

# Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології

Липень-Вересень 2021  
Том 14 №1

July /September 2021  
Volume 14  
Number 1

## В НОМЕРІ:

### ПЕДІАТРІЯ:

Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XV конгресу педіатрів України (12-13 жовтня 2021 р., м. Київ)

Клінічні рекомендації щодо лікування інфекцій сечового тракту у дітей та харчування дітей з діареєю і блюванням

Пам'яті академіка НАМН України Майданника Віталія Григоровича  
Життєвий та творчий шлях



# International Journal of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology

## ПЕРВИННА ПРОФІЛАКТИКА ЖОРСТОКОГО СТАВЛЕННЯ ДО ДИТИНИ

**Мокія–Сербіна С.О., Золотарьова М.К., Литвинова Т.В., Заболотня Н.І.**  
**Дніпровський державний медичний університет, м. Кривий Ріг**

Основою первинної профілактики є виявлення індивідуальних чинників ризику, розробка індивідуальних програм та рання діагностика випадків насильства.

На основі аналізу нормативно-правових документів за останні шість років та публікацій українських та зарубіжних колег, нами запропонована модель первинної профілактики жорстокого ставлення до дитини.

На працівників первинної медичної допомоги покладаються обов'язки щодо проведення моніторингу медико-соціального благополуччя починаючи з періоду новонародженості.

При проведенні первинного патронажу до новонародженої дитини необхідно:

1. Виключити наявність у дитини ознак важкої життєвої ситуації та (або) соціально-небезпечного становища. Серед чинників медико-соціального ризику найбільше значення мають:

- соціально-гігієнічні фактори (погані матеріально-побутові умови, низький рівень загальної та санітарної культури сім'ї, важкі та шкідливі умови праці батьків, особливо матері, мати чи батько є учнями та ін.);  
- медико-демографічні фактори (багатодітність, неповна сім'я, вік матері до 18 років і старше 40 років, наявність в сім'ї дитини з вродженими або спадковими захворюваннями та ін.).

2. За результатами вивчення аналітичних даних, виписки з пологового відділення, об'єктивного огляду дитини оцінити наявність біологічних факторів медико-соціального ризику з боку дитини.

3. За результатами аналізу визначити групу медико-соціального ризику родини за наступними характеристиками.

С I. Ситуація сприятлива, сім'я повністю справляється зі своїми завданнями і надає все для повноцінного розвитку, виховання, освіти, зміцнення здоров'я дитини та підготовки її до самостійного життя в родині й суспільстві.

С II. Виявляються соціальні та психологічні чинники ризику для здоров'я дитини. Але в цілому ситуація в родині сприятлива для її зростання й розвитку. Сім'я справляється зі своїми завданнями та надає все для повноцінного розвитку, виховання, освіти і зміцнення здоров'я дитини, але можуть знадобитися короткочасні медико-соціальні втручання (консультативна група).

С III. Відзначається ризик впливу несприятливих факторів на розвиток і здоров'я дитини. Безпосередня загроза життю та здоров'ю відсутня, негайного втручання не потрібно, але необхідні медико-соціальний супровід та спостереження (наприклад, багатодітна сім'я; незадовільні умови проживання з незалежних від батьків причин; сім'ї з дітьми-інвалідами, опікунами та ін.) (група профілактичного обліку).

С IV. Дитина знаходиться в незадовільній соціальній ситуації, несприятливі фактори впливають на її розвиток, здоров'я та якість життя, але безпосередньої загрози життю та здоров'ю немає. Потрібно медико-соціальне втручання і супровід, без чого ризик розвитку загрожує життю і здоров'ю дитини, ситуація вкрай тривожна. Потрібен регулярний медико-соціальний супровід та спостереження (неповнолітні правопорушники, діти з сімей алкоголіків та ін. (група обліку).

С V. Дитина знаходиться в ситуації, що безпосередньо загрожує її життю чи здоров'ю, потрібне негайне медико-соціальне втручання і супровід (наприклад, ознаки жорстокого поводження з дитиною; неналежне виконання медичних рекомендацій батьками, що призвело до значного погіршення стану здоров'я дитини та ін.) (кризова група). У разі віднесення сім'ї до груп С III, IV, V лікар первинної медичної допомоги розробляє план медико-соціального спостереження і супроводу.

## МЕДИЧНІ АСПЕКТИ СИНДРОМУ ЖОРСТОКОГО ПОВОДЖЕННЯ З ДІТЬМИ

**Мокія–Сербіна С.О., Чечель В.В.**  
**Дніпропетровський державний медичний університет, м. Кривий Ріг**  
**ТОВ "Світовий медичний центр", м. Кривий Ріг**

Жорстоке поводження з дітьми залишається актуальною проблемою, властивою будь-якому суспільству, незалежно від рівня його розвитку. Попри те, що сучасне українське суспільство заперечує припустимість жорстокого поводження з дітьми, сімейне насильство в різних формах все ж набуває значних масштабів. Розрізняють фізичне, сексуальне, економічне, психологічне насильство. Зазвичай дитина страждає одночасно від декількох видів насильства. Наслідками жорстокого поводження з дітьми є серйозний збиток для здоров'я, розвитку та соціалізації дитини, нерідко й загроза її життю чи навіть є причиною смерті. Працівникам первинної медичної ланки належить ключова роль в виявленні ознак жорстокого поводження з дитиною, надання медико-соціальної допомоги та моніторингу її подальшого благополуччя.

