

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

**АМБУЛАТОРНИЙ НАГЛЯД ЗА ДІТЬМИ
З РІЗНИМИ СОМАТИЧНИМИ СТАНАМИ**

для студентів 5-го та 6-го курсу
вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації,
лікарів-інтернів, лікарів сімейної практики

Харків
ХНМУ
2016

Амбулаторний нагляд за дітьми з різними соматичними станами : учбовий посібник для студентів вищих навчальних закладів 4 рівня акредитації і лікарів-інтернів/ Авт. М.О.Гончарь, А.С. Сенаторова, М.К. Уриваєва, О. В. Омельченко, О.Л. Логвінова, Черненко Л.М., Дріль І.С., Цюра О.М. – Харків, ХНМУ, 2016. – 108 с.

Відповідальний виконавець – доц. Уриваєва М.К.

Рецензенти:

Богмат Л.Ф. – доктор медичних наук, професор, завідувач відділу кардіоревматології Державної Установи Інституту охорони здоров'я дітей та підлітків АМН України.

Цодікова О.О. – доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри поліклінічної педіатрії ХМАПО.

Затверджено Вченою Радою ХНМУ, протокол № 1 від 22.01.2016 р.

У посібнику викладено сучасні положення щодо амбулаторного нагляду за дітьми з різними соматичними станами. Представлені сучасні погляди на реабілітацію дітей з найбільш поширеними соматичними захворюваннями у вигляді таблиць. Використано сучасні накази діагностики та лікування захворювань у дітей.

Посібник орієнтований на студентів та лікарів-інтернів.

До складу посібника увійшли таблиці, тести.

Загальна кількість сторінок — 108 с.

Зміст

Перелік скорочень	5
Вступ.....	7
Особливості медичного спостереження дітей із захворюваннями органів дихання	11
Бронхолегенева дисплазія, класифікація, реабілітаційні заходи на амбулаторному етапі	18
Особливості медичного спостереження дітей із захворюваннями органів шлунково-кишкового тракту	32
Особливості медичного спостереження дітей із серцево-судинними захворюваннями	46
Принципи поетапної реабілітації дітей, прооперованих з нагоди ПВС.....	70
Особливості медичного спостереження дітей із захворюваннями нирок.....	74
Тести	97
Основна література	104
Додаткова література.....	107

Перелік скорочень

АПФ	Ангіотензінперетворюючий фермент
АСЛО	Антистрептолізін О
БА	Бронхіальна астма
БЛД	Бронхо-легенева дисплазія
ВХ	Виразкова хвороба
ГЕРХ	Гастроезофагальна рефлюксна хвороба
ГН	Гломерулонефрит
ГП	Гострий пієлонефрит
ЕЕГ	Електроенцефалограма
ЕКГ	Електрокардіограма
ЛФК	Лікувальна фізкультура
НПЗП	Нестероїдні протизапальні препарати
НР	<i>Helicobacter pylori</i>
ОФВ 1	Об'єм форсованого видиху 1
ПН	Пієлонефрит
ПОШВ	Піковий об'єм швидкісного видиху
ССС	Серцево-судинна система
ТІН	Тубулоінтерстиційний нефрит
УЗД	Ультразвукове дослідження
ФГДС	Фіброгастродуоденоскопія
ФКГ	Фонокардіограма
ФРБТ	Функціональні розлади біліарного тракту
ХБ	Хронічний бронхіт

ХГ	Хронічний гастрит
ХГН	Хронічний гломерулонефрит
ХНН	Хронічна ниркова недостатність
ХП	Хронічний панкреатит
ШОЕ	Швидкість осідання еритроцитів
Sa O ₂	Сатурація кисню
P CO ₂	Парціальний тиск вуглекислого газу
Pa O ₂	Парціальний тиск кисню

Вступ

Відомий постулат «хворобу легше попередити, ніж вилікувати» стосується, насамперед, питань реабілітаційної педіатрії, яка включає систему державних, соціально-економічних, медичних, педагогічних, психологічних та інших заходів, що спрямовані на корекцію патологічних змін або компенсацію вроджених чи набутих дефектів, а також на повернення дитини до способу життя, який властивий для її віку.

Медична реабілітація складається з медичного, соціального і професійного аспектів. Зокрема, медичний аспект у першу чергу стосується амбулаторного етапу спостереження за дітьми, як здоровими; для запобігання ускладнень гострих захворювань та розвитку хронічних, так і хворими, які потребують надання всього комплексу медикаментозного, санаторно-курортного лікування, використання лікувальної фізкультури, фізіотерапевтичних методів та інших. Метою лікування будь-якої дитини є не тільки збереження її життя, морфологічне відновлення органа чи системи, але й забезпечення здатності нормального існування у звичайних умовах. Завдання реабілітації в педіатрії полягає у розвитку фізичних і психічних функцій організму до оптимального рівня.

Організаційно-методичну основу цього процесу складає розгорнута реабілітаційна програма (план реабілітації), що дозволяє всебічно і послідовно забезпечити всі принципи відновлення здоров'я і досягти найбільшого ефекту у максимально короткий термін. Саме дитяча поліклініка повинна бути тим закладом, в якому складаються розгорнуті програми реабілітації дітей з різними соматичними станами.

Дитяча поліклініка – лікувальний заклад, що надає амбулаторно-поліклінічну допомогу населенню віком до 18 років, проводить диспансерне спостереження хворих, розробляє профілактичні заходи щодо попередження виникнення та поширення захворювань. Більшість дітей, які звертаються за допомогою у лікувально-профілактичні заклади, мають нетяжкий перебіг захворювань і не потребують стаціонарної допомоги. Розвиток стаціонаро замінюючих форм надання медичної допомоги дозволяє раціонально використовувати матеріальні ресурси держави. Тож, знання особливостей проведення амбулаторного спостереження за дітьми з соматичною патологією є необхідним в підготовці лікарів, які надають допомогу дитячому населенню.

Проблема реабілітації хворих дітей вирішена далеко не повністю, особливо в плані організації. Перші кроки у цьому напрямку вже зроблені.

Подальше удосконалення форм і методів відновного лікування буде сприяти зміцненню здоров'я підростаючого покоління.

В аспекті амбулаторного нагляду за дітьми з різними соматичними станами розроблена регламентація відвідування і профілактичних оглядів, але рівень тривалості спостережень за хворими, критерії зняття з диспансерного спостереження, підходи до звільнення від щеплень у дітей залежать від наукового і клінічного рівня знань данної нозологічної форми на сучасному етапі.

В даному посібнику сконцентровані і представлені у вигляді таблиць дані щодо спостереження і об'єму реабілітації дітей з патологією, яка зустрічається найчастіше. Дана схема не повинна регламентувати творчий підхід клініциста до оздоровлення дитини. Програма з реабілітації хворого у кожному конкретному випадку повинна бути індивідуальною. Проте, представлені дані допоможуть лікарю краще зорієнтуватися у тій інформації, яку він має про хворого і призначити індивідуальну оптимальну відновну терапію.

Провідні фахівці (О.Ф. Тарасов, М.И. Фонарев, 1980) в реабілітації хворої дитини розрізняють 3 етапи: клінічний, санаторний і адаптаційний.

На клінічному етапі забезпечується не тільки всестороннє клінічне видужання, але і відновлення функцій уражених систем, підготовка всього організму до наступного етапу реабілітації. На цьому етапі активне лікування поєднується з фізіотерапевтичними процедурами, лікувальною гімнастикою, правильним руховим режимом та ін. Перший етап відновлення здоров'я закінчується при одужанні дитини від основного захворювання і при відновленні основних функцій ураженого органа чи системи.

Санаторний етап реабілітації має вирішальне значення в повній ліквідації патологічних змін, властивих для періоду залишкових явищ. Особлива увага надається відновленню і розширенню фізичної і психічної діяльності дитини відповідно до вікових та індивідуальних особливостей.

На адаптаційному етапі реабілітації досягається повне відновлення здоров'я, яке забезпечує повернення дитини до звичайних для неї умов життя, навчання, занять фізкультурою і спортом. При виявленні незворотних морфофункціональних змін в дитячому організмі на третьому етапі спостерігається постійна компенсація порушених функцій і повна адаптація до звичайних чи нових умов. Цей етап зазвичай проходить в сім'ї, дитячому дошкільному закладі чи школі під спостереженням лікаря-педіатра. Періодично дитина може відвідувати реабілітаційний центр при поліклініці.

Медична реабілітація

Цей етап включає активне лікування, де переважає патогенетична медикаментозна терапія, що згодом замінюється підтримуючою фармакотерапією та різними засобами немедикаментозної терапії. Роль немедикаментозних засобів реабілітації поступово зростає на наступних етапах реабілітації.

Найбільш поширеними немедикаментозними засобами медичної реабілітації є: охоронний режим, лікувальне харчування, фізична реабілітація у вигляді фізіотерапії, загартування, ЛФК, масажу та інших.

Охоронний режим

Охоронний режим передбачає позбавлення хворого надмірних психічних та фізичних навантажень.

Режими рухової активності хворого.

Режими рухової активності розроблені для умов стаціонарного, санаторного та амбулаторно-поліклінічного етапів реабілітації.

Призначаючи режим рухової активності, необхідно враховувати:

- основне захворювання, його клінічні прояви, періоди, тяжкість перебігу;
- тяжкість загального стану;
- наявність супутніх захворювань;
- фізичні та адаптаційні можливості хворого;
- індивідуальні особливості хворого, його психоемоційний стан. У стаціонарах призначають ліжковий (суворий та розширений ліжковий), напівліжковий (палатний) і вільний (загальнолікарняний) режими.

У санаторіях і під час амбулаторно-поліклінічного лікування хворим призначають щадний, щадно-тренуючий, тренуючий, а, останнім часом, інтенсивно тренуючий режими.

В разі потреби продовження реабілітації хворих після виписки із стаціонару направляють на лікування в санаторій.

Лікувальне харчування

Правильно організоване харчування хворого не лише задовольняє потреби організму, але і активно впливає на перебіг захворювання.

