аероіонотерапія — застосування з оздоровчою та лікувальною метою електрично заряджених газових частинок повітря — аероіонів, присутніх у природі на морському узбережжі, в горах. Негативно заряджені аероіони активізують місцевий захист біологічних тканин, надають антистресовий вплив, стимулюють роботу миготливого епітелію верхніх дихальних шляхів.

Хронічне кисневе голодування відчувають практично всі жителі великих міст, але особливо — діти.

У повітрі мегаполісів вміст кисню менше норми — 21%, а незбалансоване харчування, гіподинамія, стреси та розумові перевантаження, куріння та інші шкідливі звички ще більше погіршують його дефіцит, що сприяє розвитку багатьох захворювань, завчасного старіння. Метод ентеральної оксигенотерапії заснований на здатності кисню досить інтенсивно всмоктуватися в кров через слизову оболонку шлунково-кишкового тракту. При цьому, транспорт кисню здійснюється не тільки потоком крові, але й через лімфу, що покращує постачання киснем тканин, кровоток у яких знижений. Застосування кисневих коктейлів в оздоровчих цілях сприяє активізації роботи імунної системи, підвищує опір організму проти інфекційних захворювань та збільшує фізичну і розумову працездатність.

Дуже ефективний в комплексній профілактиці захворювань такий новий вид лікування, як використання біологічного зворотного зв'язку (БОС). 10–15 занять в ігровій формі на апаратах серії Амбліокор з формування правильного діафрагмального дихання (згідно програми антистрес або правильна постава) забезпечують стійкий терапевтичний ефект.

Термотерапія (сауна) сприяє вдосконаленню адаптаційно-компенсаторних можливостей організму, широко застосовується для оздоровлення дітей, в тому числі, які часто хворіють респіраторними захворюваннями. Режим теплових навантажень за допомогою сауни призначають з урахуванням віку та групи здоров'я дитини.

У період ремісії дітям, які часто хворіють респіраторними інфекціями, для профілактики рецидивів, а також з метою загартовування проводять душі (каскадний, циркуляторний, віяловий). Великою популярністю користуються лікарські, перлинні, гідромасажні ванни з кольоротерапією. Особливе місце займає підводний душ-масаж, що імітує прийоми класичного масажу під водою, який зміцнює та тонізує м'язи, стимулює трофіку, поліпшує дію кровопостачання тканин. В основі водолікування при зовнішньому застосуванні лежить комплексний вплив на організм термічного, механічного та хімічного факторів, вплив яких, виражено при всіх водних процедурах. Поєднання впливів цих факторів викликають місцеві й відповідні рефлекторні та нейрогуморальні реакції організму, що виражаються, перш за все, у змінах процесів терморегуляції, гемодинаміки та метаболізму, а також функціонального стану органів та систем.

Загальні принципи фізичного виховання дітей

Для правильного росту та розвитку дитини необхідно з раннього віку починати фізичне виховання, яке для дітей раннього віку передбачає охорону та зміцнення здоров'я, вдосконалення функцій організму дитини, її повноцінний фізичний розвиток. Складові фізичного виховання спрямовані на своєчасне формування у дітей рухових навичок, умінь та фізичних якостей. Розвиток у дитини інтересу до різних доступних йому видів рухової діяльності удосконалює вольові якості — силу, витривалість, спритність, швидкість. Виховання звички у дітей до щоденних занять фізичними вправами та до процедур, що загартовують, сприяє вдосконаленню етичних та моральних якостей особистості.

Для вирішення цих завдань необхідно створити сприятливі гігієнічні умови та забезпечити дбайливий догляд за дітьми, організувати правильний режим дня, повноцінне харчування, достатнє перебування дітей на свіжому повітрі, проводити загартовуючі заходи. Розвиток рухів у дітей має особливо важливе значення. Турбота про підвищення рухової активності дитини важлива протягом усього періоду бадьорості — це створює відповідну обстановку для занять. Велике значення має підбір фізкультурних посібників та іграшок, які спонукають дітей до їх використання. Необхідно постійно піклуватися про правильну поставу дітей раннього віку і пам'ятати, що

запорукою такої постави є гарний загальний фізичний розвиток дитини. Правильна постава — ознака гарного здоров'я.

Навчання дітей руховим навичкам та вмінням відбувається, головним чином, під час обов'язкових, для всіх дітей, занять фізичною культурою. Вони проводяться з кожною дитиною першого року життя індивідуально, а з дітьми 2-го і 3-го року життя — або індивідуально, якщо є така можливість, або в групах по 2–3 дитини.

Програмою навчання передбачено поступове засвоєння дітьми конкретних рухових вмінь, навичок і знань. У програмі кожної вікової групи викладається переважно новий навчальний матеріал; засвоєні фізичні вправи та ігри систематично повторюються й закріплюються.

У фізичному вихованні повинен дотримуватися строгий диференційований підхід (при призначенні режиму, харчування, загартовуючих процедур, при підборі ігор та фізичних вправ) — враховують вік, стан здоров'я, фізичний розвиток і підготовленість, а також індивідуальні особливості дитини.

На першому півріччі життя із специфічних засобів фізичного виховання застосовуються переважно масаж, рефлекторні вправи, елементи активних і пасивних вправ. Активні фізичні вправи включають у повіковий комплекс поступово, і до кінця першого року життя масаж повністю замінюють фізичними вправами. Масаж, фізичні вправи та загартовуючі процедури покращують роботу всіх органів і систем дитини, сприяють більш пропорційному розвитку дитячого організму, правильній поставі, підвищенню активності неспецифічних чинників захисту організму. Фізичні фактори підвищують опірність та адаптаційні можливості організму дитини до несприятливих факторів зовнішнього середовища.

Умовно заняття фізкультурою можна розділити на 3 частини (вводно— підготовча, основна і заключна частини). Кожна частина має свої конкретні завдання та певний зміст.

Завдання вводно-підготовчої частини: організація дітей, кон—центрування їх уваги, підвищення зацікавленості та активності дітей, а також функціональна підготовка опорно-рухового апарату і всіх внутрішніх органів та систем до майбутнього підвищення фізичного навантаження в основній частині заняття. Вводно-підготовча частина за часом займає приблизно до 20% всієї тривалості заняття.

Для дітей першого року життя у цій частині заняття проводиться масаж дрібних та середніх м'язових груп і вправ для них. Для дітей раннього віку — ходьба і різні її види, перестроювання, загально-зміцнюючі вправи для всіх м'язових груп. Останнє виконують у наступному порядку: для м'язів верхніх кінцівок, плечового пояса, тулуба та нижніх кінцівок.

Фізичні вправи повинні виконуватися дітьми у формі простих ігор з поступовим збільшенням фізичного навантаження.

Основна частина заняття сприяє розвитку та удосконаленню рухових навичок і умінь, а також вихованню фізичних якостей.

Під час занять потрібно прагнути розвивати та вдосконалювати ті рухові навички, які найбільш необхідні у даному віці. Наприклад, у дітей першого півріччя життя слід розвивати рухові навички при поворотах зі спини на живіт, з живота на спину, а трохи пізніше — навички у повзанні. У дітей старшого віку — розвивати та вдосконалювати рухові навички в основних видах руху: ходьбі, бігу, рівновазі, лазанні, метанні, стрибках.

У цій частині заняття для дітей першого року життя проводять масаж великих м'язових груп та вправи для них, для дітей раннього віку пропонують вправи з виконанням основних видів рухів. Після цих вправ необхідно додати просту рухливу гру.

Діти в основній частині фізкультурного заняття отримують оптимальне фізичне навантаження на всі м'язові групи, серцево-судинну і дихальну системи. Вони стають активними, особливо після правильно організованої рухомої гри. Під впливом фізичного навантаження посилюється діяльність органів кровообігу, дихання та ін.

Заклучна частина фізкультурного заняття спрямована привести організм у відносно спокійний стан та зберегти при цьому бадьорий настрій дитини. Її тривалість становить близько 10% часу, відведеного на заняття. Фізичне навантаження у цій частині значно знижується. Для дітей першого року життя заняття закінчується вправами для середніх та дрібних м'язових груп, погладжуючим прийомом масажу; для дітей раннього віку — спокійною ходьбою або грою малої рухливості та ін.

Розподіл фізкультурного заняття на частини відповідає закономірностям включення організму в роботу та дає можливість забезпечити найкращі умови фізичного виховання дітей. Кількість

частин у занятті та їх послідовність залишаються незмінними у всіх вікових групах. Зміст та тривалість кожної частини фізкультурного заняття змінюються в залежності від віку, стану здоров'я, фізичного розвитку дітей.

Профілактика порушення харчової поведінки в дітей раннього віку та підлітків

Процеси росту та розвитку дитини з раннього дитинства залежать від багатьох чинників, один з яких — повноцінне харчування і правильна організація вигодовування дитини. Проте не завжди від правильної організації вигодовування і харчування маленької дитини дорослими залежить достатнє та якісне споживання їжі дитиною, а саме, її харчова поведінка.

Причинами розладів зі сторони харчової поведінки у немовлят можуть бути:

- порушення у системі взаємовідносин «мати-дитя» у ранньому віці;
- незвичні для малюка смакові якості їжі та її консистенція;
- несприйняті дитиною способи вживання їжі у ранньому віці;
- психологічні проблеми в сім'ї у ранньому дитинстві;
- різкі зміни стереотипу життя та харчування дитини;
- наявність деприваційних ситуацій у ранньому дитинстві (відрив дитини від матері, перехід в іншу дитячу виховну установу).

Співпраця лікаря — психолога — батьків необхідна для розуміння причин і форм порушення харчової поведінки та подолання цих розладів.

Відмова немовляти від грудного вигодовування може статися через різні причини: неприємний або не звичний смак молока, неправильне або незручне положення дитини під час годування груддю, неприйняття грудного вигодовування матір'ю з її особистих причин і т.д.

Гіпорексія, анорексія (зниження апетиту, повна відсутність апетиту) може проявлятися у дітей з раннього віку. Малюки ніколи не просять їсти, їм незнайоме відчуття голоду, у них немає улюблених страв. Діти погано сприймають нову їжу: їх дратує її запах, смак, консистенція і навіть її зовнішній вигляд. Тому введення прикорму становить велику проблему. Все це змушує навколишніх вигадувати різні способи годування. На жаль, ці способи часто мають насильницький

та негативний характер: «запихання їжі» в рот дитини, розповіді лячних «страшилок», прямі погрози покарання, позбавлення улюблених іграшок і т.д. Зазвичай годування такими способами закінчується блюванням або повною відмовою дитини від споживання їжі. У ряді випадків маленька дитина виробляє різні форми активного або пасивного протесту, побачивши підготовку до годування або спроби дорослих змусити його поїсти. Малюк може кричати і тупотіти ніжками, вередувати, викидати ложку, намагатися викинути мисочку з їжею. Інша дитина проявляє реакцію на спробу його нагодувати пасивною формою протесту — стає сумною, плаксивою, з'являються позиви на блювоту при вигляді будь-якої їжі.

Не менш згубно на формування харчової поведінки малюка впливає інша форма годування, начебто доброзичлива по відношенню до дитини. Йому дозволяють робити все, що він хоче: дають пограти з забороненими предметами, годують у незвичайних місцях, розповідають улюблені казки, непомітно кладуть у рот дешицю їжі, намагаючись не привертати уваги до їжі і т.д. Такий, здавалося б, «позитивний» для малюка спосіб годування також згубно впливає на формуванні його харчової поведінки.

Батьки розповідають про ще один спосіб годування — не давати дитині їжі, поки він не попросить — «зголодніє і попросить». А він і не попросить! Це пов'язано з відсутністю очікуваного батьками відчуття голоду. При цьому дитина починає худнути та стає більш слабкою.

Необхідно виявити першопричини (на фізіологічному і психологічному рівні) такої харчової поведінки дитини і, відповідно до цього, змінювати способи годування. А, головне, вилучити причини відмови дитини від їжі і повернути йому відчуття голоду, відновити втрачений апетит:

- перш за все, не потрібно фіксувати увагу дитини на прийомі їжі;
- потрібно, щоб малюк не бачив задалегідь приготувань до його вигодовування;
- бажано прийом їжі почати з годування ляльок або улюблених іграшок — дитина буде годувати їх і себе;
- дати можливість дитині самостійно вибрати охочу для нього їжу;
- обов'язково вчити його їсти самостійно в ігровій формі;
- доцільно, щоб малюк їв з усіма за одним столом — усі їдять, прицьмокуючи від задоволення, і, тим самим, стимулюють харчовий інстинкт дитини;

- поступово прищеплювати дитині спадкування дій дорослого під час їжі.

Неправильний процес годування, особливо насильним способом, може привести до появи іншої форми порушення харчової поведінки — звичайної блювоти. Спочатку блювота виникає при спробі нагодувати насильно дитину. Однак, якщо спосіб годування малюка не буде змінений, то блювотний рефлекс стає звичним навіть при вигляді їжі. Надалі будь-які психологічно неприйнятні дитиною ситуації призводять до виникнення звичайної блювоти. Виникає хворобливий стан соматоформного типу, яке необхідно лікувати з обов'язковим залученням дитячого психолога для психологічної корекції ситуації та особистісної реакції дитини.

Звичайна блювота може бути пов'язана з частою відрижкою у немовлят. Таких дітей батьки при годуванні намагаються захистити від найменших незручностей: перетирають компоненти їжі до однорідної гомогенної маси, щоб малюку не попалися шматочки їжі. Іноді батьки пропонують дитині таку консистенцію їжі до віку 5–6 років, аби їжа заповнила шлунок. Як відомо, якщо дитина не навчена жувати їжу, то від цього страждає ріст зубів, робота травного тракту та багато іншого. Для посилення апетиту необхідно роздратування їжею смакових рецепторів язика і ротової порожнини. Такий підхід до годівлі стимулює харчовий інстинкт і налагоджує харчову поведінку дитини.

Батькам слід стежити за тим, щоб малюк, добре розжовуючи їжу, її проковтнув. Трапляються приклади харчової поведінки, коли дитина, навчена правильно жувати, їжу не проковтує, а продовжує тривалий час її жувати, перетворюючи її в «жуйку».

Румінація — це усвідомлене зригування їжі, яку дитина ковтає знову або випльовує з рота. Цей симптом частіше виникає у хлопчиків, ніж у дівчаток, у ранньому віці. Але така харчова поведінка може тривати аж до шкільного віку. Передумовами стають неправильний спосіб годування, переїдання їжі дитиною, порушення в системі відносин «мати-дитя». Однак румінація може бути і формою протестної поведінки маленької дитини та проявлятися в незвичній або неприємній для нього ситуації.

Необхідно також звернути увагу на переїдання їжі дитиною. Малюкові з таким «апетитом» все одно, що з'їсти, головне, аби було «багато їжі». При цьому дитина не звертає уваги на смакові та видові

якості їжі, її консистенцію. У дитини обмежується або зовсім пропадає відчуття ситості, насичення їжею, він відчуває постійне бажання щось з'їсти. За відсутності порушень з боку травної системи такі симптоми вказують на появу психологічно обумовленої гіперрексії — зачатка булімії. За таких умов необхідно звернути увагу на психологічний мікроклімат у сім'ї та успадкування такого ставлення до вживання їжі. Допомога медичного психолога стає обов'язковою.

Піка (МКБ-10 F 98.3) — це розлад харчової поведінки, який характеризується прагненням дитини вживати неїстівні предмети або речовини (крейда, фарби, пісок, харчові відходи і т. д.). Усім відомо: малюки тягнуть до рота все, що їх оточує. Така поведінка пов'язана не з харчовим інстинктом, а з прагненням дитини пізнати світ речей: вони обмацують руками, лижуть, пробують «на зуб». Крім того, в період прорізування зубів маленька дитина намагається «почухати» ясна будь-яким предметом. Піка — це невгамовне прагнення до поїдання неїстівного. Таке спотворення харчової поведінки найчастіше зустрічається у дітей з органічним ураженням нервової системи або у розумово відсталих дітей. Однак воно може бути наслідком і психологічних причин: соціально-психологічна депривація, агресивність матері до дитини, протестні реакції малюка, що потребують втручання дитячого психолога.

У ряді випадків, коли порушення харчової поведінки пов'язані з психологічно неприйнятними умовами маленької дитини, варто до корекційних заходів додати психолога, складаючи тандем: лікар — батьки — психолог.

Основним методом корекції даного стану вважають припинення «патологічного годування». За рекомендаціями фахівців клініки Wolfson, батьки повинні поважати відмову дитини від їжі або відсутність у нього інтересу до їжі, оскільки це єдине, чим дитина може маніпулювати дорослими. Якщо дитина завчасно припиняє прийом їжі, в тому числі і при годуванні з пляшечки, потрібно запропонувати йому їжу через кілька хвилин. При повторній відмові слід закінчити годування та наступний прийом їжі проводити не раніше ніж через 3 год, а краще — коли малюк зголодніє. Природне почуття голоду повинно бути єдиною мотивацією для прийому їжі. Часті прийоми їжі та перекушування придушують нормальне почуття голоду, тому необхідно більш уважно ставитися до бажань та потреб дитини.

На початкових етапах корекції «патологічного годування» у більшості дітей відбувається зменшення споживання колишнього обсягу їжі. Це пов'язане з сильними переживаннями та тривогою з боку батьків. Для досягнення позитивних результатів потрібно проводити цілеспрямовану роботу з батьками для зниження ступеня їх тривожності. Батькам в такій ситуації найчастіше необхідна психологічна і психотерапевтична допомога.