В зв'язку з вищевикладеним ми провели аналіз нормативно-правових документів та клінічне дослідження в амбулаторних умовах серед 240 сімей з метою визначення візуальних індикаторів жорстокого поводження з дитиною на етапі первинної медичної допомоги.

За результатами проведеного аналізу визначені наступні індикатори жорстокого поводження з дитиною, які можна виявити при загальному огляді лікарем.

Фізичне насильство: крововиливи в сітківку ока; зсув суглобів, переломи кісток, гематоми; забиті місця будь де, які мають форму певних предметів; рани і синці різні за часом виникнення, у різних частинах тіла незрозумілого походження; сліди укусів людиною; незвичні опіки; самокаліцтво.

Сексуальне насильство: знання термінології та жаргону, невластивого дітям; висипи в паху (огляд без памперса); ознаки вагінального чи анального проникнення стороннього тіла.

Психологічне насильство: агресивність, істеричний сміх, зухвалість, коливання емоцій, скутість, напруга, бажання схватись, негативізм, ознаки педагогічної занедбаності.

Економічне насильство: низька вага; брудний одяг, який не відповідає віку дитини та погодним умовам; неохайність; відсутність речей першої необхідності.

Крім лікарського огляду, дітям після 5 років пропонувалося під час прийому намалювати свою сім'ю, що значно доповнювало інформацію щодо стосунків у родині.

Згідно з наказом МОЗ України від 01.02.2019 №278 "Про затвердження Порядку проведення та документування результатів медичного обстеження постраждалих осіб від домашнього насильства або осіб, які ймовірно постраждали від домашнього насильства, та надання їм медичної допомоги" у разі наявності вказаних індикаторів у дитини, лікарю необхідно зібрати інформацію про можливість вчинення домашнього насильства, тобто провести патронаж. Однак, на сьогоднішній день відсутні інші документи, які регламентують проведення медико-соціального патронажу.

Таким чином, під час загально-клінічного огляду лікарю необхідно звертати увагу на візуальні індикатори жорстокого поводження з дитиною та при їх виявленні негайно проводити медико-соціальний патронаж.

## **ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОСТРАЖДАЛИМ ДІТЯМ АБО ЯКІ ЙМОВІРНО ПОСТРАЖДАЛИ ВІД ДОМАШНЬОГО НАСИЛЬСТВА**

**Мокія-Сербіна С.О., Чечель В.В.  
Дніпровський державний медичний університет, м. Кривий Ріг**

У повсякденній практиці безпосередня участь лікарів первинної ланки у вирішенні питань медико-соціальної допомоги має місце найчастіше в умовах загрози життю і здоров'ю дитини. Рання діагностика неблагополучного соціуму, медичний супровід соціальної адаптації наразі не проводиться або проводиться у край обмеженому обсязі.

Ми пропонуємо інтегроване ведення за встановленим ступенем жорстокого поводження з дитиною. За виявленими ознаками або факторами, які вказують на ймовірність або наявність виникнення ризику для життя, здоров'я та розвитку дитини, встановлюється ступінь вірогідності жорстокого зневажливого відношення до дитини, далі, в залежності від цього, визначається послідовність необхідних дій.

Виокремлено три ступені вірогідності жорстокого/зневажливого відношення до дитини: висока, середня і низька.

Про високу ступінь вірогідності свідчить наявність явних ознак насильства над дитиною. Медичний працівник закладу охорони здоров'я повинен:

- терміново надати медичну допомогу, задокументувати результати їх виявлення, обстеження, надання медичної допомоги та передати їх відповідальній особі за організацією медичного обстеження постраждалих осіб;
- спрямувати, за необхідністю, у спеціалізоване відділення;
- повідомити уповноважені підрозділи органів Національної поліції України, службу у справах дітей. (Наказ МОЗ України № 278 від 01.02.2019).

Наявність ознак, які можуть вказувати на жорстоке поводження з дитиною, та (або) потребують негайного реагування з боку співробітників закладу охорони здоров'я, а також коли батьки не звертаються за допомогою і їх пояснення не відповідає травмі, свідчить про середню ступінь вірогідності жорстокого поводження з дитиною.

При наявності такої ситуації лікар амбулаторної практики повинен:

- запланувати відвідування дитини на дому протягом 7 діб;
- у разі наявності факторів, що загрожують життю і здоров'ю дитини та потребують негайного втручання, усно проінформувати відповідні служби у справах дітей;
- проконсультувати батьків з метою розвитку позитивних навичок у вихованні дитини;
- проінформувати батьків про особливості розвитку дитини та заходи безпеки.

Наявність ознак або факторів, які вказують на ймовірність виникнення ризику для життя, здоров'я та розвитку дитини свідчить про низьку ступінь вірогідності жорстокого відношення до дитини. У такому випадку необхідно:

- проконсультувати батьків з метою розвитку позитивних навичок у вихованні дитини (доступність, уважність, взаєморозуміння, співробітництво постійність);