Дієтотерапія — це застосування з лікувальною чи профілактичною метою спеціально складених раціонів харчування та режимів приймання їжі.

Призначається дієтотерапія в комплексі з лікарськими препаратами та іншими лікувальними засобами. Вона може використовуватися як тимчасовий засіб лікування в період загострення хронічних захворювань, а при окремих захворюваннях — постійно.

Лікування харчуванням базується на таких основних вимогах:

1. Індивідуальний підхід до визначення раціону харчування, режиму приймання їжі та способу її кулінарної обробки.
2. Кількісна і якісна відповідність раціону харчування характеру патологічного процесу, стану хворого та індивідуальним особливостям його організму.
3. Складання збалансованих і фізіологічне повноцінних раціонів у тих випадках, коли стан хворого вимагає виключення чи обмеження певних поживних речовин або харчових продуктів.

Принципи лікувального харчування:

- щадний;
- корегуючий;
- замісний.

Щадний принцип передбачає захист хворого організму чи окремої функціональної системи від механічних, хімічних, термічних чинників.

Корегуючий принцип лікувального харчування базується на зменшенні або збільшенні у харчовому раціоні того чи іншого продукту, що включається в порушений при даному захворюванні обмін речовин.

Замісний принцип полягає у введенні у раціон речовин, яких не вистачає організму.

Таким чином, у наведеному посібнику звертається увага на розповсюджену патологію дитячого віку та можливість заходів, які проводяться в дитячій поліклініці.

Особливості медичного спостереження дітей із захворюваннями органів дихання

- Актуальність теми. Патологія органів дихання є досить поширеною на сьогоднішній день. В Україні щорічно реєструють більш ніж 60% гострих захворювань органів дихання та хронічних захворювань дихальної системи. Рання діагностика, своєчасна постановка під диспансерний нагляд таких пацієнтів значно підвищить ефективність лікувальних заходів, поліпшить якість життя пацієнтів. Адекватне диспансерне спостереження є необхідним для контролю перебігу захворювання, попередження загострень, прогресування та розвитку ускладнень.
- Мета вивчення теми: на підставі набутих знань про основні захворювання органів дихання у дітей навчитися:
 - Визначати рекомендації щодо режиму хворих в залежності від характеру патології та активності процесу;
 - Визначати рекомендації щодо дієти в залежності від нозології та фази процесу
 - Виявляти показання до госпіталізації при погіршенні стану або наявності супутньої патології;
 - Обґрунтовувати кратність спостереження пульмонологом та іншими спеціалістами в залежності від патології та супутніх захворювань;
 - Визначати режим фізичних навантажень у школі, необхідність переведення на індивідуальну форму навчання, обмеження часу перебування на заняттях;
 - Скласти перелік діагностичних заходів з метою контролю за станом здоров'я дитини;
 - Визначати основні напрями лікування залежно від характеру та активності процесу;
 - Рекомендувати профілактичні заходи для попередження загострень і ускладнень.
- Мета: навчитися визначати заходи режимного, лікувально-діагностичного та профілактичного характеру для попередження прогресування захворювань органів дихання та виникненню ускладнень.
- Уміння:
 - визначати різні клінічні варіанти та ускладнення при диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці;
 - планувати обстеження дитини та інтерпретувати отримані

результати диспансерного нагляду за здоровими та хворими дітьми в поліклініці;

- проводити диференційну діагностику та встановлювати попередній клінічний діагноз дітям, які знаходяться під диспансерним наглядом в поліклініці;
- визначати тактику ведення дітей, які підлягають диспансерному нагляду в поліклініці;
- діагностувати невідкладні стани та надавати екстрену допомогу дітям, які знаходяться під диспансерним наглядом в поліклініці.

Серед захворювань органів дихання ми звернули увагу на гострі захворювання бронхів та легень, а також на диспансерний нагляд за дітьми з бронхіальною астмою та бронхолегеневою дисплазією.

Гострий бронхіт.

Гострий бронхіт — запалення слизової оболонки бронхів, що є спричиненим вірусно-бактеріальними агентами, діагностичним критерієм якого є кашель, спочатку сухий, потім вологий з відсутністю пальпаторних та перкуторних змін та наявністю жорсткого дихання та сухих і вологих хрипів під час аускультатії при посиленні легеневого малюнку на рентгенограмі грудної клітки.

Режим	Домашній.
Дієта	Щадна та корегуюча - достатня кількість теплої рідини, повноцінна, легкозасвоювана та збагачена вітамінами, згідно віковим потребам.
Госпіталізація	Показаннями до госпіталізації є: - діти перших 6-ти місяців; - тяжкий перебіг бронхіту (нейротоксикоз, дегідратація та ін.); - наявність обтяжливого преморбідного фону (пологова травма, недоношеність, гіпотрофія); - підозра на ускладнення та приєднання бактеріальної інфекції: лихоманка з температурою тіла вища за 39°C, в'ялість, відмова від їжі, виражені симптоми інтоксикації, наявність задишки, асиметрія хрипів, лейкоцитоз та прискорене ШОЕ; - несприятливі соціально-побутові умови.
Критерії ефективності лікування	Поступове поліпшення стану хворого та самопочуття, нормалізація температури тіла, зменшення кашлю та кількості вологих і сухих хрипів.
Огляд спеціаліста пульмонолога та інших спеціалістів	Консультація пульмонолога при підозрі на вроджені та хронічні захворювання легень. Огляд інших спеціалістів при підозрі на супутню патологію.
Обсяг та тривалість курсів лікування	Потребують симптоматичного лікування на амбулаторному етапі, яке включає: 1. Відхаркувальні засоби (препарати амброксолу гідрохлориду (амбробене, лазолван, амброксол), карбоцистеїну, комбіновані препарати (мілістан), та муколітичні (препарати ердостеїну (ердомед), бромгексин, корінь солодки, алтею). Препарати застосовуються ентерально та в інгаляціях. 2. Антигістамінні препарати (препарати дезлоратадину – едем, лоратадин, кларитин) показані дітям з алергічними проявами. 3. При гіпертермії – жарознижуючі (парацетамол, ібуфен). Вібраційний масаж разом з постуральним дренажем ефективний при продуктивному кашлі. Етіологічна терапія призначається з урахуванням, що в 90-92% випадків причиною гострого бронхіту є вірусна інфекція, тому сучасне етіотропне лікування повинне використовувати протівірусну терапію та мінімізувати використання антибіотиків.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Як правило, не потребують.

Гострий обструктивний бронхіт.

Гострий обструктивний бронхіт — запалення слизової оболонки бронхів, що є спричиненим вірусно-бактеріальними агентами, діагностичним критерієм якого є наявність обструктивного синдрому у вигляді шумного дихання, подовженого видиху, дистанційних хрипів, задишки з експіраторним компонентом, кашлю (спочатку сухого, потім вологого), з перкуторними змінами у вигляді «коробкового відтінку» звуку та наявністю жорсткого або послабленого дихання та сухих і вологих хрипів під час аускультатії з обох боків на фоні посиленого легеневого малюнку на рентгенограмі грудної клітки.

Режим	Перший епізод обструктивного бронхіту – режим вільний. Обструкція повторюється – режим, що направлений на елімінацію алергенів домашнього пилу, тварин, та пасивного тютюнопаління, з достатньою аерацією приміщення та зволоженням повітря.
Дієта	Достатня кількість рідини, згідно віку, висококалорійна, при обтяженому анамнезі по atopічним захворюванням з виключенням облігатних алергенів, з рекомендаціями виключено грудного вигодування.
Госпіталізація	Госпіталізація обов'язкова при наявності дихальної недостатності, особливо у дітей раннього віку з обтяженим преморбідним фоном.
Критерії ефективності лікування	Усунення симптомів бронхіальної обструкції. Нормалізування параметрів зовнішнього дихання. Відсутність скарг, клінічної симптоматики та ознак активності запалення.
Огляд спеціаліста-алерголога та інших спеціалістів	Перший епізод обструктивного бронхіту огляду пульмонолога та алерголога, як правило, не потребує. При повторних епізодах бронхіальної обструкції з метою диференціальної діагностики з бронхіальною астмою, вродженою та хронічною патологією легень показана консультація та нагляд дитячого алерголога, дитячого пульмонолога.
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	Профілактичне лікування залежить від супутньої патології та наявності ризику розвитку бронхіальної астми. При повторних епізодах бронхіальної обструкції – рекомендовано інгаляційна терапія за допомогою небулайзера та застосування низьких доз інгаляційних кортикостероїдів (флютиказон (фліксотид, небуфлюзон), будесонід (пульмікорт), бронхорозширюючих засобів (сальбутамол (вентолін, небутамол), іпратропія броміду + фенотеролу (беродуал), відхаркувальних та муколітичних препаратів (препарати амброксолу гідрохлориду (амбробене, амброксол, муколан, лазолекс), імуномодуляторів (інтерферон людини, лаферон, амінокапронова кислота), антигістамінні препарати (препарати дезлоратадину – едем, лоратадин, кларитин). Дотримання плану профілактичних щеплень після одужання дитини.
Додаткові	В залежності від супутньої патології.

дослідження	
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування, як правило, не потребують. При повторних епізодах бронхіальної обструкції – показано санаторно-курортне лікування в умовах санаторіїв пульмонологічного профілю (Солотвино, Одеса, Закарпаття).

Пневмонія.

Пневмонія — запалення легеневої тканини, в основі якого лежать інтоксикація, дихальна недостатність, водно-електролітні та інші метаболічні порушення з патологічними зсувами у всіх органах і системах дитячого організму. За іншими поглядами, під пневмоніями слід розуміти групу різних з етіології, патогенезу і морфологічній характеристиці гострих вогнищевих інфекційно-запальних захворювань легенів з обов'язковою наявністю внутрішньоальвеолярної запальної ексудації.

Диспансерне спостереження дітей з пневмоніями залежить від багатьох факторів, серед яких потрібно звертати увагу на вік виникнення захворювання у дитини, форму, локалізацію та перебіг процесу, а також наявність ускладнень.