Часто відмови від їжі супроводжують етап введення прикорму з ложечки. При відмові від ложки потрібно продовжувати годування з пляшечки протягом 1 місяця, підбираючи відповідні рідкі продукти прикорму. Аналогічні рекомендації для дітей, які відмовляються від їжі певної консистенції (частіше більш щільною або їжі шматочками): повернутися до їжі тієї консистенції, яку дитина їла охоче, а далі намагатися знову ввести страви в раціон. У дітей з розладом харчування нерідко виробляються адаптивні способи придушення голоду та оральної активності: дитина п'є багато води, тривалий час смочаєпустушку, яка може замінити йому годування, у зв'язку з чим слід обмежити споживання рідини і застосуванняпустушки.

При корекції синдрому з систематичним поїданням неїстівних речовин необхідний контроль поведінки дитини для обмеження її доступу поїдати такі речовини (папери, килими та т.і.).

При регургітаційних та жувальних розладах терапія включає звуження кола осіб, які доглядають за дитиною для забезпечення сталості та міцності емоційних зв'язків, дозоване збільшення уваги, перш за все від матері.

Крім поведінкових методів корекції дитині з відмовами від їжі (з метою профілактики недостатності поживних речовин) рекомендований індивідуальний підбір харчування. Коли малюк відмовляється від їжі, споживаючи малий добовий обсяг, необхідно посилити харчування: для дитини, що знаходиться на природному вигодовуванні, — ввести догодовування сумішшю; для дитини на штучному вигодовуванні слід підібрати суміш з більшою калорійністю і вмістом основних харчових речовин. У даний період часу широко застосовують продукти ентерального харчування, які є нормо— або гіперкалорійними, або преформули, що містять більше білка у порівнянні з першими і другими формулами, а також мають у своєму складі жирні кислоти з середньою довжиною ланцюга, котрі здатні

всмоктуватися в системі воротної вени без попереднього розщеплення ліпазою в кишковику. Іншим варіантом є використання модулів — білкових, вуглеводних, жирових. Наприклад, для додаткового енергетичного забезпечення можна збагатити раціон харчування полімерами глюкози і / або середньоланцюговими тригліцеридами. При виявленні порушень розщеплення / всмоктування харчових інгредієнтів доцільне застосування лікувальних продуктів — сумішей на основі високогідролізованого молочного білка з середньоланцюговими тригліцеридами.

Пацієнтам з розладом прийому їжі необхідно підбирати харчування відповідно до їх смакових уподобань.

Дитина раннього віку віддає велику перевагу тим продуктам прикорму, які вживала жінка під час вагітності. Вчені дійшли висновку, що амніотична рідина набуває смак продуктів, які вживає вагітна, тим самим ці смаки відчуває дитина внутрішньоутробно.

На формування смакових переваг дитини впливає характер її вигодовування протягом перших місяців життя. Діти, що знаходяться на грудному вигодовуванні, вважають кращими ті продукти прикорму, які мати їла в період годування груддю.

Якщо жінка в період годування груддю обирає різноманітні фрукти, то у майбутньому дитині буде подобатися смак цих фруктів, чого не було зазначено у дітей, які перебувають на штучному вигодовуванні.

Учені дійшли висновку, що солодкий смак є ефективним у зниженні сприйняття спонтанного болю, і, отже, тривалості плачу як у доношених, так і у недоношених дітей, що стало використовуватися при проведенні ними хворобливих процедур (венепункції або внутрішньом'язових ін'єкцій).

Перевагу солоним розчинам перед простою водою немовлята починають віддавати тільки від 4 місяців життя, при цьому максимально виражена реакція відзначається в період з 4 до 6 місяців.

Смакове сприйняття солоного також залежить від уподобань матері під час вагітності, але воно більш мінливе, ніж від солодкого. Перевага солоного смаку у віці 4 місяців було вище у дітей, матері яких під час вагітності страждали важким токсикозом, а саме, ранковою блювотою, в порівнянні з дітьми, чиї матері не страждали токсикозом або мали легкі його прояви.

Застосування цих інструкцій у пацієнтів з розладом харчування ефективно у 85% випадків, неефективність в інших 15% визначається незгодою батьків, яким потрібна серйозна робота з психологом, а в ряді випадків і з психіатром.

5.5 ПРОФІЛАКТИКА ПОРУШЕНЬ ХАРЧОВОЇ ПОВЕДІНКИ В ДІТЕЙ ШКІЛЬНОГО ВІКУ

У сучасному суспільстві проблема харчової поведінки дуже актуальна. Дівчатка і дівчата у віці 11–17 років приділяють підвищену увагу своєму зовнішньому вигляду, а також думці оточуючих про нього. Вони витрачають безліч сил і енергії для досягнення та підтримки ідеалів краси: відмовляються від прийому їжі, постійно контролюють масу тіла. Обмежувальна харчова поведінка як схильність до нервової анорексії у сучасних дітей і підлітків набула характеру епідемії. Фактично ця проблема міжнародного масштабу. У Франції щорічно фіксується від 3000 до 6000 чоловік, в Німеччині — у 27% дівчаток і дівчат у віці 11–17 років з порушеннями харчової поведінки.

З 2008 року 16 листопада був відзначений як Міжнародний день боротьби з анорексією.

Нервова анорексія — це серйозне захворювання, що виявляється у втраті почуття голоду, відсутність апетиту при наявності фізіологічної потреби в харчуванні. При нервовій анорексії спочатку відмова від їжі виникає з метою схуднення (обмежувальна харчова поведінка) потім почуття голоду згасає і з'являється відраза до їжі, що при тривалому перебігу захворювання може призвести до виснаження й смерті. Випадки самостійного та спонтанного одужання відзначаються вкрай рідко. При своєчасно розпочатій терапії одужання коливається в межах від 25 до 47%, смертність — від 5 до 15%, хронічний перебіг хвороби — від 20 до 30%. Тому проблема ранньої діагностики та профілактики порушень харчової поведінки є нагальною та актуальною в сучасній педіатрії.

Зазвичай анорексія починається в підлітковому віці, для якого характерна висока ймовірність схильності до розладів харчової поведінки у зв'язку з високою суб'єктивною значущістю зовнішності при формуванні стабільної самооцінки, досягнення оптимального соціального статусу.

Перші симптоми нервової анорексії описав в 1998 році P.Gilchrist: змінюється ставлення до їжі, обмежується раціон харчування — характерна відмова від жирів і вуглеводів; хворі уникають присутності при приготуванні їжі. З'являються компульсивні звички: зосередження уваги на споживанні їжі або руховій активності, щоб уникнути почуття насичення; розвиток ритуальних дій — спорожнення сечового міхура та кишковика перед їжею; харчові ритуали — їжа повинна бути поріzana, так і пережована певне число раз протягом певного часу. Хворі контролюють свій апетит: часті зважування, вживання великої кількості води або куріння з метою знизити апетит; провокування блювання. Потреба худнути спочатку носить соціально адекватний характер, відповідним актуальним потребам в схваленні та визнанні оточуючих. Однак, досягнувши початкового «ідеалу», дівчатам складно зупинитися. Згодом потреба починає набувати патологічний характер, подальша діяльність з редукції ваги вже не є довільно регульованою. Ця діяльність відривається як від соціальних адекватних мотивів, так і від біологічних потреб. Будь-які дії оточення, спрямовані на зміну обмежувальної харчової тактики, сприймаються негативно, для цього використовується майстерна брехня і приховування реальної кількості їжі, що вживається. Людина продовжує худнути навіть тоді, коли розуміє, що здоров'ю завдано шкоди та є безпосередня загроза життю. Дівчата всіляко уникають оцінки з боку оточуючих з приводу їх ваги і зовнішнього вигляду. Анорексія стає провідною в синдромі обмежувальної харчової поведінки.

О.А. Сагалова і співавт. (2015) виділяють чотири етапи розвитку анорексії. Початковий етап — **обмеження прийому їжі**. Значимість соціального оцінювання і схвалення носять першорядний характер. Другий етап — **контроль над вживанням їжі**. Змістотворна сила початкового мотиву слабшає, знижується спонукання контролю ваги. Наступний етап — **самофокусування на недоліках**. Схуднення набуває самостійну спонукальну силу, відриваючись від соціальної спрямованості. Знижується критичність до себе та своєї поведінки, до наслідків власних дій. Четвертий етап — **розвиток анорексії**. У діяльності домінує антивітальний мотив. До антивітальних переживань відносяться роздуми, фантазії про безглуздість, «непотрібність» життя. Відношення до негативних наслідків діяльності для здоров'я некритичне та некорегуєме. Дівчата не можуть змінити

обмежувальний план харчової поведінки, що сприяє зриву психічної діяльності та соціальної поведінки.

Неврогенна анорексія у дітей, безсумнівно, заслуговує більш пильної уваги лікарів. Профілактику порушення харчової поведінки необхідно починати з дитячого віку. Основне місце в профілактиці захворювання відводиться батькам, вихователям, учителям. Перш за все, дитині необхідно допомогти сфокусуватися на адекватному сприйнятті самої себе і на створенні позитивного образу своєї особистості, щоб дитина не акцентувала свою увагу на недоліках власної зовнішності та наявних зайвих кілограмах. Дівчатам необхідно розширити їх уявлення про жіночі привабливості. В рамках проблемної дискусії обговорити горезвісне співвідношення зовнішньої та внутрішньої краси. Показати, що вони обидві важливі.

Зовнішня краса — це не тільки фізичні особливості організму і тіла, ті, що дані нам природою — зріст, гарна статура, правильні риси обличчя, але й доглянутий вигляд, стиль одягу, макіяж, манери, все це теж зовнішнє, але саме внутрішнє наповнює це зовнішнє індивідуальністю.

Профілактикою формування нервової анорексії є перш за все формування здорового способу життя та формування адекватної оцінки власного здоров'я. Батьки повинні не тільки говорити дітям про раціональне харчування та користь фізичних навантажень, але й самі дотримуватися цих правил. Необхідно проводити профілактичні бесіди про недоліки інтенсивного голодування, оздоровлення раціону харчування. Обмежити потік інформації, яка регламентує анорексичний образ сучасного підлітка. Корекційно-профілактична робота повинна спрямовувати енергію підлітків в творче русло та творчу діяльність. Необхідне залучення всього арсеналу психолого-педагогічних засобів (ігрові, арт-терапія, музикотерапія, кінезіотерапія, бібліотерапія і т.д.) в рамках традиційних та додаткових форм організації навчального процесу (конкурси, вікторини, свята, гуртки, факультативи, театральні студії і т.д.). Використання подібних засобів сприяє розвитку впевненості в собі, підвищення самооцінки, самоконтролю та управління своїми емоціями. При підозрі в зміні харчування, або при проявах бажання дотримуватися суворої дієти, відмові від прийому їжі спільно з сім'єю, зменшенні «своєї» порції, акцентуації на окремії їжі (тільки червоне або зелене), надмірному

бажанні нагодувати «молодших родичів», ухиленні від обговорення харчування й ваги, зайвій заклопотаності своєю фігурою, калоріями, дієтами і при цьому різке зниження ваги, яка стає менш 85% від вікової норми, батькам необхідно звернутися до лікаря.

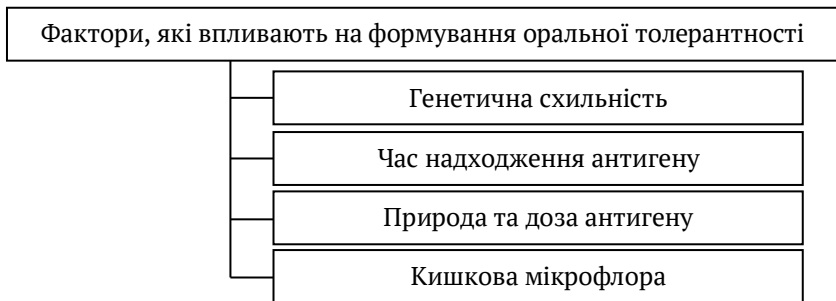
Лікування на початкових етапах (обмеження прийому їжі та контроль над вживанням їжі) носить комплексний характер — перш за все, необхідна консультація психотерапевта та робота з усією сім'єю. Консультації повинні носити характер регулярних сеансів. Психотерапевт формує у пацієнта відсутність боязні повноти. Коли підвищення маси тіла перестає викликати тривогу, до лікування приєднується лікар-дієтолог. Спільно вони формують раціональні підходи до здорового способу життя, збалансований раціон харчування, спрямований на нормалізацію та підтримку досягненої ваги. На початковому етапі лікування пацієнти потребують застосування спеціального лікувального харчування. Рекомендуються часті прийоми їжі малими порціями. Проводиться розрахунок раціональних фізичних навантажень. При своєчасно розпочатій терапії одужання настає у 20% пацієнтів, тривала ремісія — у 5%. Чим раніше виявлено захворювання, тим успішніше буде лікування.

5.6 ПЕРВИННА ТА ВТОРИННА ПРОФІЛАКТИКА АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ В ДІТЕЙ

Найбільш перспективна і найменш витратна для системи охорони здоров'я — первинна профілактика atopічного дерматиту. Вона орієнтована на здорових дітей, у яких відсутні як клінічні прояви алергічного запалення, так і його лабораторні маркери. На педіатричній дільниці первинна профілактика може охоплювати і групу дітей з латентною сенсibiliзацією, яка не супроводжується клінічними симптомами. Про латентну сенсibiliзацію у дитини немає даних ні у батьків, ні у педіатрів, ні у алергологів через відсутність скарг, клінічних проявів і, відповідно, відсутності алергологічного обстеження.

Стрімке зростання поширеності алергічних захворювань у всьому світі стимулює вивчення механізмів, що лежать в основі формування алергії для пошуку нових шляхів профілактики недуги XXI століття.

У пошуку ефективної стратегії первинної профілактики захворювань все більше дослідників вказують на можливості, які відкривають перші 1000 днів життя дитини. Цей час — критичне вікно, коли можливо провести «налаштування» імунітету у потрібному напрямі і здійснити, зокрема, профілактику алергії. Передбачається, що вплив на найбільш «керовані» чинники у перші 1000 днів життя дитини для індукції толерантності може забезпечити ефективність первинної профілактики алергічного захворювання.



Генетична схильність

Дані декількох епідеміологічних досліджень кінця ХХ століття показали, що у розвитку алергії має значення генетична схильність. Це дозволило розробити оцінку потенційного ризику розвитку алергії у дитини, на підставі якої нині і рекомендується проведення первинних профілактичних заходів. Встановлено, що за наявності у сім'ї хворих з atopічними хворобами подвоюється ризик розвитку харчової алергії у перші 6 років життя, причому величина цього ризику зростає зі збільшенням числа хворих у сім'ї. У дітей з неоттяженим алергологічним анамнезом ризик розвитку алергії може досягати 15–20%. Якщо алергічна хвороба є у одного або більше членів сім'ї, то ризик розвитку алергії у дитини значно зростає, досягаючи 33–48%, а якщо алергією страждають обидва батьки — 60%.

Час надходження антигена

Уже під час вагітності дитина внутрішньоутробно контактує з різними чинниками навколишнього середовища. Дитина продовжує безпечно «знайомитися» з алергенами через молоко матері, при

своєчасному введенні молочних продуктів або дитячих молочних сумішей. Дія алергену у перші дні життя впливає на розвиток алерго-специфічного імунного відгуку. Грудне вигодовування непорушно залишається золотим стандартом вигодовування та грає істотну роль у профілактиці алергії. Сьогодні доведено, що молоко матері, завдяки низьким дозам алергенів, а також імуномодулюючим чинникам — імунокомпетентним клітинам, антитілам, олігосахаридам, стимулює розвиток оральної толерантності як безпосередньо, так і опосередковано через вплив на мікрофлору дитини. Саме тому так важливо перше прикладання до грудей ще у пологовому залі.

Раннє введення білків коров'ячого молока у складі молочної суміші впродовж перших 5 днів життя достовірно збільшує ризик алергічного захворювання як у дітей з групи низького, так і високого ризику з розвитку алергії.

У сучасних міжнародних та російських рекомендаціях вказується на те, що з метою профілактики алергії, тривалість грудного вигодовування повинно складати не менше 4–6 місяців.

Природа та доза антигена

Потенціал індукції толерантності та можливість сенсibilізації безпосередньо пов'язані з дозою алергену, яка поступає. Низька експозиція алергену, наприклад, з грудним молоком і частково гідролізованою сумішшю «вчить» імунну систему правильно розпізнавати антиген та більшою мірою стимулює розвиток толерантності, ніж сенсibilізації. Повна ж елімінація алергенів не веде до сенсibilізації, але і не стимулює розвиток толерантності, відповідно, не є ефективною профілактикою.

Профілактична ефективність сумішей на основі часткового гідролізу білка дозволила включити їх у використання у дітей перших 4–6 місяців життя в сучасні рекомендації ЕААСІ по первинній профілактиці алергії. Якщо грудного вигодовування недостатньо або воно неможливе, то діти з високим ризиком розвитку алергічних захворювань повинні отримувати гіпоалергенну суміш з доведеним захисним ефектом, тоді як інші діти — стандартну суміш. Сосві суміші та молоко інших тварин не рекомендовані для профілактики і лікування алергії.

Доведений профілактичний ефект включення пребіотичної суміші коротколанцюжкових галакто— та довголанцюжкових фруктоолігосахаридів (scGOS/lcFOS) у складі гіпоалергенної суміші для харчування дітей з «групи ризику» розвитку харчової алергії. При цьому профілактичний ефект зберігався як через 2 роки, так і впродовж 5-річного спостереження.

