

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

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);

- проінформувати батьків щодо особливостей розвитку дитини та заходи безпеки.
Комплексний медично-соціальний підхід до спостереження за життям і здоров'ям кожної дитини дозволить досягнути максимально позитивних результатів.

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ТОКСОКАРОЗНОЇ ІНВАЗІЇ У ДІТЕЙ ВІННИЦЬКОГО РЕГІОНУ

Морозова І.В., Шаламай М.О., Березницький О.В.
Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Паразитарні захворювання людини займають одне з перших місць за поширеністю у світі і є однією з причин інвалідизації та смертності. За даними ВООЗ, щорічно від інфекційних та паразитарних інвазій помирає 15-17 млн. людей. Згідно з дослідженнями професора С.О. Крамарьова, щорічний показник захворюваності гельмінтозами в Україні перевищує тисячу випадків на 100 тис. населення та близько 300 видів гельмінтів спричиняють захворювання у людини, 90% припадає на дитяче населення. Однією з найбільш поширених зоонозних нематод тварин, що вражають людину, є аскарида собаки (*Toxocara canis*). У зв'язку із зростанням чисельності бродячих собак, забрудненням середовища фекаліями, токсокароз став соціальною проблемою, ураженість собак в середньому становить 22,3%, цуценят - 88,4%. Санітарно-гігієнічні дослідження показали високу забрудненість яйцями токсокар ґрунту ігрових майданчиків, парків, зелені, овочів, ягід. Недостатня інформованість лікарів про особливості перебігу клінічної картини токсокарозу призводить до пізньої діагностики захворювання. Найчастіше токсокароз реєструється під діагнозами - дерматити, алергози, пневмонії. Найбільш уразливі є діти дошкільного віку. Самим серйозним проявом є вісцеральна форма токсокарозу - легеневий синдром, який спостерігається у 72% хворих. Діти скаржаться на сухий малопродуктивний кашель, який посилюється вночі, напади задухи. Температура тіла підвищується увечері та носить субфебрильний характер. Актуальною проблемою, на даний час, є питання зв'язку токсокарозу з бронхіальною астмою. Ряд клінічних спостережень свідчить про покращення перебігу бронхіальної астми або одужання після виліковування токсокарозою інвазії.

Метою дослідження було вивчити частоту та особливості клінічного перебігу токсокарозу у дітей Вінницького регіону.

Матеріали та методи. Обстеження дітей проводилось методом опитування, огляду та лабораторним дослідженням (визначення титру специфічних антитіл 1:800 і вище). 35% дітей припало на вік 4-7 років.

Результати. Клінічні прояви у спостережених групах дітей хворих на токсокароз мали різноманітну картину, як безсимптомну, так і виражену. Основними скаргами були підвищена слабкість і втома, важкість у правому підбер'ї, біль в епігастрії, головний біль, нудота. У 45% дітей були шкірні висипи. Прояви диспепсичного синдрому відзначалися у 50% дітей різного ступеня вираженості. У 47% хворих дітей спостерігались скарги з боку дихальної системи - кашель та ядуху. Підвищення температури тіла мали місце у 62% хворих, що підвищувалась ввечері та носила субфебрильний характер. Збільшення розмірів печінки та селезінки відмічалось у 12% дітей. Симптоми загальної астенизації та рецидивуючого субфебралітету спостерігались у 71% дітей перед розвитком інших клінічних проявів. Серед лабораторних показників найчастіше відзначались еозинофілія у 100% дітей хворих на токсокароз.

Висновки. Таким чином клінічна картина токсокарозу характеризується поліморфізмом та високим титром антитіл до токсокари.

ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК МІЖ МОРФОФУНКЦІОНАЛЬНИМИ ПОКАЗНИКАМИ СЕРЦЯ ТА МАРКЕРАМИ ОБМІННО-ЕНЕРГЕТИЧНИХ ПРОЦЕСІВ У ХЛОПЧИКІВ 15-17 РОКІВ

Мужановський В.Ю.
**Державна установа "Інститут охорони здоров'я дітей та підлітків
Національної академії медичних наук України", м.Харків**

Основою нормальної життєдіяльності організму дитини є регулярні фізичні навантаження. Гіподинамія в дитячому віці робить організм більш вразливим щодо негативного впливу зовнішнього середовища (зміни клімату, стрес, інфекційні хвороби тощо). Дослідження фізичної активності школярів показали, що з п'ятого до десятого класу значно збільшується кількість гіподинамічних дітей, серед яких більшість (до 70-80%) характеризується зниженням толерантності до фізичного навантаження. Достатня фізична активність забезпечується відвідуванням спортивної секції якнайменше тричі на тиждень додатково до уроків фізкультури в школі. З іншого боку, нерегулярні, надмірні та несистемні фізичні тренування можуть призвести до дисбалансу в організмі дитини та негативних змін гомеостазу.

Метою дослідження стало визначити зміни морфофункціональних показників серця та їхні взаємозв'язки зі змінами біохімічних маркерів гомеостазу в хлопчиків 15-17 років, що займаються спортом.

Матеріали та методи. Обстежено 32 практично здорових хлопчики, середній вік складав $15,9 \pm 0,9$ року. Діти були розділені на