Режим	Якщо лікування проводиться в амбулаторних умовах, спочатку режим постільний, при достатній аерації приміщення, з забезпеченням адекватного носового дихання. Після нормалізації стану та виписки зі стаціонару режим вільний. Виписка хворого у дитячий заклад може відбуватися в наступні строки: при легкому перебігу захворювання не раніше 2-х тижнів від початку захворювання, при тяжкому перебігу - не раніше ніж через 3-4 тижні при стійкій клінічній картині видужування, нормалізації даних лабораторного і рентгенологічного дослідження;
Дієта	Щадна та корегуюча - достатня кількість теплої рідини, згідно віковим потребам, повноцінна, легкозасвоювана та збагачена вітамінами.
Госпіталізація	Залежить від віку дитини, наявності ускладнень, форми пневмонії (первинна чи вторинна), преморбідного фону, супутніх хронічних захворювань та несприятливих соціально-побутових умов.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики з покращенням загального стану хворого, відновленням апетиту, зменшенням задишки, нормалізацією аускультативних показників в легенях при об'єктивному обстеженні, лабораторно-інструментальних показників.
Огляд спеціаліста пульмонолога та інших спеціалістів	Диспансерний нагляд протягом 8 місяців – 1 року, що включає огляд дільничного лікаря, проведення аналізів крові у динаміці. Всі діти, які перенесли крупозну пневмонію, повинні спостерігатися в амбулаторних умовах у кабінеті відновлювального лікування поліклініки упродовж 3-х місяців для дітей у віці до 3-х років і 2-х місяців для дітей старших за 3 роки.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	У кабінеті відновлювального лікування проводиться лікувальна фізкультура і масаж грудної клітини, апаратна фізіотерапія, аерозольна терапія. Загальнозміцнююча терапія спрямована на підвищення захисних сил організму в період поліпшення і видужання, зменшує можливість виникнення ускладнень пневмоній. З урахуванням цього кожній дитині (особливо раннього віку) по закінченні гострого періоду, повинен бути призначений курс адаптогенів в комплексі з полівітамінами. Після закінчення курсу антибіотиків призначають пробіотики у разі

	виникнення функціональної диспепсії.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології. При підозрі на вірусну етіологію захворювання призначаються додаткові методи обстеження: ПЦР до вірусу Епштейна-Барра, цитомегаловірусу; імунофлюоресцентний метод – змиви з носоглотки на віруси грипу та респіраторні віруси; при підозрі на атипову внутрішньоклітинну інфекцію: імуноферментний метод – IgM та IgG до хламідії pneumoniae, мікоплазми pneumoniae, токсоплазми, уреаплазми.
Лікувальна фізкультура	Призначається після нормалізації температури, виходу дитини зі стану токсикозу та включає в себе призначення дихальної гімнастики і спеціального масажу грудної клітки — вібромасажу. Доцільним є проведення тепло-вологих інгаляцій та інгаляцій з муколітиками, відвару трав, фізіологічного розчину або інгаляцій ефірних олій.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування: при затяжному перебігу пневмонії, з ризиком виникнення пневмосклерозу показано перебування в санаторіях пульмонологічного профілю (зазвичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

Бронхіальна астма.

Бронхіальна астма — хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, яке спричинене значною кількістю клітин та медіаторів запалення з розвитком бронхіальної гіперреактивності, що в клініці проявляється рецидивуючими симптомами свистячого дихання, ядухи, відчуттям стиснення в грудях і кашлю, особливо в нічний і в ранішній час.

В амбулаторних умовах особливу увагу слід приділяти загостренню бронхіальної астми, яке визначається як епізоди прогресуючого утрудненого дихання, кашлю, свистячого дихання, скутості грудної клітки, або комбінацією цих симптомів, що кількісно визначається при вимірюванні ОФВ1 та ПОШВ.

Згідно класифікаційних критеріїв, на амбулаторному етапі особливу увагу слід приділяти перебігу захворювання, який відображує важкість БА та включає кількість клінічних епізодів протягом доби, тижня та місяця, що повинно контролюватися ознаками ОФВ або ПОШВ. Таким чином, рівень контролю БА оцінюється кожні три місяці лікування відповідно ступеням терапії та визначається як контрольований, частково контрольований та неконтрольований.

Крім необхідності знання визначення загострення БА, необхідно знати критерії важкості загострень БА, які базуються на клінічних ознаках поведінки дитини, її мови, наявності задишки та участі допоміжної мускулатури в акті дихання при фізичному навантаженні, ходьбі та в спокої, а також ЧД, ЧСС, ПОШВ після застосування бронходилататору та $P_a O_2$, $P CO_2$, $Sa O_2$ при диханні повітрям.

Таким чином, медичне спостереження за дитиною з БА залежить від того, як захворювання контролюється та в якому періоді БА знаходиться дитина.

Режим	Залежить від типу, важкості та періоду БА. Оскільки фізична підготовка впливає на функцію ССС та покращує показники серцево-легеневої діяльності, її можна рекомендувати як частину загального підходу до поліпшення способу життя та реабілітації при БА з відповідними запобіжними заходами. Контроль з розробкою індивідуальних планів дій в рамках навчання з самолікування.
Дієта	Елімінаційна.
Госпіталізація	Важке загострення, відсутність поліпшення в межах 2-6 годин після початку лікування, сатурація кисню менш, ніж 92 %, необхідність перегляду ступеню важкості та корекції базисної терапії.
Критерії ефективності лікування	Купірування загострення БА з відсутністю скарг, фізикальних порушень, ПОШВ більш, ніж 70% відсотків, відсутність дистресу та сатурація кисню більш, ніж 95%. Клінічна відповідь на лікування повинна оцінюватися впродовж 2-3 місяців.

Огляд спеціаліста-дитячого алерголога або пульмонолога та інших спеціалістів	При легкому та середньої важкості загостренні БА дитина може лікуватися амбулаторно під наглядом дільничного лікаря та дитячого алерголога. Для контролю БА обов'язковими діями лікаря повинні бути побудова партнерських взаємовідношень між лікарем та сім'єю дитини з усуненням контакту з факторами захворювання та проведенням освітніх заходів в рамках школи навчання. Після загострення БА огляд лікаря пульмонолога впродовж 30 днів. Клінічний огляд хворих в стані ремісії 1 раз на квартал.
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	<p>Мета лікування-контроль над захворюванням: інгаляційні бета 2 агоністи короткої дії призначаються як короткострокова терапія, ІКС використовуються у дітей віком 5-12 років і дітей до 5 років з будь-яким з наступного: застосування інгаляційних бета 2 агоністів три рази на тиждень або більше, симптоматично три рази на тиждень або при пробудженні один раз вночі за тиждень.</p> <p>У дітей віком до 5 років засобом першої лінії є антагоністи рецепторів лейкотрієнів — монтелукаст в якості монотерапії, як альтернатива ІГКС у лікуванні легкої персистуючої БА та вірус індукованої БО у дітей з інтермітуючою БА. Додатково призначаються до ІГКС при відсутності належного контролю при лікуванні ІГКС.</p> <p>Для контролю за БА у дітей старше 5 років застосовується перорально метилксантин сповільненого вивільнення (тривалої дії) у низьких дозах в якості додаткової терапії до ІГКС при недостатній їх ефективності.</p> <p>Анти IgЕантитіла омалізумаб додаткова контролююча терапія дітям з 6 років при важкому перебігу atopічної БА.</p> <p>Алерген специфічна імунотерапія.</p>
Додаткові дослідження	Пошук клінічно значущого алергену за результатами прик-тесту (шкірні проби) з 3-х років. При необхідності, обстеження для пошуку причин надмірної ваги.
Санаторно-курортне лікування	Спелеотерапія в ремісії в умовах спеціалізованого дитячого санаторію, навчання дихальної гімнастики за Бутейко, використання загартовуючих заходів.

Рецидивуючий бронхіт.

Рецидивуючий бронхіт — захворювання бронхів із повторними епізодами гострого (простого) бронхіту 2–3 рази на рік протягом 1–2 років на фоні гострих респіраторних вірусних інфекцій, якому притаманна відсутність клінічних проявів обструкції.

Режим	Вільний. При загостренні - щадний (збільшують тривалість сну (на 1–1,5 години), обов'язковий денний відпочинок або сон).
Дієта	Щадна та корегуюча - дієта повноцінна, відповідно до віку дитини, збагачена вітамінами, висококалорійна, добовий об'єм рідини збільшують на 20 % від вікової норми.
Госпіталізація	Госпіталізація показана при: - загостренні рецидивуючого бронхіту з наявністю ознак дихальної недостатності II – III ступеню; - наявності супутньої патології; - віці до 3 років; - рівні SpO ₂ 92 %.
Критерії ефективності лікування	Відсутність кашлю, нормалізація характеру дихання та відсутність хрипів в легенях.
Огляд спеціаліста-пульмонолога та інших спеціалістів	- Огляд пульмонолога з метою виключення вродженої патології, аномалій розвитку трахеобронхіального дерева та легень; - Консультація імунолога з метою виключення первинних імунodefіцитів; - Консультації дитячого фтізіатра з проведенням реакції Манту при підозрі на специфічне запалення; - Консультації інших спеціалістів в залежності від супутньої патології.
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	На стаціонарно-поліклінічному етапі в період загострення призначають : 1. Муколітичні (амброксол, ацетитицистеїн, карбоцистеїн, бромгексін) та відхаркувальні препарати (проспан, гербіон, корінь алтею, солодки). 2. Антиоксиданти (вітаміни групи В, С, Е, А, унітіол) за показами. 3. Бактеріальні лізати (імунал, рібомуніл, бронхомунал, IRS-19) в періоді ремісії за показами. 4. Респіраторна фізіотерапія: інгаляції з муколітиками (муколван, лазолван), вібраційний масаж, постуральний дренаж, лікувальна бронхоскопія). 5. Детоксикаційна терапія (ентеросорбенти, пектини) за показами. На етапах реабілітації застосовують такі методи: загортовування (прогулянки на свіжому повітрі (не менш ніж 2-3 год на день), рухливі ігри, плавання, ранкова гімнастика), рання санація вогнищ хронічної інфекції, призначення мембраностабілізаторів, антиоксидантів, детоксикантів, еубіотиків, препаратів, що стимулюють функцію кори наднирників та адаптаційно-захисні функції організму, лікувальну дихальну гімнастику, кінезотерапію. Диспансерне спостереження у пульмонолога 2 рази на рік.