Кишкова мікрофлора

Мікробіота кишковика є необхідною умовою для розвитку харчової толерантності: бактерії — представники ендогенної флори кишковика — здатні індукувати секрецію цитокінів Th1 (зокрема, $INF\gamma$), а також продукцію інтерлейкінів (IL) 10 і 12, протидіючих Th2— залежної алергічної сенсibilізації. Крім того, захисна флора підтримує стан рівноваги Th1/Th2, яка превалює у більш пізньому віці у здорових дітей.

Одним з перспективних напрямів у профілактиці алергодерматозів і, зокрема, atopічного дерматиту, на думку експертів ВООЗ, є застосування пробіотичних препаратів.

Результати катамнестических клінічних досліджень свідчать: застосування біфідобактерій і лактобактерій у пренатальному періоді та у періоді 2 років життя запобігає сенсibilізації до нових антигенів у період переведення дітей з грудного вигодовування на суміші, нормалізує у них рівень IgE і чинить профілактичну дію відносно atopічної екземи. Є припущення, що у пацієнтів віком старше 5–6 років активність шлунково-кишкового мікробіцидного бар'єру досягає «дорослих» значень, і при цьому ефективність пробіотиків може істотно знижуватися.

Формування адекватної імунної відповіді на власну мікрофлору є одним з вирішальних чинників розвитку толерантності. Особливу роль у розвитку імунітету немовлят грають біфідобактерії. Біфідобактерії найбільш активні в перемиканні поляризації Th— клітин з напрямку Th2, характерного для внутрішньоутробного періоду, у напрямі Th1. Їх вміст у грудному молоці складає $1,4 \cdot 10^5$ бактерій в 1 мл. Основними штамми, що виділяються, є *B. longum* (74%) і *B. animalis* (58%).

Розвиток харчової толерантності неможливий без контакту з алергеном, причому цей контакт повинен відбуватися у період так званого «критичного вікна», тобто в перші 4–6 місяців життя.

Введення прикорму починається у дітей з atopічним дерматитом у тому ж віці, що і у здорових дітей, — з 4 до 6 місяців. Принципових відмінностей у тактиці введення прикорму не існує. Проте для успішного введення прикорму необхідно дотримуватися ряд важливих правил:

1) деякі продукти вводяться у дітей з atopічним дерматитом набагато пізніше, ніж у здорових. Так, молочні продукти: вершкове масло, кефір, сир вводяться строго індивідуально, як правило, у віці старше 1 року; яйця, риба, куряче м'ясо та інші продукти, які часто викликають алергію, вводяться тільки дітям, старшим за 1 рік;

2) усі продукти прикорму вводяться окремо, для оцінки переносимості. На перших стадіях введення прикорму вводяться тільки монокомпонентні блюда («компонентом» слід вважати навіть мінімальні добавки, такі як крохмаль, рослинну олію, спеції і будь-які інші);

3) надають перевагу продуктам дитячого харчування з контрольованою якістю;

4) найголовніша умова та запорука успіху — комплексний підхід до терапії atopічного дерматиту, що включає поєднання дієти, індивідуально підбраного догляду за шкірою, зовнішньої терапії, системної фармакотерапії.

Прикорм не вводять у дитини, яка знаходиться у діагностичному періоді та періоді підбору терапії atopічного дерматиту.

У якості першого прикорму обирають монокомпонентне (без цукру, солі, олії, загусників) пюре з низкоалергенних капусти брокколі, цвітної капусти, кабачка. Кількість пюре збільшують звичайним способом, доводячи поступово до 130–150 г за годування. Надалі, за умови нормальної переносимості, можливий перехід на пюре з декількох овочів, розширення асортименту введенням гарбуза, картоплі, моркви, зеленого горошку. У зв'язку з необхідністю відстежувати переносимість кожного нового компонента не менше 3 дб, процес введення та розширення першого прикорму триває довше, ніж у здорових дітей. Нові компоненти не вводять у дні появи свіжих яскравих висипань на шкірі. Не допускають одночасного введення прикорму та вакцинації.

У асортименті варіант «першого вибору» у дітей з atopічним дерматитом: пюре з брокколі, з цвітної капусти (дозволені до застосування з віку 4 місяців) та «подальшого вибору»: пюре морквяне

(дозволено до застосування з віку 4 місяців), пюре гарбузове, пюре з кабачків і картоплі, пюре з брокколі і кабачків, пюре з цвітної капусти і кабачків, пюре з яблук і кабачків (дозволені з віку 5 місяців).

Через 3–4 тижні можна починати введення каші. Першою кашею для дитини з atopічним дерматитом має бути каша монокомпонентна, безмолочна, безглютенна. У дітей з atopічним дерматитом, незалежно від характеру вигодовування (природне або штучне), для розведення каші варто використовувати суміш гідролізату. Таке додавання допоможе наситити раціон дитини як калорійністю, так і необхідними вітамінами та мікроелементами.

Після успішного введення каші, дитина може отримувати прикорм 3 рази на день: 2 рази овочі, 1 раз кашу, або навпаки. Далі можливе введення фруктових пюре (з яблук, груш, чорносливу, кураги, чорниці), воно використовується як десерт або у комбінації з кашою дітям, яким не подобається смак каші. Проте частіше у дітей з atopічним дерматитом перевага віддається 3-у м'ясному прикорму.

М'ясне пюре вводять у віці 6,5–7 місяців, спочатку у кількості до 30 г, у 7–8 місяців життя об'єм м'ясного пюре повинен складати близько 50 г/доб, а до 1 року — до 70г. Якщо дитина знаходиться на безмолочному харчуванні (не отримує ні грудного молока, ні адаптованої суміші), йому потрібна більша кількість м'ясного пюре. У цьому випадку дитина отримує м'ясне пюре 2–3 рази протягом дня.

Пацієнтам, чутливим до білку коров'ячого молока, у якості стартових не підходять пюре з яловичини, телятини. Усім дітям з алергічними проявами небажане введення курки до 12 місяців життя. Гарною альтернативою є пюре на основі свинини, кролика, індички, ягнятини.

5.7 Сучасні підходи до профілактики ТА ЛІКУВАННЯ ВІТАМІН D-ДЕФІЦИТНОГО РАХІТУ В ДІТЕЙ

Вітамін D-дефіцитний рахіт — захворювання інтенсивно зростаючого дитячого організму (що виникає найчастіше у дітей 3–18 міс.), обумовлене недостатністю в організмі вітаміну D, що призводить до порушення регуляції фосфорно-кальцієвого обміну, мінералізації кісткової тканини, функції нервової системи і внутрішніх органів.

Вітамін D відноситься до групи жиророзчинних вітамінів, крім того, в даний час визнано, що вітамін D і його активні метаболіти є компонентами гормональної системи, тому що він біологічно неактивний; не є кофактором ферментів як інші вітаміни; може самостійно синтезуватися в організмі з ацетату і холестерину, подібно стероїдним гормонам і в результаті метаболізму перетворюється в активну-гормональну форму; при цьому його біологічна дія реалізується далеко від місця свого синтезу в результаті взаємодії зі специфічними рецепторами, які розташовуються на органах-мішенях. Рецептори до вітаміну D виявлені більш ніж в 35 органах і тканинах, найбільш представлені в кишковому, нирках, підшлунковій, паращитовидній, передміхуровій, молочній залозах, гіпофізі, тимусі, кісткової тканини, бронхах.

Основними формами вітаміну D в організмі є:

— ергокальциферол (вітамін D₂) — надходить з їжею, всмоктується в дванадцятипалій та тощій кишках за допомогою пасивної дифузії;

— холекальциферол (вітамін D₃) — утворюється в дермальному шарі шкіри з провітаміну D₃ (7-дегідрохолестерин) під впливом короткохвильового ультрафіолетового випромінювання спектру В.

Вітамін D₃ і вітамін D₂ в комплексі з хіломікронамі транспортуються по лімфатичних судинах в кровеносне русло. Далі вітамін D₃ частково розпадається з утворенням неактивних метаболітів, а основна частина зв'язується з глобуліном, утворюючи транспортну форму. З крові частина вітаміну D захоплюється купферовськими клітинами печінки, а інша частина фіксується в жирових тканинах і м'язах, утворюючи резервну форму. У купферовських клітинах під впливом мембранного ферменту 25-гідроксилази перетворюється в 25-гідроксихолекальциферол або кальцідіол і знову потрапляє в кровеносне русло. З потоком крові кальцідіол надходить в нирки, де під дією ферменту 1- α -гідроксилази утворюється біологічно активний метаболіт 1,25дігідроксихолекальциферол або кальцитріол, а під дією ферменту 24-гідроксилази — 24,25 дігідроксихолекальциферол. Таким чином, найбільш активними метаболітами вважаються 1,25 і 24,25 дігідроксихолекальциферол, які і приймають участь в багатьох біохімічних реакціях і фізіологічних процесах.

Основні біологічні ефекти активних метаболітів вітаміну D3

1. Підсилюють синтез кальцій — зв'язуючого білка, який забезпечує активне всмоктування Ca^{2+} з кишковика, тим самим підтримують його рівень в крові.

2. Підсилюють всмоктування неорганічного фосфату в тонкому кишковикі, підвищують реабсорбцію фосфатів у каналцях нирок з подальшим утворенням фосфорно-кальцієвої солі для мінералізації кісткової тканини.

3. Підсилюють синтез лимонної кислоти, яка полегшує транспорт кальцію в кістки.

4. За допомогою RANK-системи активують остеокласти та резорбцію кальцію з кісткової тканини.

5. Гальмують секрецію паратропного гормону та стимулюють синтез кальцитоніну. Підсилюють проліферацію остеобластів, хондроцитів, синтез ДНК і глікозаміногліканів в клітинах кісткового хряща, що розростається.

6. Контролюють більше 200 генів, в тому числі й гени, відповідальні за проліферацію та диференціювання клітин, апоптоз і ангиогенез.

7. Впливають практично на всі механізми неспецифічного захисту від інфекційних агентів і систему імунної специфічної відповіді, впливаючи на Т-лімфоцити.

8. Зменшує ризик аутоімунних розладів.

9. Стимулює утворення інсуліну В-клітинами підшлункової залози.

10. Беруть участь в регуляції артеріального тиску, за допомогою впливу на ренін-ангіотензинову систему.

11. Сприяють імплантації, підтримують нормальний перебіг вагітності через $\alpha 1$ -гідроксилази.

12. Мають нейропротекторну дію за рахунок пригнічення рівня іонізованого кальцію, який нейротоксичний, інгібують експресію Ca^{2+} — каналів в гіпокампі та підвищують рівень глутатіону.

13. Забезпечують організм природними антибіотиками — каталіцидіном і дефензіном.

Крім того, нестача вітаміну D може призводити до формування ЗДА, схильності до atopії.

На даний час причинами виникнення D-дефіцитного рахіту у дітей вважають гіповітаміноз вітаміну D екзо— або ендogenousного походження, а також недостатнє надходження кальцію з їжею.

До екзогенних факторів відносять:

— недостатнє надходження вітаміну D з їжею, а саме відсутність / дефіцит в раціоні м'ясних, рибних, молочних продуктів або / і споживання великої кількості зернових продуктів, що містять фітат, який ускладнює всмоктування Ca^{2+} в кишковик;

— недостатнє перебування дитини на свіжому повітрі, недостатня інсоляція, використання захисних кремів від УФ-променів, що призводить до зниження синтезу вітаміну D3 в епідермісі;

— недостатнє надходження фосфатів і кальцію в організм дитини.

Ендогенні фактори:

— порушення процесів всмоктування вітаміну D3 в кишковик (при синдромі мальабсорбції, патології біліарної системи);

— порушення процесів гідроксилювання неактивних форм вітаміну D3 в печінці та нирках в наслідок їх захворювань;

— порушення всмоктування сполук фосфору і кальцію в кишковик, їх підвищене виведення з сечею та порушення утилізації кістковою тканиною;

— відсутність / порушення функціональної активності рецепторів до вітаміну D3.

У зв'язку з перерахованими вище факторами виділяють **групи ризику у дітей з виникнення D-дефіцитного рахіту:**

1. Недоношені, діти, що народилися з недостатньою вагою, з ознаками морфо-функціональної незрілості.

2. Синдром мальабсорбції, хронічна патологія гепатобіліарної системи.

3. Судомний синдром, діти, які отримують антиконвульсанти.

5. Зі зниженою руховою активністю (парези, паралічі).

6. Збільшення ваги тіла більше за 1 кг на міс., високі темпи зростання.

8. Діти, які отримують неадаптовані молочні суміші; на тривалому грудному та змішаному вигодовуванні.

9. З обтяженою спадковістю щодо порушень фосфорно-кальцієвого обміну.

10. З двійні або при пологах з малими проміжками часу між ними (менше 3-х років).

11. Вік матері на момент зачаття старше 30 років, наявність хронічних захворювань печінки та шлунково-кишкового тракту.

12. Патологічний перебіг цієї вагітності.

13. Неприятливі соціально-економічні умови проживання, що спричинило неадекватне забезпечення вагітної жінки вітаміном D і Ca²⁺.

Лікування

Повинно бути спрямоване на усунення причин, що викликали вітамін D -дефіцитний рахіт і компенсацію нестачі вітаміну D.

Розрізняють неспецифічне та специфічне лікування.

Неспецифічне лікування включає організацію охоронного режиму, відповідно віку хворого, з усуненням гучного шуму, яскравого світла, додаткових подразників.

Рекомендовано тривале перебування на свіжому повітрі в денний час (не менше 30 хв.), в літній час — під розсіяними сонячними променями, зі стимуляцією активних рухів.

Для поліпшення обмінних процесів в м'язах і кістках, стимуляції нервової системи проводяться лікувальна гімнастика, масаж (щодня по 30–40 хв.). Малякові при рахіті рекомендується робити ті ж вправи, що й здоровій дитині такого ж віку, але кожна вправа повторюється всього лише 2–3 рази, так як малюк швидше втомлюється. Під час занять гімнастикою добре також виконувати дихальні вправи.

Приблизний комплекс гімнастичних вправ при рахіті

У віці 1–3 місяці при появі перших симптомів рахіту:

- перекладання на животик;
- погойдування на м'ячі або в позі ембріона.

У 3–6 місяців:

- повороти на живіт з підтримкою;
- розведення рук в сторони зі схрещуванням їх на грудях;
- згинання та розгинання ніг спочатку по черзі (велосипед),

потім разом;

- «ковзаючі» кроки.

У 6–9 місяців:

- схрещування рук;
- розгинання і згинання ніг по черзі й разом;

- повзання;
- підйом голови та тулуба з підтримкою за розведені руки;
- підйом з положення «лежачи на животі» з підтримкою під лікті до положення «стоячи на колінах»;

— розведення рук в сторони зі схрещуванням їх на грудях.

В 9–12 місяців:

— самостійне розведення рук в сторони зі схрещуванням їх на грудях;

- кругові рухи рук;
- самостійні повороти на живіт;
- підйом тулуба з положення «лежачи на животі» з підтримкою під лікті до положення «стоячи на колінах»;

— повзання за іграшкою; повороти тулуба з положення сидячи.

У 12–18 місяців:

- імітація боксу;
- виконання поворотів вліво і вправо слідом за іграшкою з положення сидячи;

— підйом рук над головою;

— підйом прямих ніг;

— поворот на живіт в обидві сторони;

— повзання під лавкою;

— нахили за іграшкою з положення стоячи з фіксацією колін;

— хода по нерівній доріжці;

— присідання навпочіпки за іграшкою;

— самостійний поворот з живота на спину в обидві сторони.

Показані гігієнічні процедури (ванни сольові або хвойні, обтирання).

Сольові ванни використовують для дітей млявих, гіподінамичних, пастозних. Застосовуються соляні ванни з морською або кухонною сіллю з розрахунку 100 г солі на 10 л води. Спочатку температура води становить 38°C, потім вона поступово знижується. Тривалість першої ванни 3–8 хвилин. Кожні 2–3 ванни час збільшується на 1 хвилину. Курс лікування становить 12–15 ванн через день.

Якщо малюк дуже рухливий або неспокійний, рекомендується робити хвойні заспокійливі ванни. Ароматичні речовини хвої (фітонциди) підсилюють кровотік в м'язах. Температура води під час першої ванни 37°C, яку потім поступово доводять до 35–36°C. Три-

валість кожної процедури — 10 хвилин, за все потрібно 12–15 ванн. Концентрація розчину: 5 мл хвойного екстракту на 10 л води.

Необхідно налагодити правильне харчування. Дітям з 3–4 місяців, що знаходяться на природному вигодовуванні, дають овочеві та фруктові відвари, соки; на 1–0,5 міс. раніше вводять жовток, м'який сир. При змішаному та штучному вигодовуванні — використовують адаптовані молочні суміші, а прикорм слід починати з овочів, тому що вони мають лужну дію, компенсують дефіцит вітамінів, мікроелементів, при цьому дещо обмежують кількість молока, кефіру, каш.

Вітамін D міститься в небагатьох продуктах: жирна морська риба — оселедець, лосось, сардини, скумбрія (10–20 мкг в 100г продукту), вугор, тунець (5–10 мкг); яечний жовток, йогурт (5–10 мкг); вершкове масло, сметана (1–5мкг), а такі, як хек, молоко, тверді сорти сиру містять дуже мало вітаміну D (менше 1 мкг).