	Дитина може бути знята з диспансерного обліку, якщо немає рецидивів захворювання протягом 2 років. Попередньо проводять контрольне рентгенологічне обстеження.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Лікування в місцевих пульмонологічних санаторіях. Спелеотерапія в шахтах штучного мікроклімата з сухими хлорідно-натрієвими сумішами. Застосування лазерної акупунктури на біологічно активні точки, які пов'язані із системою дихання та імунітету, а також гідролазерний душ.

Хронічний бронхіт.

Хронічний бронхіт — хронічне розповсюджене ураження бронхів з повторними загостреннями, з морфологічною перебудовою секреторного апарату слизової оболонки, розвитком склеротичних змін у більш глибоких шарах бронхіальної стінки і характеризується: наявністю продуктивного кашлю протягом кількох місяців впродовж 2-х років, постійними різнокаліберними вологими хрипами, 2-3 загостреннями на рік протягом 2-х років, збереженням у фазі ремісії ознак порушення вентиляції легень.

Режим	Вільний.
Дієта	Щадна та корегуюча - дієта повноцінна, відповідно до віку дитини, збагачена вітамінами, висококалорійна, з підвищеним вмістом білка, добовий об'єм рідини збільшують на 20 % від вікової норми.
Госпіталізація	Госпіталізація показана при: - загостренні рецидивуючого бронхіту з наявністю ознак дихальної недостатності II – III ступеню; - наявності супутньої патології; - віці до 3 років; - рівні SpO ₂ 92 %.
Огляд спеціаліста пульмонолога та інших спеціалістів	- Огляд пульмонолога з метою виключення вродженої патології, аномалій розвитку трахеобронхіального дерева та легень; - Консультація імунолога з метою виключення первинних імунодефіцитів; - Консультації дитячого фтізіатра з проведенням реакції Манту при підозрі на специфічне запалення; - Консультації інших спеціалістів в залежності від супутньої патології.
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	Під час загострення хронічного бронхіту лікування проводиться в умовах пульмонологічного стаціонару: <ol style="list-style-type: none">1. Антибактеріальна терапія (в залежності від збудника)2. Муколітичні (амброксол, ацетилцистеїн, карбоцистеїн, бромгексін) та відхаркувальні препарати (проспан, гербіон, корінь алтею, солодки).3. Антиоксиданти (вітаміни групи В, С, Е, А, унітіол).4. Бактеріальні лізати (імунал, рібомуніл, бронхомунал, IRS-19) в періоді ремісії за показами.5. Респіраторна фізіотерапія: інгаляції з муколітиками (муколван, лазолван), вібраційний масаж, постуральний дренаж, лікувальна бронхоскопія).6. Детоксикаційна терапія (ентеросорбенти, пектини) за показами. <p>Курси противорецидивного лікування складаються з необхідності проведення профілактичних заходів, які включають наступне: збереження режиму дня і раціонального харчування; загартовування, загальзміцнююча та лікувальна фізкультура; фітотерапія; вітамінотерапія; адаптогени та біогенні стимулятори; фармакологічна імунокорекція; аерозольна терапія (ультразвукові інгаляції з</p>

	<p>використанням бронхолітичних, антигістамінних, муколітичних препаратів); магнітопунктура; індуктотермія; спелеотерапія; нормобарична гіпокситерапія; необхідним є проведення дихальної гімнастики.</p> <p>Дихальна гімнастика включає елементи тренування механізмів або складових компонентів дихального акту. Комплекс гімнастики повинен включати статичні дихальні звукові вправи для тренування подовженого видиху. Окрім статичних, комплекс має і динамічні дихальні вправи, коли фізичні вправи поєднуються з диханням. Видалення мокротиння найкраще досягається в дренажному положенні з опущеною верхньою частиною тіла, цьому сприяє вібромасаж (ручний чи за допомогою вібромасажера).</p> <p>Диспансерний нагляд - протягом життя.</p>
Додаткові дослідження	<p>Імунограма, бронхофіброендоскопічне дослідження, ·УЗД серця</p> <p>Інші дослідження проводяться залежно від супутніх захворювань та тяжкості основного захворювання.</p>
Санаторно-курортне лікування	<p>В санаторіях пульмонологічного профілю. Кліматотерапія: клімат морських берегів, лісів, гір. Спелеотерапія. Бальнеотерапія. Озокерито-, парафінотерапія. Термін санаторно – курортного лікування: 21-24 дні.</p>

Бронхолегенева дисплазія, класифікація, реабілітаційні заходи на амбулаторному етапі

Бронхолегенева дисплазія (МКХ-10 – Р 27.0) – хронічне захворювання морфологічно незрілих легень, яке розвивається у передчасно народжених дітей, звичайно, як слідство внутрішньоутробної та позаутробної інфекції, токсичного впливу кисню та механічної вентиляції. Обов'язковим критерієм бронхолегеневої дисплазії є киснезалежність у віці 28 днів життя.

Діагноз бронхолегенева дисплазія встановлюється не раніше 28 доби життя.

Класифікація бронхолегеневої дисплазії.

1. Класична форма БЛД – хронічне захворювання легень, що розвивається в незрілих немовлят, унаслідок ураження легень при проведенні «жорстких» режимів штучної вентиляції легень з високими концентраціями кисню. З використанням щадної вентиляції, класична форма діагностується рідше. В останні роки переважає нова форма БЛД.
2. Нова форма БЛД розвивається в глибоко недоношених дітей, у зв'язку з недорозвиненням септальних гребенів у сакулах. Ятрогенні чинники відіграють при новій формі БЛД мінімальну роль. Головним чинником розвитку нової форми БЛД є незрілість легень, фіброз мінімальний. Гіпоксія, інфекція, легенева гіпертензія, гіпероксія, механічне ураження, неадекватне харчування та рання кортикостероїдна терапія можуть гальмувати онтогенез легень. Диференційна діагностика нової та класичної форм бронхолегеневої дисплазії подано в Таблиці 1.

Таблиця 1. Диференційна діагностика нової та класичної форм БЛД [Овсянніков Д.Ю., 2010].

Ознака	Класична форма бронхолегеневої дисплазії.	Нова форма бронхолегеневої дисплазії.
Етіологічні чинники	Вентилятор-асоційоване ураження легень, недоношеність.	Недоношеність < 32 тижнів гестації * та /або маса тіла < 1200 г; часто перинатальна інфекція.
Патогенез	Інтерстиційний та перибронхіальний фіброз, розташований мозаїчно з вогнищами емфіземи, зони мікроателектазів.	Гальмування розвитку альвеол та артерій, кісти, схильність до набряку та порушення функції інтерстицію легень. Фіброз мінімальний.
Патоморфологія	Чергування ателектазів з ділянками гіперінфляції, тяжкі ураження респіраторного епітелію (гіперплазія / метаплазія), гіперплазія м'язів дихальних шляхів, дифузна фібропроліферація, ремоделювання легневих судин, зниження альвеоляризації та дихальної поверхні.	Зменшення кількості альвеол («спрошення альвеол»), пригнічення артеріологенезу, редукція кубічного епітелію бронхів. Гіпертрофія м'язового шару бронхів та мінімальне ураження епітелію бронхів. Фібропластичні зміни помірні.
Респіраторна підтримка	Тривала штучна вентиляція легень з «жорсткими параметрами».	Частіше NCPAP / подача кисню через маску або в палатку, рідко, короткочасна, з щадними параметрами штучна вентиляція легень.
Сурфактантна терапія	Не проводиться.	Звичайно проводиться.
Рентгенологічна картина	Пнемофіброз у вигляді смужкоподібну тяжів, гіперінфляція, ділянки емфіземи, що чергуються з гіповентиляцією, ателектазами.	Ділянки «матового скла», кісти, гіперпневматоз помірний. Лінійні тяжі зустрічаються рідко, частіше в базальних відділах.

*За даними досліджень дітей з новою формою бронхолегеневої дисплазії на базі Харківського обласного центру діагностики та лікування БЛД, термін гестації при народженні у дітей з новою БЛД складав 27 тижнів [25 перцентиль – 26 тижнів; 75 перцентиль – 28 тижнів]; середня маса тіла при народженні – 1090±45,7 г.

Реабілітаційні заходи на амбулаторному етапі.

Від правильної та своєчасної реабілітації пацієнтів з бронхолегеневою дисплазією залежить здатність до розвитку дитини у подальшому.

Реабілітаційні заходи включають в себе:

- медичну реабілітацію;
- психологічно-педагогічну реабілітацію;
- фізичну та соціально-побутову реабілітацію;
- засоби пересування;
- спеціальні засоби для догляду;
- вироби медичного призначення (кисневий концентратор, аспіратор мокротня, компресорний інгалятор (небулайзер), трахеостомічні канюлі, катетери для аспірації слизу).

Згідно з наказом про затвердження форм індивідуальної програми реабілітації інваліда, дитини-інваліда та порядку їх складання від 08.10.2007р., №623, кафедрою педіатрії № 1 і неонатології ХНМУ та КЗОЗ «Обласна дитяча клінічна лікарня» м. Харкова розроблено перелік реабілітаційних заходів для дітей з бронхолегеневою дисплазією.

На сьогодні в Україні розглядається питання щодо включення БЛД до переліку захворювань, що дають право на одержання державної соціальної допомоги на дітей інвалідів з БЛД.

За рекомендаціями *PPC* (2010), дитина має право на одержання допомоги за такими критеріями:

- при SpO_2 без киснетерапії 75-89%; та/або PaO_2 40-59 мм рт. ст.; та/або $mean - PAP > 35$ мм рт.ст.

Таблиця 2. Реабілітаційні заходи при БЛД на амбулаторному етапі.