Специфічне лікування включає УФ-опромінення та використання препаратів вітаміну D; проводиться з урахуванням періоду й характеру перебігу хвороби.

У початковому періоді та при підгострому перебігу необхідно віддавати перевагу УФ-опроміненню як більш фізіологічному способу терапії. Процедури проводять щодня або через день після визначення біодози з поступовим збільшенням часу опромінення від 1 до 20 хв., відстань — 100см, курсом 15–25 днів. Перед сеансом малюка треба роздягнути, на очі надіти темні окуляри, щоб малюк не отримав опік сітківки. Для світлошкірого малюка перший сеанс триває 15 секунд, для смаглявого — 30 секунд.

Протипоказання до УФ-опромінення

1. Гострий пепебіг процесу, період розпалу.
2. Наявність ознак спазмофілії, диспепсії, туберкульозної інфікованості, вираженої гіпотрофії, анемії.

У розпал захворювання при гострому перебігу призначають препарати вітаміну D.

Призначення вітаміну D3 — з урахуванням вираженості патологічного процесу, ступеня тяжкості та характеру перебігу: при легкому ступені — по 2000 МО на добу, середньої — 4000 МО, важкої — 5000 МО протягом 30–45 днів. Після досягнення терапевтичного ефекту переходять на дозу 2000 МО на добу протягом 30 днів 2–3

рази на рік з інтервалом не менше 3 міс. для попередження загострення та рецидивів хвороби, тривалістю до 3–5 років.

Протипоказання до призначення вітаміну D

1. Ідіопатична кальціурія
2. Внутрішньочерепна пологова травма
3. Ядерная жовтяниця
4. Гіпофосфатазії (спадкове зниження активності лужної фосфатази)
5. Органічні ураження ЦНС з симптомами мікроцефалії та кра ніостеноз
6. Використання адаптованих сумішей, що містять вітамін D
7. Малі розміри великого джерельця (відносно протипоказання, рекомендовано призначати вітамін D з 3–4 міс. життя)

Критерії вибору препарату:

— Зручність дозування. Добре виглядають препарати, в 1 краплі яких міститься 500 МО.

— Органолептичні властивості. Неприємний специфічний смак і запах риб'ячого жиру викликають негативну реакцію дитини, що призводить до відмови від прийому препарату.

— Всмоктування в кишковому. Масляні розчини вітаміну D не завжди добре всмоктуються в кишковому у дітей з синдром мальабсорбції, харчовою алергією, недоношеністю, бронхолегеневою дисплазією, хворобами кишковика, патологією підшлункової залози та ін.

Препарати вітаміну D

Аквадетрим Вітамін D3 (холекальциферол), водний розчин в 1 мл (30 крапель) — 15 000 МО, 1 крапля — 500 МО.

Вігантол (холекальциферол), масляний розчин 0,5 мг в 1 мл, 1 крапля — 500 МО.

Розчин ергокальциферолу (вітамін D2) масляний 0,125%, 1 мл — 1,25 мг, 1 крапля — 500 МО.

В період лікування необхідно вводити адекватну кількість кальцію. Перевагу слід віддавати біозасвоюваним формам (цитрат кальцію, карбонат або фосфат кальцію). Доза розраховується за вмістом елементарного кальцію в препараті, в залежності від добової потреби.

Добова потреба в кальції у дітей різного віку

Вік	Добова потреба, мг
0–6 міс	400
6–12 міс	600
1–5 років	800
6–10 років	800–1200

Призначення вітамінів Е, С, В1, В2, В6 в вікових дозах сприяє зменшенню ацидозу та його наслідків, активізує процеси метаболізму. Додатково рекомендовані препарати магнію, карнітину хлориду, АТФ.

Профілактика

Починається в антенатальному періоді та триває в постнатальному.

Антенатальна профілактика

Антенатальна неспецифічна профілактика повинна проводитися всім вагітним. Вона складається з дотримання режиму дня з достатнім перебуванням на свіжому повітрі в світлий час дня та руховою активністю, збалансованої дієти, до складу харчового раціону повинні входити молоко і молочні продукти, кальцієві добавки, вітаміни, достатнє вживання білка, а також попередження гестозів і невиношування.

Специфічна антенатальна профілактика проводиться тільки 2-а останні місяці вагітності, якщо вони збігаються з осінньо-зимовою порою року.

Рекомендовано загальне УФ-опромінення з $\frac{1}{4}$ біодози збільшуючи до 2,5–3 доз 10–15 сеансів з відстані 100см щодня або через день.

Можна використовувати вітамін D3 в добовій дозі 500 МО протягом 6–8 тижнів, а вагітним з групи ризику (при наявності захворювань нирок, печінки, ендокринної системи, порушенням матково-плацентарного кровообігу) 1000 МО з 28 тижнів вагітності — 8 тижнів.

Профілактику препаратами вітаміну D не рекомендується проводити вагітним старше 30 років, так як існує небезпека надлишкового відкладення кальцію в плаценті та розвитку гіпоксії плода.

Неспецифічна постнатальна профілактика проводиться як при лікуванні рахіту.

Специфічна постнатальна профілактика проводиться дітям з 1-го місяця життя. Якщо використовується УФ-опромінення, то восени і взимку по 10–15 сеансів. Після кожного курсу УФ-опромінення вітамін D не призначається протягом 2–2,5 міс.

Згідно Резолюції V конгресу педіатрів України (15–17 жовтня 2008 р., Київ) рекомендовані наступні **دوزи вітаміну D для профілактики рахіту**:

доношеним здоровим дітям призначають з 2 міс. по 1000 МО / добу щодня протягом 3-х років, виключаючи 3 літніх місяці або 2,6,10 міс по 2000 МО / добу №30 днів, далі 3 курси на рік з інтервалом між ними не менше 3 міс.;

доношені діти з групи ризику (обтяжений акушерський анамнез, патологія шлунково-кишкового тракту, з двійні, повторні пологи з малим проміжком) — з 2–3 тижнів життя по 1000 МО / добу № 3 роки, виключаючи 3 літніх місяці або з 2–3тиж. по 1000 МО, на 6-му і 10-му міс -2000 МО в день №30 днів, далі до 3-х років по 2–3 курси на рік з інтервалом в 3 міс.;

діти з групи ЧДБ або ті, що отримують антиконвульсанти, кортикостероїди, гепарин — по 4000 МО / добу №30–45 днів, далі 2–3курса в рік з інтервалом в 3 міс.;

недоношені діти 1 ступеню — з 10–14 дня по 1000 МО / добу №6 міс, далі по 2000 МО / добу №1міс. 2–3 рази на рік з інтервалом в 3 міс.;

недоношені діти 2–3 ступеня — з 10–20 дня, після встановлення ентального харчування по1000–2000 МО / добу.

Специфічна профілактика рахіту дітям, які мають малі розміри джерельця або з його раннім закриттям.

Відповідно до рекомендацій російських педіатрів (Ф.П. Романюк з співавт., 2002), цю ситуацію слід розглядати як відносні протипоказання до призначення вітаміну D. Таким дітям (за умови нормальних темпів зростання голови) слід призначати специфічну профілактику з 3–4-місячного віку.

Розділ 6

ПРОТИЕПІДЕМІЧНА РОБОТА ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ

Всесвітня організація охорони здоров'я одним із основних завдань первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) визначила профілактику вогнищевих епідемічних захворювань та боротьбу з ними, щеплення проти основних інфекційних захворювань

В Україні забезпечення санітарно-протиепідемічних заходів закріплено Положенням про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги (ЦПМСД)

Одним із основних завдань ЦПМСД є:

- проведення заходів масової та індивідуальної профілактики інфекційних захворювань;
- раннє виявлення та профілактика інфекційних захворювань, у тому числі соціально небезпечних;
- проведення санітарно-просвітницької роботи серед населення з питань профілактики та раннього виявлення інфекційних та захворювань;
- взаємодія з дошкільними навчальними закладами та навчальними закладами на прикріпленій території з питань проведення профілактичних медичних оглядів, щеплень

Протиепідемічна робота сімейного лікаря полягає :

- у ранньому виявленні інфекційних хворих;
- організації протиепідемічних заходів в осередках інфекційних хвороб;
- диспансерний нагляд за перехворілими;
- організації та проведенні профілактичних щеплень;
- санітарно-освітницькій роботі.

Організація протиепідемічних заходів в осередках інфекційних хвороб

При підозрі на інфекційне захворювання з'ясовуються:

- причини захворювання,

- обставини зараження (люди, тварини, довілля)
- можливі шляхи передачі збудника;
- кількість осіб, які перебували під ризиком зараження, внаслідок контакту із захворілим

Визначаються

- напрямки специфічних лабораторних чи інших обстежень;
- обсяг і первинні заходи в осередку (госпіталізація або ізоляція хворого, спрямування до спеціаліста для лікування, якщо хворий не госпіталізується, визначення термінів ізоляції, організація дезінфекції).

Обов'язковій госпіталізації підлягають хворі на чуму, холеру сибірку, сказ, правець, черевний тиф, паратифи А і В, дифтерію, менингококову інфекцію, гострі менінгіти, менингоенцефаліти, геморагічні гарячки. Госпіталізації підлягають діти, які проживають у незадовільних умовах, гуртожиках, закладах закритого типу, з важким перебігом хвороби. За наявності показань до госпіталізації, складається маршрут пацієнта.

Після встановлення діагнозу інфекційного захворювання, окрім грипу та гострих респіраторних інфекцій дихальних шляхів, необхідно негайно подати інформацію про виявлення хворого з підозрою на інфекційне захворювання до СЕС (сповістити телефоном епідеміолога, оформити термінове повідомлення та переслати його поштою ф. № 058/о та занести інформацію до журналу обліку інфекційних захворювань ф. № 060/о

У разі лікування хворого за місцем проживання здійснюють контроль лікування, оцінюють його ефективність.

За особами, які контактували із інфекційним хворим, організується спостереження протягом терміну, що становить максимальний інкубаційний період. Проводиться роз'єднання контактних, дослідження на можливе носійство, специфічна післяконтактна профілактика (екстрена імунізація, введення імуноглобуліну). Організується медичне спостереження за реконвалісцентами і бацилоносіями

**Заходи щодо хворих на інфекційні хвороби і осіб,
які були з ними у контакті**

<i>Захворювання</i>	<i>Заходи щодо хворих</i>	<i>Заходи щодо осіб, які були з ними у контакті</i>
Вітряна віспа	Ізоляція на 5 днів від останнього підсипання.	Діти до 7 років, які не хворіли на вітряну віспу, підлягають ізоляції на 21 день від моменту контакту. Дезінфекцію не проводять.
Вірусні гепатити А і В	Госпіталізація в інфекційний стаціонар. Випускання при зникненні жовтяниці, нормалізації розмірів печінки, відновленні функції печінки (за показниками білірубіну, АлАТ). Хворі віком від 3 до 30 років з легким перебігом ВГА можуть за домовленістю з епідеміологом лікуватися вдома.	Медичне спостереження протягом 35 днів (термометрія, огляд не рідше ніж 1 раз на тиждень, визначення розмірів печінки, контроль за кольором сечі і випорожнень). Лабораторне обстеження (аналіз сечі на жовчні пігменти, визначення АлАТ). У дитячому дошкільному закладі карантин у групі; введення імуноглобуліну дітям до 14 років і вагітним жінкам; припинення на 2 міс. планових щеплень, діагностичних реакцій, стоматологічних обстежень.
Шигельоз	Обов'язкова госпіталізація декретованих груп. Виписка зі стаціонару після клінічного одужання при наявності 2 негативних результатів бактеріологічних досліджень випорожнень, проведених не раніше ніж через 2 дні після відміни антимікробної терапії.	Медичне спостереження протягом 7 днів; бактеріологічне обстеження декретованих груп. При залишенні хворого вдома — поточна дезінфекція; після госпіталізації — заключна дезінфекція.

<i>Захворювання</i>	<i>Заходи щодо хворих</i>	<i>Заходи щодо осіб, які були з ними у контакті</i>
Дифтерія	Госпіталізація обов'язкова. Виписка зі стаціонару після клінічного одужання: локалізовані форми — після 3 тиж., токсичній I ступеня — не раніш, ніж на 30-й день, токсичній II -III ступеня — 50–60-й день від початку хвороби. Обов'язкова наявність 2 негативних результатів бакдосліджень на кориннебактерії дифтерії із ротоглотки і носу.	В осередку — карантин на 7 днів після госпіталізації хворого, обстеження (мазки із ротоглотки і носу на кориннебактерії дифтерії) всіх контактних. Заклучна дезінфекція приміщення, кип'ятіння або камерна обробка речей. Для виявлених носіїв токсигенних штамів — санація носоглотки, відокремлення їх до отримання 2 негативних результатів бакдосліджень на кориннебактерії дифтерії. Носіїв нетоксигенних штамів збудника з колективу не виводять. При безуспішній санації носіїв допускають у повністю щеплені колективи не раніше ніж на 21 день із щотижневим бактеріологічним контролем.
Кашлюк	Госпіталізація дітей з тяжкою та ускладненою формами, особливо діти віком до 2 років, діти із несприятливих умов проживання, із родин, де є діти віком до 6 міс, які не хворіли на кашлюк. Ізоляція хворого до 25-го дня від початку захворювання	Карантин для контактних дітей до 7 років (що не хворіли на кашлюк і не щеплені) до 14 днів із моменту ізоляції хворого. Якщо хворого не було ізольовано, при продовженні контакту — до закінчення заразливого періоду у хворого. Контактним не щепленим дітям проводять хіміопротифілактику кашлюку азитроміцином у дозі 10 мг/кг маси тіла 1раз на добу протягом 5 днів (до 6 міс.), для дітей старше 6 міс. —

<i>Захворювання</i>	<i>Заходи щодо хворих</i>	<i>Заходи щодо осіб, які були з ними у контактi</i>
		10 мг/кг маси тіла 1раз на добу перший день, надалі 5 мг/кг 4 дні. (не більше 500 мг на день). Заклучна дезінфекція після ізоляції хворого не проводиться.
Кір	Госпіталізація за клінічними та епідеміологічними показаннями. Припинення ізоляції через 4 дні від початку висипань, при ускладненні пневмонією — через 10 днів.	Серед щеплених проти кору заходи не проводять. Нещеплених контактних осіб при відсутності протипоказань терміново вакцинують (протягом 72 годин), ослабленим вводять імуноглобулін. Для нещеплених: відокремлення організованих дітей на 17 днів; тих, що приймали імуноглобулін, — на 21-й день. Медичне спостереження з щоденною термометрією і оглядом. Дезінфекцію не проводять.
Краснуха	Хворі на набуту краснуху ізолюються терміном на 5 днів від появи висипань..	Карантин не накладається
Лептоспіроз	Обов'язкова госпіталізація в інфекційне, за показаннями — реанімаційне відділення. Виписка після зникнення клінічних явищ і відновлення функції печінки та нирок.	Відокремлення не практикують. В осередку — дезінфекція, як при кишкових інфекціях, дератизація.
Менінгококова інфекція	Обов'язкова госпіталізація для хворих з гнійним менінгітом і менінгококцемією, при назофарингіті — за клінічними та епі-	В організованих колективах обстеження контактних на носійство двічі з інтервалом 3–7 днів, у домашніх осередках — 1 раз. Відокремлення на

<i>Захворювання</i>	<i>Заходи щодо хворих</i>	<i>Заходи щодо осіб, які були з ними у контакті</i>
	деміологічними показаннями. Випускання зі стаціонару після клінічного одужання не раніше ніж на 21-й день від початку хвороби.	час обстеження. У закритих колективах медичне спостереження протягом 10 днів (термометрія 2 рази на добу, огляд носоглотки та шкіри), карантин. Хіміопротифілактика рифампіцином у дозі 5 мг/кг (до року), 10 мг/кг (після року). 2 дні, не пізніше 7 днів після контакту введення імуноглобуліну. Санація носіїв. Дезінфекція, в дитячих закладах.
Поліомієліт	Госпіталізація. Випускання після зникнення гострих явищ, але не раніше 40-го дня від початку хвороби, за додатковою ізоляцією вдома протягом 12-ти днів для організованих дітей.	Карантин на 21 день, щоденний медичний огляд з термометрією. Одноразова імунізація незалежно від терміну і повноти наявних щеплень. Дезінфекція.
Сальмонельоз	Госпіталізація. Випускання після клінічного одужання з одним контрольним дослідженням калу, здійсненим не раніше ніж через 2 дні після закінчення лікування; для харчовиків і організованих дітей — 2 бактеріологічних дослідження калу і сечі.	Медичне спостереження в осередку протягом 7 днів, одноразове бактеріологічне обстеження на носійство (калу, сечі).
Скарлатина	Госпіталізація за клінічними та епідеміологічними показаннями. Ізоляція до клінічного одужання, але не менше ніж	Хворих на ангіну з осередку скарлатини не допускають у дитячі та медичні заклади, на молочні кухні протягом 22 днів від початку захворюван-

<i>Захворювання</i>	<i>Заходи щодо хворих</i>	<i>Заходи щодо осіб, які були з ними у контактi</i>
	на 10 днів від початку хвороби. Для декретованих груп: організовані діти до 8 років — додаткова ізоляція в домашніх умовах на 12 днів, дорослі — робітники дитячих і медичних закладів, молочних кухонь — на такий самий час переведення на іншу (епідемічно безпечну) роботу.	ня. Ізоляція на 7 днів дітей до 8 років, які не хворіли на скарлатину. За перехворілими на скарлатину і старшими дітьми, дорослими декретованих груп — медичне спостереження протягом 7 днів після ізоляції хворого. У випадку продовження спілкування з хворими протягом усієї хвороби термін продовжують до 17 днів від початку контакту. Дезінфекція.
Епідемічний паротит	Ізоляція на 9 днів від початку захворювання.	Ізоляція дітей до 10-ти років, які не хворіли на епідемічний паротит на 21-й день. Дезінфекцію не проводять.

Для проведення протиепідемічних заходів, визначення терміну карантину при виникненні інфекційної хвороби, готовності до появи нових випадків інфекційних захворювань важливо керуватися тривалістю мінімального, максимального та найбільш розповсюдженого по тривалості терміну інкубаційного періоду

**Тривалість інкубаційного періоду
при деяких інфекційних хворобах (за В.І. Покровським, 2007)**

<i>Інфекційна хвороба</i>	<i>Інкубаційний період</i>		
	<i>мінімальний</i>	<i>звичайний</i>	<i>максимальний</i>
Амебіаз	декілька днів	14–30 днів	декілька місяців
Сказ	5 днів	10–60 днів	1 рік та більше
Ботулізм	6 годин	12–36 годин	5–7 днів
Бруцельоз	1 тиждень	4 тижні	декілька місяців
Вірусні гепатити:			
А	7 днів	20–30 днів	45 днів
В	6 тижнів	8–16 тижнів	6 місяців
С	4 дні	6–9 тижнів	6 місяців
D	2 тижні	6 тижнів	10 тижнів

<i>Інфекційна хвороба</i>	<i>Інкубаційний період</i>		
	<i>мінімальний</i>	<i>звичайний</i>	<i>максимальний</i>
Е	14 днів	30 днів	60 днів
Гонорея	2 дні	3–5 днів	9 днів
Грип	декілька годин	1 день	3 дні
Дифтерія	декілька годин	2–5 днів	10 днів
Іерсиніоз кишковий	15 годин	3–7 днів	15 днів
<i>Інфекція:</i>			
ВІЛ	3 дні	1 місяць	декілька місяців
Наеmophilus influenzae	1 день	2–3 дні	4 дні
менінгококова	1 день	2–3 дні	10 днів
ротавірусна	15 годин	1–2 дні	7 днів
<i>Стафілококова:</i>			
– харчове отруєння	30 хвилин	2–4 години	6 годин
– синдром токсичного шоку	12 годин	24 години	48 годин
– ЦНС	36 годин	48 годин	72 години
<i>Стрептококова:</i>			
– ангіна	декілька годин	10–12 годин	2 дні
– скарлатина	1 день	2–7 днів	12 днів
– бешиха	декілька годин	3–4 дні	5 днів
Кампілобактеріоз	1 день	2–3 дня	10 днів
Кашлюк	3 дні	5–12 днів	20 днів
Кір	9 днів	11 днів	21 день (після отримання імуноглобуліну)
Краснуха	11 днів	16–20 днів	24 дні
Лепра	3 роки	7–10 років	30 років
Лептоспіроз	2 дні	7–10 днів	30 днів
Лістеріоз	3 дні	18–20 днів	70 днів
<i>Лихоманка:</i>			
геморагічна	7 днів	2–3 тижня	35 днів
<i>З нирковим синдромом</i>			
жовта	3 дні	4–6 днів	10 днів
Ку	3 дні	12–19 днів	32 дні
Ласса	4 дні	7–10 днів	21 день
<i>Малярія</i>			

<i>Інфекційна хвороба</i>	<i>Інкубаційний період</i>		
	<i>мінімальний</i>	<i>звичайний</i>	<i>максимальний</i>
тропічна	8 днів	20 днів	30 днів
3-денна з короткою інкубацією	7 днів	10–15 днів	20 днів
3-денна з тривалою інкубацією	6 місяців	9–10 місяців	14 місяців
овалі	11 днів	12–14 днів	16 днів
4-денна	15 днів	20–30 днів	40 днів
Орнітоз	4 дні	8–12 днів	17 днів
Віспа вітряна	10 днів	15–20 днів	23 дня
Лишай, що оперізує	декілька місяців	декілька років	багато років
Віспа натуральна	5 днів	10–12 днів	22 дні
Паротит епідемічний	11 днів	15–18 днів	25 днів
Поліомієліт	3 дні	7–14 днів	35 днів
Псевдотуберкульоз	3 дні	5–7 днів	10 днів
Сальмонельози	2–6 годин	12–24 годин	2–3 дні
Сап	1 день	2–5 днів	14 днів
Сибірська виразка	декілька годин	2–3 дні	8 днів
Сифіліс	2 дні	20–25 днів	50 днів
Правець	декілька годин	6–14 днів	1 місяць
<i>Тиф:</i>			
черевний	7 днів	2 тижні	3 тижні
висипний	1 тиждень	10 днів	2 тижні
Туберкульоз	3 тижні	5–10 тижнів	12 тижнів
Туляремія	1 тиждень	3–7 днів	3 тижні
Холера	декілька годин	1–2 дні	6 днів
Чума	декілька годин	1–2 дні	8 днів
Шигельози	1 день	2–3 дні	7 днів
<i>Енцефаліти:</i>			
кліщовий	8 днів	10–14 днів	60 днів
японський	5 днів	8–10 днів	15 днів
Ешеріхіоз	9 годин	10–12 годин	72 години

Специфічна імунпрофілактика інфекційних хвороб

Запобігти виникненню інфекційних хвороб можливо шляхом проведення вакцинації. Вакцинація (щеплення, імунізація) — створення штучного імунітету в людини до певних інфекційних хвороб шляхом введення вакцини, анатоксину чи імуноглобуліну;

Величезну роль у зниженні інфекційної захворюваності відіграє впровадження засобів активної імунізації дитячого населення. Щеплення не призводять до розвитку інфекційного захворювання, але стимулюють імунну відповідь, необхідну для формування імунітету проти інфекційного збудника або його токсинів. Імунізація повинна бути ефективною і безпечною.

Активний післявакцинальний імунітет зберігається протягом 5–10 років в щеплених проти кору, дифтерії, правцю, поліомієліту, протягом декількох місяців в щеплених проти грипу, черевного тифу. Проте, при вчасній ревакцинації імунітет може зберігатися протягом усього життя.

Сучасні вакцини поділяють на дві великі групи:

Живі вакцини — вакцини, які виготовляють із живих збудників з ослабленою вірулентністю — проти туберкульозу (БЦЖ), поліомієліту (оральна поліомієлітна), проти кору, краснухи, епіпаротиту, грипу, чуми, сибірки, сказу, лихоманки Ку, тощо;

Інактивовані вакцини з убитих патогенних мікробів. Вони розділяються на цільноклітинні (цільновіріонні), розщеплені (спліт), субодиничні, рекомбінантні, анатоксини

Цільноклітинні (цільновіріонні) вакцини містять інактивовані високо очищені цільні (незруйновані) мікроорганізми, які отримують знешкодженням бактерій або вірусів фізичними або хімічними методами (кашлюкова, поліомієлітна, антирабична). Створюють нестійкий гуморальний імунітет, потребують повторного введення, мають високу реактогеність.

Розщеплені (спліт) вакцини містять фрагментовані, очищені компоненти, розділені детергентами (вакцини проти грипа — ваксигрип, флюарикс)

Субодиничні вакцини містять лише поверхневі антигенні фракції вбитих мікроорганізмів. Це знижує вміст білка у вакцині, а значить зменшує можливість розвитку алергічних реакцій.

Це протигрипозна вакцина інфлувак, полівалентна полісахаридна пневмококова вакцина (пнемо 23, превенар 13), полісахаридна менінгококов вакцина (Менінго А+С), вакцина проти гемофільної інфекції типу В (Хіберікс).

Рекомбінантні вакцини — проти вірусного гепатиту В (Енджерікс В, еувакс В) створені за допомогою новітніх генно-інженерних технологій. Певні ділянки геному збудника вбудовують у генوم дріжджових клітин, які розмножуються і продукують геном збудника (HBsAg). В подальшому HBsAg виділяють і очищують. Рекомбінантні вакцини безпечні і ефективні.

Анатоксини виготовляються з екзотоксинів відповідних збудників обробкою їх 0,3–0,4 % розчином формаліну і витримуванням при температурі 38–40 °С протягом 3–4 тижнів). Потім їх адсорбують на гідроокису алюмінію. Добути у такий спосіб дифтерійний, правцевий, стафілококовий, холерний, проти ботулізму, газової гангрені анатоксини знайшли широке застосування у практиці. Вони легко дозуються і комбінуються із іншими вакцинними препаратами. Однак, на введення анатоксинів виробляється лише антитоксичний імунітет. Вони не протидіють бактеріоносійству.

Моновакцини містять антигени проти одного виду збудника. Існують моновалентні вакцини, які містять антигени проти одного серотипу, або штаму збудника (пріорікс — корова, краснушна, проти епідпаротиту, енджерікс, еувакс — проти вірусного гепатиту) та полівалентні вакцини, які містять антигени проти декількох серотипів, або штамів мікроорганізмів (МенінгоА+С, превенар, пнемо 23, оральна поліомієлітна вакцина).

Асоційовані (комбіновані) вакцини містять антигени декількох збудників мікроорганізмів вакцини(АКДП)

Розробляються вакцини з використанням нових методів генної інженерії — векторні вакцини, з використанням трансгенних рослин, ліпосомальні та інші.

До складу вакцин окрім імуногенів входять допоміжні речовини. Це адсорбенти, консерванти, стабілізатори, емульгатори, індикатори рН

Адсорбенти(ад'юватори) — нерозчинні солі алюмінію(фосфат або гідроокис), які посилюють дію вакцини і імунну відповідь.

Консерванти забезпечують стерильність вакцин. Як правило використовують формальдегід, фенол, антибіотики (неоміцин, гентаміцин, поліміксин), тимерсал (органічна сіль ртуті). Кількість консервантів дуже низький, немає небезпеки для організму.

Емульгатори додають для надання вакцині розчинності.

Стабілізатори(сахароза, лактоза, натрію глутамат, альбумін) забезпечують стабільність антигенних якостей вакцин.

Індикатори рН використовують для контролю за температурним режимом транспортування і зберігання вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного, чутливих до заморожування. Як правило, це метиловий червоний, який змінює колір при порушенні «холодового ланцюжка»

Імунологія вакцинального процесу.

В імунній відповіді на введення вакцини приймають участь макрофаги, Т-лімфоцити (ефекторні-цитотоксичні, регуляторні-хелперні, Т-клітини пам'яті), В-лімфоцити (В-клітини пам'яті), продуковані плазматичними клітинами антитіла (IgM, IgG, IgA), а також цитокіни (монокіни, лімфокіни).

Довгостроковий імунітет забезпечується підтримкою захисного рівня антиген-специфічних антитіл та формуванням імунних клітин пам'яті, здатних до швидкої реактивації й продукції антитіл у разі проникнення мікроорганізмів. Антитіла, мають здатність зв'язувати токсини або патогени, є основними імунними ефекторами при вакцин-індукованій відповіді. До інших потенційних ефекторів належать цитотоксичні CD8+ Т-лімфоцити, що можуть обмежити або припинити поширення інфекційних збудників (наприклад, вірусів) шляхом руйнування інфікованих ними клітин організму. У формуванні й підтриманні імунної відповіді В-лімфоцитів і CD8+ Т-лімфоцитів беруть участь CD4+ Т-хелпери, що продукують відповідні сигнали й цитокіни. Імунні ефектори (антитіла та CD8+ Т-лімфоцити) перебувають під контролем регуляторних CD4+ Т-клітин (Treg), що беруть участь у підтримці імунної толерантності.

Генерація адаптивної імунної відповіді на різні типи вакцин.

Анатоксини (правцевий, дифтерійний, кашлюковий) за своїми фізико-хімічними властивостями подібні до токсинів, але не виявляють токсичної дії і індукують продукцію антитіл, що перехресно реагують із токсином. Після внутрішньом'язового введення вакцини

проти правця молекули анатоксину захоплюються незрілими дендритними клітинами в місці ін'єкції, переробляються в ендосомах і з'єднуються з молекулами головного комплексу гістосумісності II типу (МНС II типу). Комплекс «МНС II — анатоксин» мігрує на поверхню клітини, після чого активована зріла дендритна клітина рухається в напрямку регіонарного лімфатичного вузла. У лімфатичному вузлі комплекс «МНС II— анатоксин» дендритних клітин взаємодіє з відповідним йому унікальним Т-клітинним рецептором наївних CD4+ Т-лімфоцитів, що приводить до активації й проліферації Т-хелперів 2-го типу (Th2). Вільні молекули правцевого анатоксину по лімфатичних судинах досягають регіонарного лімфатичного вузла й контактують із специфічними імуноглобуліновими рецепторами В-лімфоцитів, що розпізнають анатоксин. Молекула анатоксину захоплюється В-клітиною, переробляється в ендосомах і мігрує на поверхню В-лімфоциту в комплексі з молекулою МНС II класу подібно до відповідного процесу в дендритних клітинах. В-клітини з комплексом «МНС II — анатоксин» взаємодіють з активованими CD4+ Т-лімфоцитами, рецептори якого специфічні до правцевого анатоксину. Продукція клітинами Th2 інтерлейкінів IL-2, IL-4, IL-5, IL-6 активує В-клітини, відбувається їх диференціювання у плазматичні клітини, що продукують антитіла, та В-клітини пам'яті. Таким чином формується адаптивна імунна відповідь на білкові молекули всіх анатоксинів — Т-залежна імунна відповідь.

Вбиті/інактивовані вакцини. Термін «інактивовані вакцини» застосовується щодо вірусних вакцин (інактивована вакцина проти поліомієліту, вакцина проти гепатиту А), «убиті» вакцини включають бактеріальних збудників(цільноклітинна кашлюкова вакцина, вакцина проти черевного тифу).

Адаптивна імунна відповідь на інактивовані вакцини подібна до відповіді на анатоксини за винятком генерації синтезу антитіл до більшої кількості антигенів. Інактивовані збудники захоплюються дендритними клітинами, різні антигени мікроорганізму презентуються відповідним Th2-клітинам.

Субодиничні вакцини. До складу субодиничних вакцин входять окремі антигени збудників, що стимулюють продукцію антитіл В-лімфоцитами і таким чином запобігають інфікуванню організму

патогенними збудниками. Вакцини проти гепатиту В та грипу належать до субодиничних вакцин, вакцина проти гепатиту В містить один антиген — поверхневий білок вірусу HBsAg, вакцина проти грипу — два антигени: гемаглютинін та нейрамінідазу. Імунна відповідь на білкові антигени Т-залежна, формується подібно до імунної відповіді на анатоксини.

До субодиничних вакцин належить також полісахаридна вакцина проти пневмококу, що містить капсулярні полісахариди 23 штамів пневмококу. Полісахаридна пневмококова вакцина генерує Т-незалежну адаптивну імунну відповідь. Процес кон'югації полісахаридних молекул пневмокока з білковими молекулами-носіями (дифтерійний анатоксин, поверхневий білок H.influenzae) перетворює Т-незалежну імунну відповідь на більш тривалу і ефективну Т-залежну.

Живі атенуйовані вакцини містять живі ослаблені віруси (вакцина проти кору, епідемічного паротиту, краснухи, вітряної віспи, поліомієліту, жовтої лихоманки), або бактерії (вакцина БЦЖ). Живі атенуйовані вакцини успішно індують ефекторну відповідь як клітинного (CD4+ і CD8+ Т-лімфоцити), так і антитіло-опосередкованого (В-лімфоцити) імунітету, а також формують імунологічну пам'ять.

При введенні вакцини віруси захоплюються дендритними клітинами, відбувається їх деградація всередині клітини, і окремі протеїни вірусу в комплексі з молекулами МНС I типу презентуються цитотоксичним Т-лімфоцитам. Т-лімфоцити із високоспецифічними щодо вірусних антигенів рецепторами розпізнають клітинну-мішень, вивільнюють цитокіни (перфорин, гранзими) та руйнують клітину шляхом апоптозу. Таким чином, вакцини використовують природну здатність імунітету навчатися тому, як знищувати будь-які (майже всі) хвороботворні мікроорганізми, що його атакують. Більш того, організм «запам'ятовує», як можна захиститися від мікробів, з якими він уже стикався раніше.

Якщо критичне число (95 %) людей в суспільстві пройшли вакцинацію проти конкретної інфекції, знижується ймовірність зараження цією інфекцією у всьому суспільстві. Такий захист називається колективним імунітетом, або популяційним імунітетом.