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів
	Обсяг	Терміни проведення	Місце проведення	
І Послуги				
1.Медична реабілітація				
Відновна терапія	Базисна терапія БЛД	До досягнення ремісії БЛД	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
	Лікування загострення БЛД	На термін лікування загострення БЛД	Спеціалізований пульмонологічний стаціонар	
Профілактичні заходи	Прогулянки на свіжому повітрі 3-4 години на добу	Постійно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
	Попередження контакту з дітьми, що переносять гострі респіраторні захворювання	Постійно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
	Проведення додаткової вакцинації проти пневмококу, грипу, введення павалізумабу	Постійно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
	Дієта з підвищеним вмістом білка (3,5 г/кг/добу) (за відсутності проти показів з боку інших систем), калорійністю 135 ккал/кг/добу.	Постійно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
	Лікування супутньої патології	Постійно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
Реконструктивна хірургія	За наявності вроджених вад органів та систем	Постійно	Спеціалізовані хірургічні стаціонари	

Продовження таблиці 2.

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів
	Обсяг	Терміни проведення	Місце проведення	
Медичне спостереження	Моніторинг фізичного розвитку, SpO ₂ (під час сну, занепокоєння, годування), частоти дихання, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску.	Щоденно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, спеціалізований пульмонологічний стаціонар	
	Огляд лікарем загальної практики, лікарем сімейної медицини, дільничним педіатром.	Не рідше ніж 1 раз на місяць	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
	Отоларинголог	1 раз на 3 місяці	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, лікарі – спеціалісти, спеціалізовані центри	
	Пульмонолог			
	Окуліст			
	Сурдолог			
	Кардіолог			
	Невролог			
	Гастроентеролог			1 раз в 6 місяців
	Стоматолог			
	Клінічний аналіз крові та сечі	1 раз на 1місяць	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини	
	Клінічний аналіз мокротиння			
	Бактеріологічний аналіз мокротиння			
	Імунологічне дослідження +IgE	1 раз в 6 місяців	Пульмонологічний центр	
	Дп-ЕХО КГ з вимірюванням параметрів правих камер	1 раз на 3 місяці		
	ЕКГ/ УЗД ОБП			
	Рентгенографія ОГК			
	ВРКТ легенів	На 1 році життя		

Продовження таблиці 2.

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів
	Обсяг	Терміни проведення	Місце проведення	
2. Психологічно-педагогічна реабілітація				
Консультування	Сімейний психолог	1 раз на 3 місяці	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, консультант психотерапевт, спеціалізовані реабілітаційні центри, соціальний працівник	
Психологічно-педагогічна діагностика	Оцінка здатності до самообслуговування, самостійного пересування, навчання, спілкування		Районний відділ науки та освіти, спеціалізовані реабілітаційні центри	
Психологічно-педагогічний патронаж	Оцінка якості життя з урахування індивідуальних можливостей			
Психологічно та педагогічна корекція	Моніторування особистих можливостей			
Освітні послуги: - індивідуальна форма навчання	Навчання спілкуванню, координованої моторики			
3. Фізична реабілітація				
Консультування	Лікар пульмонолог + невролог + лікар ЛФК для визначення обсягу фізіотерапевтичного втручання.	1 раз на 6 місяців	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, консультант-невролог, фізіотерапевт, пульмонолог, спеціалізовані реабілітаційні центри	
Ерготерапія				
Кінезотерапія				
Лікувальний масаж, фізкультура				

Продовження таблиці 2.

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів
	Обсяг	Терміни проведення	Місце проведення	
4. Соціальна та побутова реабілітація				
Навчання основних соціальних навичок	Організація режиму дня	Постійно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, соціальний працівник	
Соціально-побутовий патронаж	Контроль ефективності самообслуговування			
Пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень:	Забезпечити дитину медичним ліжком	1 раз на 3 роки		
II Технічні та інші засоби реабілітації				
1.Засоби пересування				
Ходунки	Забезпечити дитину ходунками			
2. Спеціальні засоби для догляду				
Одноразові підгузки, пелюшки, серветки	Забезпечити для щоденного використання підгузками, пелюшками, серветками	Щоденно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, соціальний працівник	

Продовження таблиці 2.

Види та форми реабілітаційних заходів	Рекомендації ЛКК			Коригування реабілітаційних заходів
	Обсяг	Терміни проведення	Місце проведення	
Катетери для аспірації слизу	Забезпечити для щоденного використання катетером для аспірації слизу (розмір від №6 до №8)	Щоденно	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, соціальний працівник	
Ортопедичне взуття	Забезпечити ортопедичним взуттям	3 1 року. Кожні 6 місяців	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, соціальний працівник	
III Вироби медичного призначення				
Кісневий концентратор	Відсоток генерованого кисню - 75- 95%, потік 1-3 л/хв	1 раз на 3 роки	Дитяча поліклініка, амбулаторія сімейної медицини, соціальний працівник	
Аспіратор мокроти	Максимально можливий від’ємний тиск > 0.075 МПа			
Компресорний інгалятор (небулайзер)	Розмір мікрочастинок 5 мкн, вологість 10-95%,			
Трахеостомічні канюлі	Трахеостома (силикована, металічна, пластикова)	1 раз на 3 місяці		
Апаратура для забезпечення кашльового менеджменту	Автоматичний кашльовий асистент з можливість внутрішньо легеневої перкусії	1 раз на 3 роки		
Вичокочастотна вентиляція легень	Апарат штучної неінвазивної вентиляції			

Вважаємо необхідним привести визначення та деякі характеристики сучасних фізіотерапевтичних реабілітаційних заходів, які використовуються у дитячій пульмонології.

Спелеотерапія — використання з лікувальною метою мікроклімату карстових печер. Одним з видів спелеотерапії є вплив на хворого мікроклімату соляних шахт. Його особливостями є вміст високодисперсних аерозолей хлориду натрію, низька відносна вологість, оптимальні температура повітря та співвідношення вмісту газів, постійний барометричний тиск, відсутність в повітрі шкідливих мікроорганізмів, мала швидкість руху повітря, відсутність шуму.

Спелеотерапія в умовах мікроклімату соляних шахт полягає в систематичному дозуванні за часом перебування в них хворих.

Вплив спелеотерапії найбільше вивчений у хворих на бронхіальну астму. Під впливом кліматотерапії в умовах соляних шахт поступово зменшуються, а потім зникають астматичні приступи, покращуються всі показники зовнішнього дихання, підвищується глюкокортикоїдна функція кори надниркових залоз, зменшується чутливість до алергенів, підвищується реактивність організму.

Показання до спелеотерапії в умовах соляних шахт хворим на бронхіальну астму: бронхіальна астма інтермітуюча інфекційно-алергічної та атопічної форм, легка і середня тяжкість перебігу з дихальною недостатністю не вище I ступеня, поєднання бронхіальної астми з супутнім бронхітом та хронічною пневмонією I-II стадії в фазі ремісії. Призначається для осіб віком від 3 років.

Протипоказаннями є: тяжка форма бронхіальної астми, емфізема легень, дифузний пневмосклероз, дихальна недостатність III ступеня, недостатність кровообігу II-III ступеня, бронхоектатична хвороба, гнійні процеси в легенях.

Лікування в умовах соляних шахт проводиться протягом 30 днів. Йому передують адаптаційний період на поверхні від 3 до 5 днів. Час щоденного перебування починається від 2 і поступово збільшується до 12 годин. На початку курсу лікування у деяких хворих може спостерігатися загострення окремих симптомів захворювання. У випадку продовження лікування, як правило, стан покращується до 10-15 дня лікування і більшість хворих виписують з поліпшенням або значним поліпшенням.

Подальший розвиток науки про карстові печери дозволить розширити невичерпні можливості спелеотерапії.

шлунково-кишкового тракту

- Цілі вивчення теми: на підставі набутих знань про основні захворювання травного тракту у дітей, вродженні та набуті захворювання навчитися:
 - Визначати рекомендації щодо режиму хворих в залежності від характеру патології та активності процесу;
 - Визначати рекомендації щодо дієти в залежності від нозології та фази процесу;
 - Виявляти показання до госпіталізації при погіршенні стану або наявності супутньої патології;
 - Обґрунтовувати кратність спостереження гастроентерологом та іншими спеціалістами в залежності від патології та супутніх захворювань;
 - Визначати режим фізичних навантажень у школі, необхідність переведення на індивідуальну форму навчання, обмеження часу перебування на заняттях;
 - Складати перелік діагностичних заходів з метою контролю за станом здоров'я дитини;
 - Визначати основні напрями лікування залежно від характеру та активності процесу;
 - Рекомендувати профілактичні заходи для попередження загострень і ускладнень.
- Мета: навчитися визначати заходи режимного, лікувально-діагностичного та профілактичного характеру для попередження прогресування хронічних захворювань шлунково-кишкового тракту та уникненню ускладнень.
- Уміння:
 - визначати різні клінічні варіанти та ускладнення при диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці;
 - планувати обстеження дитини та інтерпретувати отримані результати при диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці;
 - проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз дітям, які знаходяться на диспансерному нагляді в поліклініці;
 - визначати тактику ведення дітей при диспансерному нагляді за

здоровими та хворими дітьми в поліклініці;

- діагностувати невідкладні стани та надавати екстрену допомогу дітям, які знаходяться на диспансерному нагляді в поліклініці;
- демонструвати вміння ведення медичної документації при диспансерному нагляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці.

Гастроезофагальна рефлюксна хвороба.

Гастроезофагальна рефлюксна хвороба (ГЕРХ) — хронічне

рецидивуюче захворювання, що характеризується стравохідними або нестравохідними клінічними проявами, причиною розвитку яких є патологічний заброс вмісту шлунка в стравохід.

Режим	Вільний.
Дієта	Антирефлюксна.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (загострення), виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення ендоскопічних ознак активності.
Огляд спеціаліста гастроентеролога та інших спеціалістів	Через 3 роки стійкої ремісії після стаціонарного обстеження можливе зняття з обліку. Гастроентеролог оглядає 2 рази на рік, педіатр — 3-4 рази на рік. Ендоскопічний контроль — 1 раз на рік (або за необхідністю). Огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) — 1 раз на рік.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	В фазі ремісії ГЕРХ в амбулаторно-поліклінічних умовах, під наглядом дитячого гастроентеролога, діти повинні отримувати 1 рази на рік протирецидивні курси лікування, які включають немедикаментозне лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроопроцедури, бальнеолікування). Можливе призначення «терапії за вимогою» у випадку появи таких симптомів як печія, відрижка гірким або кислим, відчуття жару за грудиною. Дана терапія припускає використання антацидів та альгінатів, можливо, прокінетиків курсом до 10-14 днів. Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ГЕРХ в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

Хронічний гастрит.