Фактори, що впливають на тривалість імунної відповіді при вакцинації (С.А. Slegrist)

Тип вакцини	
Живі, чи інактивовані	Живі формують більш тривалу відповідь
Полісахаридні антигени	Обмежене формування імунологічної пам'яті та довгоживучих плазматичних клітин
Графік імунізації	
Інтервал між первинними дозами	Мінімальний інтервал між дозами при первинній імунізації — 3 тижні
Інтервал перед бустером	Мінімальний інтервал між первинною імунізацією і введенням бустеру — 4 місяці — необхідний для дозрівання В — клітин пам'яті та афінності антитіл
Вік імунізації	Незрілість імунної системи (недоношеність) обмежує індукцію довгоживучих плазматичних клітин

Організація і проведення профілактичних щеплень серед дитячого населення регламентовано Наказом Міністерства охорони здоров'я України №551 від 11.08.2014 №551 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні»

Порядок проведення щеплень. Щеплення за віком

Вік	<i>Щеплення проти</i>					
1 день		Гепатиту В				
3–5 днів	Туберкульозу					
1 місяць		Гепатиту В				
2 місяці			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції	
4 місяці			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту	Гемофільної інфекції	
6 місяців		Гепатиту В	Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту		
12 місяців					Гемофільної інфекції	Кору, краснухи, паротиту

18 місяців			Дифтерії, кашлюку, правця	Поліомієліту		
6 років			Дифтерії, правця	Поліомієліту		Кору, краснухи, паротиту
7 років	Туберкульозу					
14 років				Поліомієліту		
16 років			Дифтерії, правця			
26 років			Дифтерії, правця (надалі — кожні 10 років)			

Календар профілактичних щеплень в Україні включає обов'язкові профілактичні щеплення з метою запобігання захворюванням на дифтерію, кашлюк, кір, поліомієліт, правець, туберкульоз. Інші обов'язкові щеплення встановлюються відповідно до календаря для таких груп населення: за віком; щеплення дітей з порушенням цього Календаря; щеплення ВІЛ-інфікованих осіб; за станом здоров'я; щеплення дітей після алло/ауто-ТСГК (трансплантація стовбурових гемопоетичних клітин); щеплення на ендемічних і ензоотичних територіях та за епідемічними показаннями.

Обов'язковим профілактичним щепленням для запобігання поширенню інших інфекційних захворювань підлягають окремі категорії працівників у зв'язку з особливостями виробництва або виконуваної ними роботи.

У разі загрози виникнення особливо небезпечної інфекційної хвороби або масового поширення небезпечної інфекційної хвороби на відповідних територіях та об'єктах можуть проводитися обов'язкові профілактичні щеплення проти цієї інфекційної хвороби.

З метою специфічної профілактики інфекційних хвороб особи, які бажають зробити щеплення, щодо яких існують зареєстровані в Україні медичні імунобіологічні препарати, можуть зробити такі щеплення за направленням лікаря.

Профілактичні щеплення за віком, туберкулінодіагностика проводяться відповідно до інструкції до застосування вакцини (анатоксина), туберкуліну.

Щеплення дітей із порушенням цього календаря проводяться із дотриманням мінімальних інтервалів. Не слід починати серію вакцинації спочатку незалежно від того, скільки часу минуло. Необхідно ввести дози, яких не вистачає за графіком з дотриманням мінімальних інтервалів. При виборі схеми вакцинації необхідно керуватися інструкцією виробника про застосування вакцини/анатоксину. Мінімальний інтервал — інтервал, який допускається до введення вакцини/анатоксину проти однієї і тієї самої інфекції особам з порушенням календаря щеплення.

**Щеплення дітей з порушенням календаря
для дітей віком від 2 місяців до 6 років 11 місяців 29 днів**

<i>Вакцини, анатоксини</i>	<i>Мінімальний інтервал між дозами</i>		
	<i>1–2-а дози</i>	<i>2–3-я дози</i>	<i>3–4-а дози</i>
АКДП АаКДП	1 місяць	1 місяць	6 місяців
АДП	1 місяць	9 місяців	
Проти поліомієліту	1 місяць	1 місяць	6 місяців
Проти гепатиту В	1 місяць	1 місяць	
Проти кору, паротиту, краснухи	1 місяць		
Ніб-вакцина	1 місяць, 2-а доза не вводиться, якщо 1-у дозу введено у віці від 12 місяців до 4 років 11 міс. 29 днів	6 місяців, 3-я доза не вводиться, якщо 2-у дозу введено у віці від 12 місяців до 4 років 11 міс. 29 днів	

Для дітей віком від 7 до 17 років 11 місяців 29 днів

<i>Вакцини, анатоксини</i>	<i>Мінімальний інтервал між дозами</i>		
	<i>1–2-а дози</i>	<i>2–3-я дози</i>	<i>3–4-а дози</i>
АДП-М	1 місяць	6 місяців	
Проти кору, паротиту, краснухи	1 місяць		
Проти гепатиту В	1 місяць	1 місяць	
Проти поліомієліту	1 місяць	1 місяць	6 місяців

При проведенні щеплень із застосуванням окремих вакцин або анатоксинів для профілактики різних інфекційних хвороб необхідно дотримуватися таких особливостей їх введення:

<i>Поєднання препаратів для щеплення</i>	<i>Можливе поєднання</i>
≥2 інактивованих вакцин анатоксинів	Вакцини та/або анатоксини можуть бути введені одночасно в різні ділянки тіла або з будь-яким інтервалом між введенням доз відповідно до інструкції про застосування
Живі вакцини + інактивовані вакцини або анатоксини	
≥2 живих вакцин(крім БЦЖ)	Вакцини можуть бути введені одночасно в різні ділянки тіла або з інтервалом не менше 1 місяця
Комбінація вакцини БЦЖ з іншими вакцинами	Щеплення вакциною БЦЖ не роблять з вакцинами один день з іншими вакцинами. Інші профілактичні щеплення можуть бути зроблені з інтервалом не менше 1 місяця до або після щеплення вакциною БЦЖ (крім вакцинації проти гепатиту В)

Щеплення ВІЛ-інфікованих осіб

<i>Визначення ситуації</i>	<i>Вакцини</i>	<i>Проведення щеплень</i>
Дитина народжена ВІЛ-інфікованою матір'ю (Z20.6; R75), – ВІЛ-статус дитини не визначено	ОПВ ¹ , БЦЖ, кір, епідпаротит, краснуха	Не проводиться до уточення ВІЛ-статусу
	Інактивовані вакцини, анатоксини	За цим Календарем
Безсимптомне носійство ВІЛ (Z21) або клінічні стадії I та II ² за відсутності імуносупресії або з легкою імуносупресією	ОПВ ¹ , БЦЖ	Не проводиться
	Інші вакцини, анатоксини	За цим Календарем
Клінічні стадії ² III та IV із середньо важкою та важкою імуносупресією ³	Вакцинація не проводиться ⁴	

1. Вакцинація ОПВ замінюється на ИПВ протягом періоду щеплення за цим календарем. ОПВ не призначається членам сім'ї ВІЛ-інфікованого та особам, що доглядають за ним.

2. Клінічна класифікація ВІЛ-інфекції у дітей (ВООЗ, 2005 рік).

3. Імунологічні категорії ВІЛ-інфекції у дітей.

4. Дітей з клінічними стадіями III та IV, у яких під впливом АРТ рівень CD4-лімфоцитів відновився, вакцинують, як дітей з клінічними стадіями I, II.

Особливої уваги при проведенні активної імунізації потребують діти груп ризику. Діти груп ризику не завжди адекватно вакцинуються, хоча вони мають більший ризик захворюваності на вакциновані інфекції, більшу вірогідність виникнення ускладнень і смертності від цих захворювань при доведеній ефективності вакцинації. Групи ризику можуть виділятися за віковими показниками (недоношені діти), медичними станами (пацієнти з хронічними захворюваннями, із захворюваннями, що супроводжуються підвищеною кровоточивістю імуноскомпрометовані особи, після алло/ауто-трансплантації стовбурових гемопоетичних клітин, тощо, та іншими чинниками (наприклад, реципієнти кохлеарних імплантатів). Планувати щеплення потрібно сумісно із спеціалістами, зважаючи на терміни початку або припинення імуносупресивної терапії, часу ремісії хронічних захворювань, часу після проведення трансплантації, введення кохлеарних імплантатів, тощо)

Після проведення профілактичного щеплення повинно бути забезпечене медичне спостереження (нагляд за особою протягом певного часу після введення вакцини/анатоксину) протягом терміну, визначеного інструкцією про застосування відповідної(го) вакцини /анатоксину. Якщо в інструкції про застосування вакцини/анатоксину не вказано термін спостереження, особа, якій було проведено щеплення, повинна перебувати під наглядом медичного працівника не менше 30 хвилин після вакцинації.

Після проведеної імунізації можливо виникнення будь-яких змін у стані здоров'я дитини.

ВООЗ рекомендує для оцінки післявакцинального періоду використовувати критерій несприятливі події після імунізації. Несприятливі події після імунізації (далі — НППІ) — усі захворювання, які зареєстровані у щепленого протягом післявакцинального періоду

ду. Післявакцинальний період — 30 днів після проведеного щеплення, крім вакцин для профілактики туберкульозу (БЦЖ), оральної поліомієлітної вакцини (ОПВ) та вакцин, які містять паротитний компонент, для яких післявакцинальний період визначається відповідно до інструкції про застосування вакцини.

Виділяють п'ять основних типів НППІ:

1. Реакція на вакцину— властивість вакцини.
2. Програмні помилки— техніка підготовки і проведення вакцинації.
3. Випадкові НППІ— випадково пов'язані з вакцинацією.
4. Реакція на ін'єкцію (укол)— безпосередньо на введення голки (страх, біль).
5. Неустановлена НППІ— причину встановити неможливо

Приклади неналежної практики імунізації та пов'язані з цим НППІ:

- недотримання правил асептики при ін'єкціях — інфекція, смерть;
- помилки при розведенні вакцини — місцевий абсцес, відсутність ефекту від вакцинації;
- введення вакцин у неправильне місце — місцевий абсцес, пошкодження нерва;
- неправильне транспортування і збереження вакцини — місцева реакція, неефективність вакцини;
- не враховані протипоказання — тяжка реакція (якій можна було б запобігти).

Випадкові НППІ — це несприятливі події, включаючи смерть, що не пов'язані з імунізацією, але виникають у тому віці (ранньому), коли проводиться вакцинація (випадкова асоціація).

Реакція на ін'єкцію (укол) — нерідко виникає непритомність після вакцинації, особливо у дітей віком 11–18 років.

До НППІ належать: ускладнений перебіг післявакцинального періоду та післявакцинальні реакції і ускладнення.

Ускладнений перебіг післявакцинального періоду — виникнення гострого або загострення хронічного захворювання у післявакцинальному періоді, яке за часом збігається з введенням вакцини та не має зв'язку із щепленням.

Післявакцинальні реакції (далі — реакції) — це клінічні ознаки нестійких патологічних (функціональних) змін в організмі, що виникають у зв'язку з проведенням щеплення.

Післявакцинальні ускладнення (далі — ускладнення) — це стійкі функціональні та морфологічні зміни в організмі, що виходять за межі фізіологічних коливань і призводять до значних порушень у стані здоров'я.

Місцеві реакції — клінічні ознаки, які проявляються безпосередньо у місці введення вакцини, анатоксину та алергену туберкульозного.

Сильна місцева реакція характеризується клінічними ознаками — набряком м'яких тканин понад 50 мм у діаметрі, інфільтратом понад 20 мм, гіперемією понад 80 мм у діаметрі.

Загальні реакції — нестійкі клінічні ознаки, які проявляються в певні строки після введення імунобіологічного препарату (вакцини, анатоксину або алергену туберкульозного) та призводять до короткочасних функціональних змін в організмі.

Особи, які підлягають щепленням (або їхні батьки чи інші законні представники), повинні бути проінформовані медичними працівниками про можливі реакції або ускладнення після застосування певної вакцини, анатоксину, алергену туберкульозного.

Виявлення НППІ здійснюють на всіх рівнях медичного обслуговування і спостереження:

- медичні працівники, що проводять щеплення;
- медичні працівники, що проводять лікування в медичних закладах;
- батьки або законні представники, попередньо проінформовані про можливі реакції або ускладнення після застосування певної вакцини, анатоксину, алергену туберкульозного.

Лікарі усіх закладів охорони здоров'я незалежно від підпорядкування та форм власності зобов'язані фіксувати інформацію про реакції у картці-повідомленні про побічну реакцію чи відсутність ефективності лікарського засобу при медичному застосуванні за формою № 137/0, наведеній у додатку 1 до Порядку здійснення нагляду за побічними реакціями лікарських засобів, дозволених до медичного застосування, затвердженого наказом МОЗ України від 27.12.2006 № 898, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 29.01.2007 за № 73/13340

Подача інформації про реєстрацію випадків реакцій та ускладнень здійснюється згідно з кодами можливих НППІ та строків їх розвитку (додатки 1, 2) для вакцин, анатоксинів та алергену туберкульозного здійснюється відповідно до додатка 3 до цієї Інструкції.

Реєстрації з відповідним записом у формах первинної медичної документації: «Історії розвитку дитини» (форма № 097/о), «Медична карта новонародженого» (форма № 112/о), «Медичній карті амбулаторного хворого» (форма № 025/о), «Медичній карті стаціонарного хворого» (форма № 003/о), «Карті профілактичних щеплень» (форма № 063/о), підлягають усі випадки реакцій та ускладнень відповідно до Переліку можливих несприятливих подій після імунізації, що потребують подальшого розслідування, наведеного у додатку 1, та Строків розвитку можливих несприятливих подій після імунізації (реакцій та ускладнень), наведених у додатку 2, а також: летальні випадки, що трапляються протягом 30-ти діб після щеплення; випадки госпіталізації протягом 30-ти діб після щеплення.

Для розслідування групових реакцій або ускладнень (крім госпіталізації та летальних випадків) обласними та міськими управліннями охорони здоров'я або Міністерством охорони здоров'я Автономної Республіки Крим створюється комісія, до складу якої входять: педіатр, терапевт, епідеміолог, імунолог, невролог дитячий/дорослий (за згодою), алерголог дитячий/дорослий (за згодою), фтизіопедіатр (за згодою). Комісія не пізніше ніж протягом 48-ми годин з початку виникнення групових реакцій або ускладнень (крім госпіталізації та летальних випадків) розпочинає розслідування (епідеміологічне та клінічне).

**Перелік можливих несприятливих подій після імунізації,
що потребують подальшого розслідування**

Коди:	Можливі несприятливі події після імунізації
<i>I. Реакції</i>	
1	Підвищення температури до 39° С ¹
2	Підвищення температури більше 39° С (сильна загальна реакція організму)
3	Біль, набряк м'яких тканин більше 50 мм, гіперемія у місці введення більше 80 мм, інфільтрат більше 20 мм (сильна місцева)
4	Лімфоаденопатія
5	Головний біль
6	Дратівливість, порушення сну
7	Висипання неалергічного генезу
8	Нудота, біль у животі, диспепсія, діарея
9	Катаральні явища
10	Міальгія, артралгія
11	Транзиторна тромбоцитопенія
<i>II. Ускладнення</i>	
12	Післяін'єкційний абсцес
13	Анафілактичний шок та анафілактоїдні реакції
14	Алергічні реакції (набряк Квінке, висипка за типом кропивниці, синдром Стівенса-Джонсона, Лайела)
15	Фебрильні судоми
16	Афебрильні судоми
17	Підшкірний холодний абсцес
18	Поверхнева виразка > 10 мм.
19	Регіональний(і) лімфаденіт(и)
20	Келоїдний рубець
21	Генералізована БЦЖ-інфекція, остеомієліт, остейт

¹Залежно від індивідуальних особливостей дитини.

Строки розвитку можливих несприятливих подій після імунізації (реакцій та ускладнень)

Вакцини	Коди клінічних проявів реакцій та ускладнень																				
	1-2	3	4	5-6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17-18	19	20	21			
АКДП, АДП, комбіновані вакцини на основі АКДП*	<72 год.	<48 год.	< 7 діб	< 48 год.	нх	<72 год.	нх	нх	нх	<7 діб	<24 год.	<72 год.	<72 год.	7-14 доба	нх	нх	нх	нх			
АаКДП, комбіновані вакцини на основі АаКДП*	<48 год.	<72 год.	<7 діб	<48 год.	нх	<72 год.	нх	нх	нх	<7 діб	<24 год.	<48 год.	<72 год.	7-14 доба	нх	нх	нх	нх			
Проти кору, паротиту, краснухи моновакцини*	4-10 доба	24 год.	4-10 доба	4-10 доба	7-10 доба	нх	6-15 доба	4-10 доба	5-15 доба	<5 діб	<24 год.	<72 год.	6-10 доба	нх	нх	нх	нх	нх			
Комбіновані вакцини КПК*	8-9 доба	24 год.	4-10 доба	4-10 доба	7-10 доба	нх	6-15 доба	4-10 доба	5-15 доба	<5 діб	<24 год.	<72 год.	6-10 доба	нх	нх	нх	нх	нх			
БЦЖ*	<48 год.	ср	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	1,5-6 міс.	2-6 міс.	5-12 міс.	2-24 міс.			

Вакцини	Коди клінічних проявів реакцій та ускладнень																				
	1-2	3	4	5-6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17-18	19	20	21			
ОПВ*	нх	нх	нх	<72 год.	нх	<72 год.	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх		
ІПВ*	<48 год.	<48 год.	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	нх	<5 діб	<24 год.	<72 год.	нх	нх	нх	нх	нх	нх		
Проти гепатиту В*	<72 год.	<48 год.	нх	<72 год.	нх	<5 діб	<72 год.	<72 год.	нх	нх	<5 діб	<24 год.	<72 год.	<72 год.	<72 год.	нх	нх	нх	нх		
Полісахаридні вакцини (НіВ)*	<72 год.	<48 год.	нх	<48 год.	<72 год.	<72 год.	нх	<72 год.	нх	нх	<5 діб	<24 год.	<72 год.	<48 год.	нх	нх	нх	нх	нх		
Туберкулін*	<48 год.	біль у місці ін'єкції <72 год.		головний біль <48 год.								<24 год.									

* Перелік не є вичерпним, необхідно користуватися інструкцією про застосування окремих вакцин, анатоксинів та алергенів туберкульозних, зареєстрованих в Україні;

нх – не характерно;

ср – специфічна реакція на введення вакцини БЦЖ.

СПИСОК РЕКОМЕНДОВАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акарачкова Е. С. Основы терапии и профилактики стресса и его последствий у детей и подростков /Е. С. Акарачкова, С. В. Вершинина, О. В. Котова [и др.] //Вопросы современной педиатрии. – 2013. — № 3. – С. 38–44.
2. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «Атопічний дерматит». – 2016. – С. 113.
3. «Неинфекционные заболевания: профилактика и укрепление здоровья в Украине». 2015 г.
4. Баранов А. А. Государственная политика в области охраны здоровья детей. Вопросы теории и практика / А. А. Баранов, Ю. Е. Лапин., 2009. – 175 с.
5. Баранов А. А. Профилактическая педиатрия — новые вызовы. / А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова, В. Ю. Альбицкий, // Вопросы современной педиатрии. 2012 11(2), — С. 7–10.
6. Баранов А. А. Профилактическая педиатрия: Руководство для врачей / М-во здравоохранения РФ [и др.]; под ред. А. А. Баранов, Л. С. Намазова-Баранова. // – М.: ПедиатрЪ, 2015. – 744 с.
7. Березина Н. О. Психомоторное развитие современных дошкольников /Н. О. Березина //Российский педиатрический журнал. – 2009. — № 2. – С. 53–54.
8. Борисова, Т. С. Гигиенические аспекты закаливания детей и подростков : учеб.-метод. пособие / Т. С. Борисова, Ж. П. Лабодаева. // – Минск : БГМУ, — 2017. – 44 с.
9. Булатова Е. М. Особенности питания детей раннего и дошкольного возраста Санкт-Петербурга, поддерживающие негативные природно-экологические влияния региона /Е. М. Булатова, О. А. Матальгина //Вопросы современной педиатрии. – 2013. — № 6. – С. 36–47.
10. Бурцев Н. Правильное закаливание детей от рождения до школы. / Н. Бурцев // : — Медицина; — 2013. — 128 с.
11. Василенко Н. В. Стан здоров'я дітей першого року життя, які народилися доношеними із затримкою внутрішньоутробного розвитку / Н. В. Василенко // Автореферат., Дніпропетровськ 2004 р.
12. Васильева Е. И. Нервно-психическое развитие детей. / Е. И. Васильева // Учебно-методическое пособие для студентов., — Иркутск, — 2014 р.
13. Вильмс А. Е. Микроэлементозы у детского населения мегаполиса: эпидемиологическая характеристика и возможности профилактики / А. Е. Вильмс, Л. В. Турчанинов, М. С. Турчанинова // Педиатрия. – 2011. – № 1 (90). – С. 96–101.

14. Волоха А. П. Вакцинація груп ризику / А. П. Волоха. // Интернет издание Новости медицины. – 2013. – Симпозиум №178
15. Воронцова Т. О. Аналіз деяких аспектів способу життя у дітей із затримкою фізичного розвитку / Т. О. Воронцова // Перинатология и педиатрия. – 2010. – № 2 (42). – С. 17–18.
16. Галеева Р. Т. Комплексная оценка состояния здоровья детей, поступающих в 1-й класс многопрофильной гимназии / Р. Т. Галеева, В. И. Струков, Ю. Е. Алленова [и др.] // Педиатрия. – 2015. – № 5. – С. 161–163.
17. Глобальная стратегия охраны здоровья женщин и детей [Электронный ресурс]. – Режим доступа : http://www.who.int/pmnch/activities/jointactionplan/20100910_gswch_russian.pdf. – Название с экрана.
18. Глобальный план действий по профилактике неинфекционных заболеваний и борьбе с ними. План действий на 2013–2020 гг., 2014г. С.-114, ISBN: 978 92 4 450623 3
19. Грачева, А. Г. Подготовка участковых педиатров основа эффективного развития амбулаторной педиатрии / А. Г. Грачева // Вопросы современной педиатрии, – 2007. – № 6(3), – С. 9–11.
20. Державна служби статистики України <http://database.ukrcensus.gov.ua/PXWEB2007>.
21. Дудіна О. О. Характеристика виживання новонароджених із низькою масою тіла при народженні / О. О. Дудіна, Ю. Ю. Габорець, Г. А. Дзюба // Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2016. – № 3 (69). – С. 41–47
22. Дьяченко А. Г., Вакцинопрофілактика інфекцій: проблеми і перспективи / А. Г. Дьяченко, Н. А. Галушко, В. В. Липовська, П. А. Дьяченко. // Вісник Сум ДУ Серія Медицина. – 2009. – №1. – С. 84–98.
23. Жукова Н. В. Современные вакцины: характеристика и классификация / Н. В. Жукова, И. М. Кривошеева. // Кримський терапевтичний журнал. – 2013 – №2. – С. 99–104
24. Жукова Н. В. Современные вакцины: характеристика и классификация / Н. В. Жукова, И. М. Кривошеева. // Кримський терапевтичний журнал. – 2013 – №2. – С. 99–104
25. Зінченко С. М. Сучасні концепції психології і патології розвитку та її використання в реабілітаційному процесі / С. М. Зінченко, В. Ю. Мартинюк // Современная педиатрия. – 2010. – №2. – С.198–200.
26. Знаменська Т. К. Стратегічні напрямки реконструкції системи охорони здоров'я новонароджених та дітей України / Т. К. Знаменська, О. В. Воробйова, Т. Ю. Дубініна. // Неонатология, хирургия та перинатальна медицина. – Т. VII, – № 4(26), – 2017. – С. 5–12
27. Знаменська Т.К., Аналіз роботи перинатальних центрів у виходжуванні передчасно народжених дітей в Україні / Т. К. Знаменська, Л. І. Ніку-

ліна, Н. Г. Руденко, О. В. Воробйова // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. — 2017. — Т. VII, — № 2(24), — С.5–11.

28. Іванько О. Г. Фізичний розвиток дитини. / О. Г. Іванько // Навчальний посібник, — Запоріжжя, — 2014 р.

29. Катков, А. Л. О проекте исследования моделей здоровья и факторов, влияющих на саногенное поведение населения в аспекте вакцинопрофилактики. / А. Л. Катков, М. А Крамм, Е. Я. Фролова, // Вопросы современной педиатрии, — 2015. 14 (1), — С.140–144.

30. Квашніна Л. В. Особливості вегетативного гомеостазу та церебральної гемодинаміки і корекція їх порушень у дітей молодшого шкільного віку в період адаптації до нових мікросоціальних умов / Л. В. Квашніна, Т. Б. Ігнатова, Ю. А. Маковкіна [та ін.] // Перинатология и педиатрия. — 2010. — № 1(41). — С. 31–36.

31. Комарова О. Н. Психогенно обусловленные расстройства приема пищи у детей раннего возраста и способы их коррекции. / О. Н. Комарова, А. И. Хавкин // Российский вестник перинатологии и педиатрии, — 2015. 60 (2), — С.108–113.

32. Конвенція про права дитини (20 листопада 1989 року) (редакція зі змінами, схваленими резолюцією 50/155 Генеральної Асамблеї ООН від 21 грудня 1995 року) {Конвенцію ратифіковано Постановою ВР № 789-ХІІ від 27.02.91}, http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/995_021

33. Кондратьєв В. О. Оцінка фізичного розвитку дітей різного віку. / В. О. Кондратьєв // Методичні рекомендації для студентів. — Дніпро. — 2014 р. — 21 с.

34. Котова Н. В. 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.

35. Крамарьова С. О. Інфекційні хвороби у дітей.: Підручник / за ред. С. О. Крамарьова, О. Б. Надраги // — Київ: ВСВ «МЕДИЦИНА» — 2010. — 392 с.

36. Крукович Е. В. Физическое воспитание детей в организованных коллективах. / Е. В. Крукович, Л. В. Транковская, А. Я. Осин, Г. Н. Бондарь, А. К. Яценко, Е. А. Корнеева, Н. Г. Садова // Здоровье. Медицинская экология. Наука, — 2015. — №63 (5), — С. 43–50.

37. Лесовська С. Г. Сучасний стан регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / С. Г. Лесовська // Слово о здоровье, — №7, — 2017 г., Междисциплинарные проблемы <http://ozdorovie.com.ua/>

38. Лучишин Н. Ю. Характеристика адаптаційних реакцій організму дітей дошкільного віку / Н. Ю. Лучишин // Перинатология и педиатрия. — 2010. — № 2(42). — С. 99–101.

39. Лынова Е. Н. Медико-социальные аспекты профилактики инфекционных заболеваний у детей в зависимости от уровня медико-социальной активности семьи / Е. Н. Лынова, А. В. Ткаченко // Здоровье и образование в XXI веке. — 2017. — №8. — С. 116–119.

40. Маврутенков В. В. Вакцинопрофілактика: досягнення, проблеми і перспективи розвитку / В. В. Маврутенков, Г. О. Ревенко. // Медичні перспективи – 2016. Том XXI/3 – С. 56–61.

41. Мазурин А. В. Пропедевтика детских болезней. / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов // – Санкт-Петербург, – 2000. – 356 с.

42. Маменко М.Є. Клінічні рекомендації з діагностики, лікування та профілактики йододефіцитних захворювань у дітей. / М.Є. Маменко, Н.А. Белих // – Київ – 2014 р. – 31 с.

43. Международная классификация функционирования, ограниченный жизнедеятельности и здоровья детей и подростков. – 2016 г. – 241 с. <http://www.who.int/publications/list/2016/icd-children/ru/>

44. Мейрман А. С. Усовершенствование профилактических работ среди детского населения. / А. С. Мейрман // Вестник Казахского Национального медицинского университета, – 2014 (1), – С. 446–449.

45. Мешкова О. М. Аналіз діяльності Центрів відділень кабінетів медичної допомоги підліткам та молоді «Клініки дружні до молоді» в Україні за 2015 рік [Електронний ресурс] / О.М. Мешкова // ; МОЗ України, Національна дитяча спеціалізована лікарня «ОХМАТДИТ» — Режим доступу: <http://kdm-ldd.org.ua/uploads/files/1465440275Аналіз%20діяльності%20КДМ%20за%202015%20Мешкова.pdf>. — Назва з екрану.

46. Міжнародний консенсус (ICON): алергічні реакції на вакцини. // «Здоров'я України». – 2017. – №2(63) – С. 40–57.

47. Міжнародний проект «Європейська мережа шкіл сприяння здоров'ю» (ЄМШСЗ) спільний наказ Міністерства охорони здоров'я та Міністерства освіти України від 7.02.1995р. за №25/31 «Про прилучення до міжнародного проекту ЄМШСЗ»

48. Моїсеєнко Р. О. Національні підходи до впровадження системи регіоналізації перинатальної допомоги в Україні / за ред. Р. О. Моїсеєнко // Міністерство охорони здоров'я України. – 2012. – 136 с.

49. Моїсеєнко Р. О. Окремі питання розвитку соціальної педіатрії в Україні / Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. — 2013. — № 5 (53). — С. 24–28.. (2007).

50. Моїсеєнко Р.О. Актуальні проблеми організації допомоги дітям з інвалідністю у світі та в Україні./ Р. О. Моїсеєнко // Современная педиатрия. — 2015. — № 3(67): — С.16–19; doi10.15574/SP.2015.67.16

51. Мокия-Сербина С. А. Нагляд за ВІЛ позитивними дітьми [Текст] / С. О. Мокия-Сербина, Н. В. Василенко, Н. Г. Примак. // — Дніпропетровськ : — 2008. — 115 с.

52. Мокия-Сербина С. А. Курение как социальная проблемав обществе. / С. А. Мокия-Сербина, Т. В. Литвинова // ГУ «Днепропетровская медицинская академия МЗ Украины».

53. Мокія-Сербіна С. О Клініко-параклінічна характеристика залізодефіцитних станів у дітей 5–6 років, що готуються до вступу в школу / С. О. Мокія-Сербіна, В. В.Чечель / Матеріали X Конгресу педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії» 6–7 жовтня 2014, Київ // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2014. – №1(Т.6). – С. 59–60.

54. Мокія-Сербіна С. О Клініко-психологічні аспекти залізодефіцитних станів у дітей шестирічного віку, що готуються до систематичного шкільного навчання / С. О. Мокія-Сербіна, В. В. Чечель, Н. В. Василенко // Вісник проблем біології і медицини. – 2014. – №3 (1). – С. 233–237.

55. Мокія-Сербіна С. О Когнітивні порушення та їх корекція у дітей дошкільного віку, які мали дефіцит заліза у ранньому віці / С. О. Мокія-Сербіна, В. В.Чечель // Современная педиатрия. – 2013. – №6(54). – С. 101–104.

56. Мокія-Сербіна С. О. Аналіз фізіологічної адаптації першокласників в системі сучасного навчання у школі. / С. О. Мокія-Сербіна, Н. В. Василенко, В. В. Чечель / Матеріали V конгресу педіатрів України «сучасні проблеми клінічної педіатрії», 15–17 жовтня 2008, Київ // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2008. – №4. – С.18 -19.

57. Мокія-Сербіна С. О. Особливості стану здоров'я дітей старшого дошкільного віку та їх готовність до систематичного навчання в школі / С. О. Мокія-Сербіна, В. В. Чечель / Матеріали IV конгресу педіатрів України «Актуальні проблеми клінічної педіатрії», 17–19 жовтня 2007, Київ // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2007. – №4. – С.11.

58. Мокія-Сербіна С. О. Стан когнітивної сфери у дітей 5–6 річного віку з аліментарним дефіцитом заліза / С. О. Мокія-Сербіна, В. В. Чечель // Медичні перспективи. – 2014. – №2. – С.93–97.

59. Мокія-Сербіна С. О. Клінічні рекомендації по діагностиці, лікуванню та профілактиці ГРВІ у дітей раннього віку : навчальний посібник / С. О. Мокія-Сербіна та сп.автори. // – Кривий Ріг. – 2014. -158 с.

60. Мокія-Сербіна С. О. Корекція когнітивних порушень у дітей дошкільного віку, які мали дефіцит заліза у ранньому віці / С. О. Мокія-Сербіна, В. В.Чечель / Матеріали VII конгресу педіатрів України «Актуальні проблеми педіатрії» 11–13жовтня 2011, Київ // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 2011. – №4 (446). – С.105.

61. Мокія-Сербіна С. О. Нові підходи щодо підвищення морфофункціональної готовності до систематичного шкільного навчання дітей шестирічного віку із залізодефіцитними станами / С. О. Мокія-Сербіна, В. В. Чечель // Здоровье ребенка. – 2016. – №1 (69). – С. 25–29.

62. Мокія-Сербіна С. О. Шляхи оптимізації підготовки до систематичного шкільного навчання дітей шестирічного віку з дефіцитом заліза / С. О. Мокія-Сербіна, В. В. Чечель // Современная педиатрия. – 2015. – №4(68). – С. 41–44.