Хронічний гастрит (ХГ) — хронічне запалення слизової оболонки

шлунку з порушенням процесів фізіологічної регенерації, зі схильністю до прогресування, розвитку атрофії, секреторної недостатності, які лежать в основі порушень травлення та обміну речовин.

Режим	Вільний.
Дієта	Згідно стану секреції шлунку — щадна та корегуюча
Госпіталізація	При загостренні захворювання тривалість стаціонарного лікування в середньому 15-18 днів (при ерозивному ХГ — до 21-25 днів). При сприятливому варіанті перебігу ХГ основне лікування повинне проводитися в амбулаторно-поліклінічних умовах.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення ендоскопічних ознак активності. Через 3 роки (для ерозивного ХГ та передвиразкових станів — 5 років) стійкої ремісії після стаціонарного обстеження можливе зняття з обліку.
Огляд спеціаліста гастроентеролога та інших спеціалістів	Гастроентеролог оглядає 2 рази на рік, педіатр — 3-4 рази на рік. Ендоскопічний контроль — 1 раз на рік (або за необхідністю). Огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) — 1 раз на рік. Мінімальний строк диспансерного нагляду – 3 роки (для ерозивного ХГ та передвиразкових станів – 5 років).
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	В фазі ремісії ХГ в амбулаторно-поліклінічних умовах під наглядом дитячого гастроентеролога діти повинні отримувати 2 рази на рік протирецидивні курси лікування, які включають медикаментозні (антисекреторні препарати, цитопротектори, репаранти, прокінетики, спазмолітики, седатики, імунокоректори та адаптогени тощо) методи та широкий арсенал немедикаментозного лікування (психотерапія, фітотерапія, фізіопроцедури, бальнеолікування, ЛФК). Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ХГ та ГД в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

Виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки.

Виразкова хвороба шлунку або дванадцятипалої кишки — хронічне захворювання, що характеризується виразкою шлунку та (або) луковиці

дванадцятипалої кишки.

Режим	Вільний.
Дієта	Залежить від фази захворювання.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (загострення), виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення ендоскопічних ознак активності, купіювання симптомів ВХ і забезпечення репарації виразкового дефекту, усунення контамінації НР СО, відновлення не тільки цілісності, але і функціональної спроможності слизової оболонки.
Огляд спеціаліста гастроентеролога та інших спеціалістів	З обліку не знімають (можливе зняття з обліку через 5 років стійкої ремісії, після стаціонарного обстеження). Педіатр оглядає не менше 2-3 разів на рік, гастроентеролог — 2-3 рази на рік (або частіше за необхідністю), ФГС контроль — 2 рази в рік, або індивідуально. При необхідності за призначенням - огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін.) — 1 раз на рік.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	При сприятливому перебігу ВХ — проведення протирецидивного лікування в умовах поліклініки (або денного стаціонару) 2-3 рази на рік (наприкінці зими, літа та восени). Об'єм і тривалість протирецидивного лікування вирішують індивідуально. Поряд з призначенням режиму та дієти, намічають комплексне медикаментозне та не медикаментозне лікування. Використовують антисекреторні препарати, антациди, цитопротектори, репаранти, седативи, імунокоректори, адаптогени, вітаміни тощо. Поряд з застосуванням фізіотерапевтичних методів показано лікування мінеральними водами, фітотерапія, ЛФК, психотерапія.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування показано лише при досягненні стійкої ремісії (частіше через 4-6 місяців після стаціонарного лікування) в санаторіях гастроентерологічного профілю, тривалість 24 – 30 днів.

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ).

Функціональні розлади біліарного тракту (ФРБТ). У структурі патології біліарного тракту ФРБТ складають за даними різних авторів 65-85 %, переважно при різних захворюваннях органів травлення у дітей шкільного віку.

У дітей дошкільного віку найчастіше зустрічаються ізольовані ФРБТ.

Режим	Вільний.
Дієта	Залежить від моторики та тону біліарних шляхів.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Купіювання симптомів функціональних порушень біліарного тракту. Нормалізування кінетико-тонічної функції біліарного тракту. Відсутність симптоматики, ехоскопічних ознак активності запалення. Припинення болю і диспептичних розладів.
Огляд спеціаліста-гастроентеролога та інших спеціалістів	З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після лабораторно-інструментального обстеження. Огляд дитячим гастроентерологом 1 раз на рік, педіатром — 2 рази на рік; отолярінголог, стоматолог — за необхідністю. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: копрограма — 1 раз на рік, аналіз кала на яйця глистів та найпростіші — 1 раз на рік, УЗД органів черевної порожнини 1 раз на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі — 1 раз на рік (при наявності показань).
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	Протирецидивне лікування: 2 рази на рік (на першому році), далі — 1 раз на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини (дієтотерапія, холеретики, холекінетики, бальнеотерапія, фітотерапія, ЛФК, фізіотерапія; при гіперкінетичному типі – мінеральні води малої мінералізації та малої газонасиченості (Березовська, Нафтуся та інш.) 3-5 мл/кг маси на 1 прийом 3 рази на добу протягом 1-1,5 міс., при гіпокінетичному типі – мінеральні води середньої мінералізації та середньої газонасиченості (Лужанська, Моршинська та інш) по 3-5 мл на 1 кг маси на прийом 3 рази на добу протягом 1 міс.). Об'єм та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 3-6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів, Бермінводи, Миргород та інші).

Хронічний холецистохолангіт.

Хронічний холецистохолангіт — хронічне поліетіологічне запальне захворювання жовчного міхура і жовчних шляхів, що сполучається з функціональними порушеннями у жовчному міхурі та жовчних протоках,

змінами фізико-хімічних властивостей і біохімічної структури жовчі.

Режим	Вільний.
Дієта	Залежить від фази та періода захворювання.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, ознак активності запалення (загострення), виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики, ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів. Корекція загального стану дитини, відновлення функції жовчного міхура.
Огляд спеціаліста-гастроентеролога та інших спеціалістів	Диспансерний нагляд — 3 роки поза періоду загострення. З диспансерного нагляду можна зняти за умов відсутності патологічних змін після повного лабораторно - інструментального обстеження. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром — один раз в 3 місяці у перший рік після загострення, далі — 2 рази на рік ; отоларинголог, стоматолог та інші — за вимогами. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові — 2 рази на рік, копрограма – 2 рази на рік, аналіз кала на яйця глистів та найпростіші — 2 рази на рік, дуоденальне зондування та біохімічне дослідження жовчі — 1-2 рази на рік (при наявності показань), УЗД органів черевної порожнини 2 рази на рік.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	Протирецидивне лікування: 2 рази на рік. Обсяг лікування залежить від періоду захворювання та стану дитини (дієта, режим харчування, холеретики, холекінетики, мінеральні води за типом функціональних розладів біліарного тракту, фітотерапія, бальнеотерапія, фізіотерапія, ЛФК).
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування рекомендується проводити через 6 місяців після загострення. Рекомендовано бальнеогрязьові курорти (Трускавець, Закарпатська група курортів, Бермінводи, Миргород та інші).

Хронічний панкреатит.

В структурі дитячої гастроентерологічної патології **панкреатити** займають 90% (за даними різних авторів). З однаковою частотою хворіють хлопчики і дівчатка. Різноманітність розповсюдженості пов'язана із складністю патогенетичних механізмів розвитку ХП, відсутністю уніфікованої класифікації

і єдиних методичних підходів до виявлення цієї патології та її лікування.

Режим	Вільний.
Дієта	В залежності від функціонального стану підшлункової залози.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, ехоскопічних ознак активності запалення (загострення), виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики, ехоскопічних ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, функціональний спокій ПЗ.
Огляд спеціаліста-гастроєнеролога та інших спеціалістів	Протягом 1-го року після стаціонарного лікування дитину обстежують в поліклініці кожні 3 місяці. Наступні роки проводиться обстеження дитини двічі на рік, за показаннями проводять замісну терапію. Амбулаторно кожні 3 місяці контролюється рівень амілази крові і сечі, копрограма. Ультразвукове дослідження проводиться двічі на рік. У разі виявлення клінічних та лабораторних проявів захворювання дитину обов'язково госпіталізують. Огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) — 1 раз на рік. Із 2-го року диспансерного спостереження (у фазі неповної клінічної ремісії) дитина обстежується 1 раз на 6 міс. (2 рази на рік), дозволяються заняття фізкультурою в підготовчій групі. Важливою умовою стабілізації процесу та профілактики подальших загострень хронічного панкреатиту є використання повторних курсів санаторного лікування. Через 2 роки після загострення захворювання (період повної ремісії) диспансерне спостереження та проти рецидивне лікування проводиться 1 раз на рік, показано санаторно-курортне лікування в період ремісії, дозволені заняття фізкультурою в основній групі. З диспансерного нагляду діти з ХП не знімаються, переводяться у підлітковий кабінет.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	При панкреатичній недостатності призначають 3 — 4 рази на рік курс ферментів по 2 тижні кожний. Обсяг та тривалість таких курсів повинні вирішуватися залежно від лікування попереднього загострення, індивідуально.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування можливе в фазі ремісії ХП в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування).

Виразковий коліт.

Виразковий коліт — хронічне запальне захворювання нез'ясованого походження, яке клінічно характеризується рецидивуючим перебігом, з періодами кривавої діареї і патоморфологічно-дифузним запальним процесом в товстій кишці. Запалення має проксимальну поширеність від rectum і

обмежується ректальною і товстокишковою слизовою.

Режим	Вільний.
Дієта	Залежить від функціонального стану кишківника.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (загострення), виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення ендоскопічних ознак активності.
Огляд спеціаліста-гастроентеролога та інших спеціалістів	Огляд дитячим гастроентерологом та дитячим хірургом. 2 рази на рік, педіатром — щомісячно (перші 3 місяці після виписки із стаціонару, далі кожні 3 місяці), хірург — 1 раз на рік, інші спеціалісти — за вимогами. Огляд спеціалістів (ЛОР, стоматолог, невропатолог та ін) — 1 раз на рік.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові 1 раз у 2 тижні (перші 3 місяці), далі — щомісячно протягом року, далі 1 раз у три місяці; клінічний аналіз сечі та копрограма — 1 раз у 3 місяці (перші 2 роки), далі 1-2 рази на рік; аналіз калу на яйця глистів та простіші — 2 рази на рік; біохімічне дослідження калу (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз у 3 місяці (перший рік), далі — 1 раз на рік; протеїнограма, біохімічні показники функцій печінки, коагулограма, гострофазові показники — 1 раз у 3 місяці (перші два роки), далі — 1 раз на рік, аналіз кала на дисбактеріоз — 2-3 рази на рік, ректороманоскопія — 1 раз у 3 місяці (перший рік нагляду, далі 2 рази на рік), УЗД органів черевної порожнини — за вимогами, ірігографія - 1 раз на рік. Диспансерний нагляд — протягом життя.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Протипоказано.

Хронічний неспецифічний невиразковий коліт.

Хронічний неспецифічний невиразковий коліт - хронічне запально-дистрофічне враження слизової оболонки товстої кишки з перевагою в клінічній картині ознак функціональних розладів.

Режим	Вільний.
-------	----------

Дієта	Залежить від фази та періоду захворювання.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (загострення), виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Відсутність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (повна ремісія). Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення ендоскопічних ознак активності.
Огляд спеціаліста-гастроентеролога та інших спеціалістів	Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік (перший рік нагляду, далі — 1 раз на рік), педіатром — 2 рази на рік; отоларинголог, стоматолог, хірург, інші спеціалісти — за вимогами. Диспансерний нагляд — 3 роки позаприступного періоду. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	Протирецидивне лікування: 2 рази на рік в умовах стаціонару або амбулаторно. Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: клінічний аналіз крові та сечі — 2 рази на рік, копрограмма — 1 раз на 6 місяців, аналіз кала на яйця глистів та простіші — 2 рази на рік, біохімічне дослідження кала (реакція Грегерсена, Трібуле) 1 раз на рік, протеїнограма, гострофазові показники — 1 раз на рік, аналіз калу на дисбактеріоз — 2 рази на рік (перший рік нагляду, далі за вимогою), ректороманоскопія — 1 раз на рік (за вимогами), УЗД органів черевної порожнини — за вимогами.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклізм. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів, Бермінводи.

Хронічна генетично детермінована аутоімунна Т-клітинно опосередкована ентеропатія.

Хронічна генетично детермінована аутоімунна Т-клітинно опосередкована ентеропатія, яка характеризується стійкою непереносимістю специфічних білків ендосперма зернини деяких злаків з розвитком

гіперрегенераторної атрофії слизової оболонки тонкої кишки та пов'язаного з нею синдрому мальабсорбції.

Режим	Вільний.
Дієта	Антигліадинова.
Госпіталізація	Наявність симптоматики, ендоскопічних ознак активності запалення (загострення), виникнення болю і диспептичних розладів.
Критерії ефективності лікування	Усунення клінічних проявів, відновлення кількості і розмірів ворсинок слизової тонкої кишки. Припинення болю і диспептичних розладів, зменшення ендоскопічних ознак
Огляд спеціаліста-гастроентеролога та інших спеціалістів	Гастроентеролог- після верифікації діагнозу на протязі перших 2 років — 1 раз на 6 місяців, потім — 1 раз на рік (при умові стійкої ремісії та регулярних достатніх зростань ваги та росту). Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: опитування, огляд, вимірювання маси та зросту, клінічний аналіз крові та сечі, копрограмма, протеїнограма, біохімічні показники функції печінки, рівень електролітів крові, за показаннями — ендоскопічне та серологічне обстеження (серологічне обстеження бажано проводити щорічно). Диспансерний нагляд — протягом життя.
Обсяг та тривалість курсів протирецидивного лікування	Основа лікування — довічна аглютеніна дієта (виключення продуктів, які вміщують явний та скритий глютен: злаків — жита, пшениці, ячменю, вівса та продуктів їх переробки; інших продуктів, які вміщують 1 мг глютену у 100 г продукту. Дозволяється вживати рис, гречку, кукурудзу, пшоно, свіжі овочі та фрукти, свіже м'ясо, рибу, яйця, молочні продукти, спеціалізовані безглютенові продукти для харчування хворих на целиацію.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Санаторно-курортне лікування можливе в санаторіях гастроентерологічного профілю (за звичай через 2-3 місяці після стаціонарного лікування)

Функціональні гастроінтестинальні розлади. Синдром подразненого кишківника.

Функціональні гастроінтестинальні розлади (ФГР) — це порушення функції органів травлення, які пов'язані зі зміною їхньої регуляції та

супроводжуються різноманітною комбінацією гастроінтестинальних симптомів без структурних або біохімічних порушень.

Синдром подразненого кишківника (СПК) — функціональні гастроінтестинальні порушення, які характеризуються абдомінальним болем та порушенням кишкових функцій без специфічної, притаманної тільки йому органічної патології.

Диспансерний нагляд. Огляд дитячим гастроентерологом 2 рази на рік, педіатром — 2 рази на рік; хірургом — за вимогою. Протирецидивне лікування: 2 рази на рік.

Обсяг контрольно-діагностичних обстежень: копрограма — 2 рази на рік, аналіз кала на яйця глистів та простіші — 2 рази на рік, аналіз кала на дисбактеріоз — 2 рази на рік (перший рік нагляду), далі за вимогою, ректороманоскопія — 1 раз на рік (перший рік нагляду), за вимогою.

Диспансерний нагляд — 3 роки позаприступного періоду. З диспансерного нагляду можна зняти при відсутності патологічних змін після повного лабораторно-інструментального обстеження.

Санаторно-курортне лікування: води малої та середньої мінералізації для питного лікування, кишкового промивання, мікроклізм. Рекомендуються курорти Трускавець, Миргород, Закарпатська група курортів, Бермінводи.

Вважаємо доцільним привести деякі фізіотерапевтичні реабілітаційні заходи, серед яких важливим методом є бальнеотерапія.

Бальнеотерапія — сукупність лікувальних методів, заснованих на використанні мінеральних вод, які утворились в надрах землі під впливом різних геологічних процесів. Мінеральні води розрізняються за загальною мінералізацією вод (кількістю в грамах мінеральних солей на 1 л води), іонно-сольовим, газовим складом та газонасиченістю, вмістом терапевтично активних компонентів, радіоактивністю, активною реакцією води (РН), температурою тощо.

За класифікацією В.В. Іванова, Г.О. Невраєва мінеральні води ділять на сім основних бальнеологічних груп:

1. Води без "специфічних" компонентів та властивостей, лікувальна дія яких залежить від вмісту в них іонів та мінеральних речовин.
2. Вуглекислі води.
3. Сульфатні води.
4. Води залізисті, миш'яковисті, з високим вмістом марганцю, міді, алюмінію, цинку, свинцю.

5. Радонові (радіоактивні) води.

6. Води бромні, йодні, водобромні та з високим вмістом органічних речовин.

7. Кремністі терми.

Води без "специфічних" компонентів та властивостей, які використовуються на курортах України: Миргород Полтавської області; Куяльник, Большой фонтан, Аркадія Одеської області; Трускавець, Моршин Львівської області; Горинь Рівненської області та інших. Вуглекислі води — на курортах Поляна, Голубине, Сойми, Шаян, Кваси, Карпати Закарпатської області. Сульфатні води - Любень-Великий, Немирів Львівської області; Синяк Закарпатської області; Черче Івано-Франківської області. Залізисті, миш'яковисті води — Горська Тиса Закарпатської області. Радонові води - Хмельник Вінницької області. Води бромні, йодні, йодобромні та з великим вмістом органічних речовин — Березовські мінеральні води Харківської області, Трускавець Львівської області.

Питні мінеральні води призначають, виходячи із стану кислотоутворюючої функції шлунка:

- При підвищеній кислотності застосовують середньо- та високо мінералізовані води хлоридно-гідрокарбонатні-натрієві, хлоридні-гідрокарбонатні, гідрокарбонатні магнієво-кальцієві, гідрокарбонатні натрієві. Воду призначають за 1 годину перед вживанням їжі у теплого вигляді тричі на день.
- При нормальній кислотності призначають ті ж самі води за 30-40 хв. перед вживанням їжі.
- При знижених кислотоутворюючій і секреторній функціях шлунка показані мало- та середньо мінералізовані гідрокарбонатно-хлоридні натрієві, хлоридні натрієві води.

Воду призначають за 30 хв. до їжі тричі на день. Разова доза 5 мл/кг маси тіла дитини. Курс до 3-4 тижня.

В основі дії води на організм лежить температурне, механічне, хімічне, радіаційне подразнення. Мінеральні води можуть використовуватися внутрішньо (пиття, зрошення, полоскання, клізми) та зовнішньо (ванни, душі, обкутування, обтирання, обливання, компреси).

Механізм дії ванн з мінеральною водою залежить від хімічного впливу розчинених у воді газів та солей, методу застосування, температури, кількості та інших причин. Подразнюючи рецептори шкіри, вони викликають як місцеву, так і загальну (рефлекторну) дію, а завдяки всмоктуванню через шкіру — гуморальну реакцію. Крім цього, гази через дихальні шляхи поступають в

організм. Бальнеотерапія зумовлює десенсибілізуючий, знеболюючий, протизапальний, розсмоктувальний ефект, поліпшує функціональний стан серцево-судинної, дихальної, нервової, ендокринної систем, покращує обмін речовин, позитивно впливає на функцію опорно-рухового апарату.