63. Мокія-Сербіна, С. О. Аналіз фізіологічної адаптації першокласників в системі сучасного навчання в школі [Текст] / С. О. Мокія-Сербіна, Н. В. Василенко, В. В. Чечель ; Матеріали V Конгресу педіатрів України // Педіатрія, акушерство і гінекологія. — 2008. — № 4. — С. 18–19
64. Мощича П. С. Медицина дитинства./ Під ред. П. С. Мощича. // — Київ. Здоров'я. — 1994. — Т.1, Т.2. — 644 с.
65. Николаева С. В. Изменение питания и здоровье детей / С. В. Николаева // Вопросы современной педиатрии. — 2013. — № 1. — С. 108–111.
66. Определение приоритетных направлений работы в области популяционной профилактики детского ожирения 2013 г. — 90 с. ISBN: 978 92 4 450327 0
67. Пархоменко Л. К. Медико-социальные проблемы подросткового возраста и пути их решения. / Л. К. Пархоменко // Современная педиатрия. — 2017. — 4(84): — С. 16–21; doi 10.15574/SP.2017.84.16
68. Пересыпкина Т. В. Медико-социальные аспекты профилактики хронической неинфекционной патологии / Т. В. Пересыпкина // Здоровье ребенка. — 2017. — т. 12, № 2. — С. 182–187
69. Пипа Л. В. Психоемоційний стан вихованців школи-інтернату ті їх реабілітація в санаторії «Південнобережний» (м. Алушка) / Л. В. Пипа, С. В. Римша, А. В. Філік [та ін.] // Здоровье ребенка. — 2012. — № 8. — С. 81–86.
70. Покровский В.И. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник / В.И. Покровский, С. Г. Пак, Н. И. Брико, Б. К. Данилкин // — 2-е изд — М: ГЕОТАР — Медиа, — 2007. — 816 с.: ил.
71. Польша Н. С. До питання оцінки фізичного розвитку школярів за стандартами ВООЗ / Н. С. Польша, А. Г. Платонова // Довкілля та здоров'я. — 2012. — № 1. — С. 48–52.
72. Попова В. А. Микроэлементозы и проблемы здоровья детей / В. А. Попова, А. А. Кожин, Ю. И. Мегидь // Педиатрия. — 2015. — № 6. — С. 140–144.
73. Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака (РКБТ). 2005 г., ISBN 978 92 4 459101 7 Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, No 96, ISBN 92–890–4363–6 ISSN 0258–4972
74. Рубекина І. Г Ожиріння у дітей — 2017.
75. Русаковой О. М. Нервово-психічний розвиток. / За ред. О. М. Русаковой // Актуальні проблеми педіатрії, — 2009.
76. Сагалакова О. А. Патологический антивитаальный мотив в структуре ограничительного пищевого поведения при склонности к анорексии. / О. А. Сагалакова, К. В. Терре, А. А. Шутилина (Корнева) // Universum: Психология и образование : электрон. научн. журн. — 2015. — № 11–12(20). URL: <http://7universum.com/ru/psy/archive/item/2821>
77. Слюсаренко А. Е. Особенности функционального состояния сердечно-сосудистой системы городских подростков и элементный баланс организма / А. Е. Слюсаренко // Перинатология и педиатрия. — 2014. — № 1. — С. 109–112

78. Соціологічне дослідження «Молодь України 2015» Київ., 2015 р.
79. Тимченко В. Н. Инфекционные болезни у детей / Под. редакцией В.Н. Тимченко // — Санкт-Петербург: Спец— Лит, — 2012. — 640 с.
80. Тренева М. С. Вероятность аллергического заболевания ребенка при проявлениях аллергии у его родственников / М. С. Тренева, А. Н. Пампура // Российский аллергологический журнал. — 2006; — № 3: — С. 40–43.
81. Тренева М. С. Первичная профилактика атопического дерматита у детей: состояние проблемы и перспективы выхода из кризиса. / М. С. Тренева, А. Н. Пампура // Педиатрия. Журнал имени Г.Н. Сперанского. — 2015; — №94(4): — С. 8–13. DOI:10.24110/0031-403X-2015-94-4-8-13
82. Хаустова Е. А. Тревожный человек в тревожном мире /Е. А. Хаустова //Участковый врач. — 2015. — № 2. — С. 4–7.
83. Чеботарьова В. Д. Пропедевтична педіатрія. / В.Д.Чеботарьова, В.Г. Майданик // — К., — 1999. — 327 с.
84. Черная Н. Л. Вынужденное решение родителей о прививке как психологическая «Почва» антивакцинальных установок. / Н. Л. Черная, В. К. Солондаев, Е. В. Конева, С. Е. Баторшина, О. Б. Дадаева // Вопросы современной педиатрии, — 2016. — № 15 (2), — С. 168–174.
85. Чернишова Л. А. Імунологічні основи вакцинації / Л. А, Чернишова, А. П. Волоха, Ф. І. Лапій. // Здоровье ребенка. — 2014. — №1(52) — С. 188–192.
86. Чернишова Л. І. Несприятливі події після імунізації / Л. І Чернишова, А. П. Волоха, Ф.І. Лапій. // Интернет издание «Новости медицины» — 2013. — Симпозіум №170
87. Чечель В. В. Особливості фізіологічної готовності дітей старшого дошкільного віку з дефіцитом заліза до систематичного шкільного навчання / В. В. Чечель //Медичні перспективи. — 2013. -№3 ч.2. — С. 266–271.
88. Шостакович-Корецька Л. Р. Кабінет інфекційних захворювань: структура, функції, організація роботи / Л. Р. Шостакович-Корецька, Л. А. Андреева, О. П. Шевченко // — Дніпропетровськ: ВІДАР ТД, — 2013. — 175 с.
89. Шпак В. Г. Теория и методика физического воспитания детей дошкольного возраста : учеб.-метод. комплекс по учеб. дисциплине для специальности (направление специальности) 1–01 03 72 — Дошкольное образование / В. Г. Шпак, Г. Б. Шацкий // ; Учреждение образования «Витебский государственный университет имени П. М. Машерова».. — Витебск : ВГУ имени П. М. Машерова, 2015. — 191 с., табл., схем. — Библиогр.: с. 187–189, ISBN 978–985–517–489–0
90. Шунько Є. Є. Стратегічні напрямки медичної допомоги новонародженим в Україні / Є. Є. Шунько //Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина — 2014. — Т. IV, — № 3(13), — С. 11–14.
91. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я

України. 2016 рік / МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». – Київ, 2017. – 516 с.

92. Юшука Н. Д. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. / Под редакцией Н. Д. Юшука, И. В. Маева, К. Г. Гуревича // – М.: Издательство «Перо», – 2012. – 659 с.

93. Яковлева Л. В. Физическое развитие и здоровье детей 3–7 лет : пособие для педагогов дошк. учреждений : в 3 ч. / Л. В. Яковлева, Р. А. Юдина. // – М. : Гуманитар, изд. ВЛАДОС, – 2014. – 315 с.

94. Allen KJ., Lowe AJ., Dharmage SC. [The role of hydrolysates for atopy prevention]. *con. Pediatr]. Allergy Immunol.* 2013; 24 (8): 724–726.

95. Aileen Robertson [Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий]. Под редакцией: Aileen Robertson, Cristina Tirado, Tim Lobstein, Marco Jermini, Cecile Knai, Jørgen H. Jensen, Anna Ferro-Luzzi и W.P.T. James Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, No 96 2004, xxi + 505 с. ISBN 92–890–4363–6

96. Brown T. [WHO Releases Guidelines for Reducing Maternal, Newborn Deaths]. *Medscape [Internet]*, 2015 Dec 8 [cited 2017 Oct 19]. Available from: <http://www.medscape.com/viewarticle/855582>

97. Committee on Fetus and Newborn // Levels of Neonatal Care. *Pediatrics*// (2004) 114: 1341–1347. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: – <http://www.slideshare.net/MCH-org-ua/ss-17177098>.

98. Cystic fibrosis: diagnosis and management. NICE guideline Published: 25 October, 2017. ISBN: 978–1–4731–2708–1 nice.org.uk/guidance/ng78

99. Deckers IA., McLean S., Linssen S., et al. [Investigating international time trends in the incidence and prevalence of atopic eczema 1990–2010: a systematic review of epidemiological studies]. *PLoS One.* 2012; 7 (7): e39803.

100. Dharmage SC., Lowe AJ., Matheson MC., et al. [Atopic dermatitis and the atopic march revisited]. *Allergy.* 2014; 69: 17–27.

101. Every Newborn: an action plan to end preventable deaths: http://www.who.int/maternal_adolescent/topics/newborn/enap_consultation/en/ child_

102. Failure to Thrive: A Practical Guide. Gretchen J. Ho, MD, University of Kansas School of Medicine, Wichita, Kansas *Am Fam Physician.* 2016 Aug 15;94(4): 295–299.

103. Flohr C., Mann J. [New approaches to the prevention of childhood atopic dermatitis]. *Allergy.* 2014; 69 (1): 56–61.

104. Foisy M., Boyle RJ., Chalmers J.R., et al. [Overview of Reviews The prevention of eczema in infants and children: an overview of Cochrane and non-Cochrane reviews]. *Evid Based Child Health.* 2011; 6 (5): 1322–1339.

105. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013–2020. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1. Accessed:2013.

106. Global Nutrition Targets 2025: Wasting policy brief. Available from: http://www.who.int/nutrition/publications/globaltargets2025_policybrief_wasting/en/. Accessed: 2014. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/5/9789244506233_rus.pdf

107. Interventions and advice on nutrition for parents and carers of infants and pre-school children. Maternal and child nutrition (2008 updated 2014) NICE guideline PH11

108. Joffe A, Anton N, Lequier L, Vandermeer B, Tjosvold L, Larsen B, Hartling L. [Nutrition for critically ill children in paediatric intensive care units]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 5. Art. No.: CD005144. DOI: 10.1002/14651858.CD005144.pub3

109. Levels & trends in child mortality. Maternal, newborn, child and adolescent health United Nations Inter-agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME). [Электронный ресурс]. New York: UNICEF, 2013: www.childmortality.org

110. Mokiya-Serbina SO., Chechel VV. [Features of influence of a ferrotherapy with condition of morphological and psychosocial development of children of six years with iron deficiency], *Pediatrics. Eastern Europe.* – 2015. – №4(12). – P.53–59.

111. Maternal and child nutrition. Quality standard. Published: 1 July 2015/ ISBN: 978-1-4731-1330-5 nice.org.uk/guidance/qs98

112. Moral L. [Maybe South Italy maternity units are doing it right: do we know the benefits of dietary preventive measures for atopic diseases?] *Pediatr. Allergy Immunol.* 2011; 22 (5): 543.

113. Obesity: Identification, assessment and management of overweight and obesity in children, young people and adults Partial update of CG43. Methods, evidence and recommendations. National Clinical Guideline Centre, 2014. – 158 p.

114. Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6–12 September./ 1978 World Health Organization Geneva – 1978 – 78 p.

115. Primary Health Care, Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata, USSR, 6–12 September./ 1978 World Health Organization Geneva – 1978 – 78 p.

116. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016–2030) <http://www.who.int/life-course/partners/global-strategy/ewec-globalstrategyreport-200915.pdf?ua=1>

117. Van Bever HP., Lee BW., Shek LP. [Viewpoint: the future of research in pediatric allergy: what should the focus be?]. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2012; 23 (1): 5–10.

118. Van Reempts P et al. [Characteristics of neonatal units that care for very preterm infants in Europe: Results from the MOSAIC Study]. *Pediatrics* (2007) // 120(4):815-

119. Wahn U.: [Considering 25 years of research on allergy prevention – have we let ourselves down?]. *Pediatr Allergy Immunol.* 2013 Jun;24(4):308–310.

120. Warner JO., Warner JA. [Fetal and early-life origins of allergy]. *Pediatr. Allergy Immunol.* 2014; 25: 7–8.

121. Zeitlin J. [Regionalisation of perinatal care in Europe] J. Zeitlin, E. Papiernik, G. // Breart and the Europet Group // *Scmin Neonatol.* 2004. V. 9. P. 99–110.

122. Закон України «Про охорону дитинства». Документ 2402–14. Редакція від 20.01.2018., підстава 2249–19
<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/2402-14?info=1>

123. Закон України від 22.09.2005 № 2899-IV «Про заходи щодо попередження та зменшення вживання тютюнових виробів і їх шкідливого впливу на здоров'я населення». <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/2899-15>

124. Закон України від 07.07.2011 № 3611-VI «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги». [Електронний документ]. — Режим доступу: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/3611-17>

125. Закон України від 20.12.2016 р. №1791 «Про внесення змін до Податкового кодексу України та деяких законодавчих актів України щодо забезпечення збалансованості бюджетних надходжень у 2017 році»
<http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1791-19>

126. Кабінет міністрів України Постанова від 21 листопада 2013 р. № 896 Київ Про затвердження Порядку виявлення сімей (осіб), які перебувають у складних життєвих обставинах, надання їм соціальних послуг та здійснення соціального супроводу таких сімей (осіб). <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/896-2013-%D0%BF>

127. Кабінет Міністрів України Розпорядження від 14 грудня 2016 р. № 948-р Київ «Деякі питання реалізації пілотного проекту “Створення системи надання послуг раннього втручання” для забезпечення розвитку дитини, збереження її здоров'я та життя». <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/948-2016-%D1%80>

128. Кабінет Міністрів України Розпорядження від 23 серпня 2016 р. № 590-р Київ «Про затвердження плану заходів з виконання у 2016 році Загальнодержавної програми «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини» на період до 2016 року». <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/590-2016-%D1%80>

129. Кабінет міністрів України Розпорядження від 9 серпня 2017 р. N 526-р Київ «Про Національну стратегію реформування системи інституційного

догляду та виховання дітей на 2017 — 2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу». <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/250190226>

130. Кабінет міністрів України розпорядження від 31 жовтня 2011 р. № 1164-р Київ «Про схвалення Концепції Загальнодержавної програми “Здоров’я 2020: український вимір”» <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/244717787?=&print>

131. Наказ МОЗ України № 72 від 23.02.2001 р. «Про затвердження деяких документів із сімейної медицини».

132. Наказ Міністерства охорони здоров’я України № 802 від 13.09.2013 р. «Про затвердження Критеріїв оцінки фізичного розвитку дітей шкільного віку». <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1694-13>

133. Наказ МОЗ України від 29.11.2002 № 434 «Про удосконалення амбулаторно— поліклінічної допомоги дітям в Україні» (Із змінами, внесені згідно з Наказом МОЗ України № 177 від 03.04.2008)

134. Наказ МОЗ України від 28.12.2002 № 502 «Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів»

135. Наказ Міністерства охорони здоров’я України від 10.01.2005 № 9 «Про затвердження Протоколів лікування дітей за спеціальністю “Педіатрія”». http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20050110_9.html

136. Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005 «Про затвердження отоколу медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною»: [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

137. Наказ МОЗ України № 432/496 від 30.08.2005 р. «Про удосконалення організації медичного обслуговування дітей у дошкільному навчальному закладі»: [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

138. Наказ МОЗ України №540 від 04.08.2006 «Про затвердження принципів грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров’я на відповідність статусу «Лікарня, доброзичлива до дитини» : [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

139. Наказ МОЗ України від 29.08.2006 № 584 «Про затвердження «Протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні»

140. Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008 «Клінічний протокол 4 медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років»: [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

141. Наказ МОЗ України №177 від 03.04.2008 «Про деякі заходи щодо вдосконалення надання амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям»: [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

142. Наказ МОЗ України 13.02.2009 № 90 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 20.03.2008 № 149» : [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

143. Наказ МОЗ України № 382 від 02.06.2009 р «Про затвердження Тимчасових стандартів, критеріїв та індикаторів надання медичної допомоги підліткам та молоді в центрах (відділеннях, кабінетах) медичної допомоги підліткам та молоді» : [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

144. Наказ МОЗ/МОН України від 20.07.2009 № 518/674 «Про забезпечення медико — педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах»

145. Наказ МОЗ України від 16.08.2010 № 682 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів» (Із змінами, внесеними згідно з Наказом МОЗ України № 382 від 23.05.2012)

146. Наказ МОЗ України №682 від 16.08.2010 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів»: [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

147. Наказ МОЗ України від 27.08.2010 № 728 «Про диспансеризацію населення»

148. Наказ МОЗ України № 617 від 27.08.2010 «Про диспансеризацію населення»: [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

149. Наказ МОЗ України від 16.09.2011 №595 «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів»: [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

150. Наказ МОЗ України № 703 від 26.10.2011 «Про затвердження Програми дослідження щодо вивчення рівня соматичних та інфекційних захворювань серед дітей віком до 3 років, міст Києва, Донецька, Львова та Сімферополя після щеплень, визначених Календарем профілактичних щеплень в Україні» : [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

151. Наказ МОЗ України від 27.12.2011 №973 «Про затвердження Переліку захворювань, які дають право на усиновлення хворих дітей без дотримання строків перебування на обліку в центральному органі виконавчої влади, до повноважень якого належать питання усиновлення та захисту прав дітей, а також до досягнення дитиною п'яти років» : [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

152. Наказ Міністерства охорони здоров'я України 21.01.2013 № 41 «Про організацію паліативної допомоги в Україні». <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z0229-13>

153. Наказ МОЗ України № 1150 від 27.12.2013 «Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів». <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/z1167-16>

154. Наказ МОЗ України № 551 від 11.08.2014 «Про удосконалення проведення профілактичних щеплень в Україні»

155. Наказ МОЗ України №778 від 27.10.2014 р. «Про затвердження переліку рідкісних (орфанних) захворювань» [Електронний документ]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.

156. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 15.07.2016 № 723 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при муковісцидозі». http://old.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20160715_0723.html

157. Наказ МОЗ України № 801 від 29.07.2016 «Про затвердження Положення про центр первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та положень про його підрозділи».

158. Наказ МОЗ України від 04.01.2018 № 13 «Про деякі питання застосування Україномовного варіанту Міжнародної класифікації первинної медичної допомоги(ICPC-2-E)» <http://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-04012018--13-pro-dejaki-pitannja-zastosuvannja-ukrainomovno-go-variantu-mizhnarodnoi-klasifikacii-pervinnoi-medichnoi-dopomogiicpc-2-e>

159. Постанова Кабінету Міністрів України від 1 серпня 2012 р. № 706 Київ «Про затвердження Державної цільової програми “Національний план дій з реалізації Конвенції про права інвалідів” на період до 2020 року». <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/706-2012-%D0%BF>

160. Постанова Кабінету Міністрів України від 21 листопада 2013 р. № 917 «Деякі питання встановлення лікарсько-консультативними комісіями інвалідності дітям» <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/917-2013-%D0%BF>

161. Постановою Верховної Ради України від 13 січня 2015 року № 96-VIII «Освіта, охорона здоров'я та соціальне забезпечення дітей з порушеннями психофізичного розвитку: проблеми та шляхи їх вирішення» <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/en/96-19>

162. Про внесення змін до Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.02.2000 № 33 «Про штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я: наказ МОЗ України від 11.05.2016 №427 [Електронний документ]. — Режим доступу: <http://www.moz.gov.ua>

163. Указ президента України «Про заходи щодо забезпечення ефективності реалізації Програми економічних реформ на 2010–2014 роки «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава» <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/1154/2010>

Навчальне видання

Колектив авторів

Профілактична педіатрія

Навчальний посібник

За ред. проф. С. О. Мокія-Сербіної

Формат 60×84/16. Ум. др. арк. — 12,37. Обл.-вид. арк. — 10,2.

Видавець Р. А. Козлов

вул. Рокоссовського, 5, 3, м. Кривий Ріг, 50027

(0564) 92-20-77

Свідоцтво суб'єкта видавничої діяльності ДК № 4514 від 01.04.2013

Друкарня С. Г. Щербенка

вул. Рокоссовського, 5, 3, м. Кривий Ріг, 50027

097-192-20-77

Свідоцтво суб'єкта видавничої діяльності ДК № 4561 від 13.06.2013