При прийманні всередину мінеральна вода має хімічну дію, зумовлену вмістом в ній мікроелементів, солей, газів. Це сприяє нормалізації секреторної функції шлунка, вимиванню слизу, зменшенню катаральних явищ, стимуляції жовчовиділення, поліпшенню перистальтики, обмінних процесів. Призначають при хронічному холециститі, панкреатиті в стадії ремісії, наслідках оперативних втручань на шлунку, хронічних запорах, ентеритах, колітах,

Особливості медичного спостереження дітей із серцево-судинними захворюваннями

- Актуальність теми. Патологія серцево-судинної системи є досить поширеною на сьогоднішній день. В Україні щорічно народжується 4,5- 6

тис. дітей з патологією серцево-судинної системи. Близько 30% від всіх вроджених вад становлять вади серця. Рання діагностика, своєчасна постановка під диспансерний нагляд таких пацієнтів значно підвищить ефективність лікувальних заходів, поліпшить якість життя пацієнтів. Адекватне диспансерне спостереження необхідне для контролю прогресування захворювання, попередження загострень та розвитку ускладнень.

- Цілі вивчення теми: на підставі набутих знань про основні захворювання серця у дітей, вродженні та набуті вади серця, дифузну патологію сполучної тканини навчитися:
 - Визначати рекомендації щодо режиму хворих в залежності від характеру патології та активності процесу;
 - Визначати рекомендації щодо дієти в залежності від нозології та фази процесу;
 - Виявляти ускладнення (серцеву недостатність, легеневу гіпертензію у дітей з вадами серця та обґрунтувати необхідність госпіталізації, медикаментозного або хірургічного лікування).
 - Виявляти показання до госпіталізації при погіршенні стану або наявності супутньої патології;
 - Обґрунтовувати кратність спостереження кардіоревматологом та іншими спеціалістами в залежності від патології та супутніх захворювань;
 - Визначати режим фізичних навантажень у школі, необхідність переведення на індивідуальну форму навчання, обмеження часу перебування на заняттях;
 - Скласти перелік діагностичних заходів з метою контролю за станом здоров'я дитини;
 - Визначати основні напрями лікування залежно від характеру та активності процесу;
 - Рекомендувати профілактичні заходи для попередження загострень і ускладнень.
- Мета: навчитися визначати заходи режимного, лікувально-діагностичного та профілактичного характеру для попередження прогресування захворювань серця і сполучної тканини та виникненню ускладнень.
- Уміння:
 - визначати різні клінічні варіанти та ускладнення за здоровими та

хворими дітьми, що знаходяться в поліклініці з приводу диспансерного нагляду;

- планувати обстеження дитини та інтерпретувати результати отримані при диспансерному огляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці;
- проводити диференційну діагностику та ставити попередній клінічний діагноз дітям, які знаходяться під диспансерним наглядом в поліклініці;
- визначати тактику ведення дітей при диспансерному огляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці;
- діагностувати невідкладні стани та надавати екстрену допомогу дітям, які знаходяться під диспансерним наглядом в поліклініці;
- демонструвати вміння ведення медичної документації при диспансерному огляді за здоровими та хворими дітьми в поліклініці.

Таблиця 3. Вродженні вади серця.

	Режим	Дієта	Госпіталізація	Огляд спеціаліста кардіоревматолога та інших спеціалістів	Режим фізичних навантажень	Додаткові дослідження
Дефект міжшлуночкової перегородки (q21.0).	Загальний.	Раціональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами.	Направлення на операцію після 6-міс. віку.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.	Залежить від показників функціонування серцево-судинної системи.	ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія
Дефект міжпередсердної перегородки (q21.1).			Бажана рання операція при відсутності кардіомегалії, ознак серцевої недостатності, порушень ритму, ревматизму.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2 разів на рік. Терміни диспансерних спостережень протягом перших 6 міс. після операції 1 раз на місяць, а потім 1 раз на 3 роки.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія
Дефект передсердно-шлуночкової перегородки (атріовентрикулярна комунікація) повна, проміжна, часткова (q21.2).			Направлення на операцію не пізніше 6 - 12 місяців життя.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 4-х разів у рік. Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія

Тетрада фалло (q21.3).			Направлення на радикальну корекцію починаючи з 7 - 8-міс. віку.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2-х разів у рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія
Дефект перегородки між аортою і легеневою артерією (q21.4).			Направлення на хірургічне лікування в віці до року.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга (при наявності) не менше 2-х разів у рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія
Аномалія ебштейна (q22.5).			Направлення на операцію при наявності синюхи, правошлуночкової застійної недостатності, приступів пароксизмальної тахікардії.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2-х разів на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія
Відкрита артеріальна протока (q25.0).			Хірургічне втручання в будь-якому віці при виявленні вади.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2-х разів у рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія
Коарктація аорти (q25.1).			Ургентна операція при критичному або важкому стані, у решти — по планових показаннях.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія Підвищення артеріального тиску на руках, відсутність, зниження на ногах.

Атрезія аорти (q25.2).			Ургентна доставка в кардіохірургічний центр.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		Рентгенографія, ЕКГ, ЕхоКГ, ФК. Наявність тиску на ногах, градієнту тиску між руками. Дуктус-залежність.
Тотальна аномалія з'єднання легеневих вен (q26.2).			Невідкладна.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія
Спільний артеріальний стовбур (q20.0).			Після клінічного огляду педіатра (неонатолога), кардіоревматолога та кардіохірурга дитини має бути направлена на операцію в ІССХ, кардіохірургічний центр у періоді новонародженості.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.
Подвоєння вихідного отвору правого шлуночка (q20.1)			Направлення на паліативні операції при виникненні приступів незалежно від віку. Направлення	Спостереження 1 раз у 3 місяці дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та 1 раз у 6 місяців кардіохірурга. Фіксування наявності і ступеню синюхи, приступів.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.

Подвоєння вихідного отвору лівого шлуночка (q-20.2).			на радикальній операції починаючи з 6 - 8-місячного віку.			
Дискордантне шлуночково-артеріальне з'єднання (q20.3).			При не корегованій ТМА - направлення на операцію переміщення артеріальних судин в межах до 3 тижнів життя. При наявності дефекту міжшлуночкової перегородки - направлення на хірургічне лікування не пізніше перших двох місяців життя.	Одразу після народження необхідний клінічний огляд неонатолога, кардіоревматолога, кардіохірурга. Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.
Подвоєння вихідного отвору шлуночка (q20.4).			Направлення на шунтуючу операцію за невідкладними показаннями, при помірному ціанозі - направлення на дво-або одноетапну операцію геодинамічної корекції.	Безпосередньо в пологовому будинку дитина має бути оглянута педіатром (неонатологом), кардіоревматологом та кардіохірургом. Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.

Дискордантне передсердно-шлуночкове з'єднання (q20.5).			Показаннями для госпіталізації до кардіохірургічного стаціонару та проведення хірургічного втручання є набуті ускладнення - недостатність лівого а/в клапана і порушення ритму. При наявності легеневої гіпертензії - направлення на операцію в віці до 6 міс.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга - довічна диспансеризація, огляд з інтервалами на 1 рік.		Рентгенографія, ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, визначення ступеню артеріальної гіпоксемії, градієнту систолічного тиску на клапані легеневої артерії.
Синдром правобічної гіпоплазії серця (q22.6).			При вираженому ціанозі направлення на шунтуючу операцію в віці до 1 року.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2-х разів у рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.
Природжений стеноз аортального клапана (q23.0).			При наявності серцевої недостатності у хворих с критичним стенозом – невідкладна	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2-х разів у рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.

			госпіталізація. При відсутності серцевої недостатності - планова операція серця після 3 років.		
Природжена недостатність аортального клапана (q23.1).			За показаннями, після консультації кардіохірурга.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2-х разів у рік.	ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.
Природжений мітральний стеноз (q23.2). Природжена мітральна недостатність (q23.3).			За показаннями, після консультації кардіохірурга.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга не менше 2-х разів у рік.	ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.
Атрезія клапана легеневого стовбура (q22.0). Природжений стеноз клапана легеневого стовбура (q22.1).			Одразу після встановлення діагнозу.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.	ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія. Фіксується розмір тристулкового клапана як показник розвитку правого шлуночка, а також

						факт залежності від персистенції артеріальної протоки. При стенозі оцінюється ступінь звуження по градієнту тиску.
Синдром лівобічної гіпоплазії серця (q23.4).			Ургентна доставка в кардіохірургічний центр.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.
Трипередсердне серце (q24.2).			Одразу при встановленні діагнозу.	Терміни диспансерних спостережень протягом перших 6 міс. після операції 1 раз на місяць, а потім 1 раз на 3 роки.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.
Природжена серцева блокада (q24.6).			Невідкладне направлення на імплантацію кардіостимулятора.	Спостереження дитячого кардіоревматолога спільно з педіатром та кардіохірурга протягом першого року після операції 1 раз на міс., далі - 1 раз на рік.		ЕКГ, ЕхоКГ, ФК, Рентгенографія ОГП.

Хронічні ревматичні хвороби серця.

Хронічні ревматичні хвороби серця – це категорія захворювань імунно-запального характеру, пов'язаних із стрептококовою інфекцією. Захворювання проявляється перш за все ураженням серця (із виникненням вад), суглобів, рідше — нервової системи та інших внутрішніх органів. Хвороба перебігає із рецидивами та загостреннями, яким за 1-2 тижні передують гострий тонзиліт або тонзилофарингіт, особливо на фоні втоми чи переохолодження.

Режим	Загальний.
Дієта	Раціональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами.
Госпіталізація	При загостренні захворювання. При рецидивуючому перебігові ревматичного процесу, прогресії ознак серцево-судинної недостатності — стаціонарне лікування, направлення до Інституту ССХ АМН України для вирішення питання щодо протезування ураженого клапану.
Критерії ефективності лікування	<ul style="list-style-type: none"> • Відсутність загострень. • Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. • Відсутність ознак серцево-судинної недостатності. • Зменшення частоти захворюваності ангінами та ГРІ. • Відсутність ознак формування вад серця. • Адаптація до фізичних навантажень.
Огляд спеціаліста-кардіоревматолога та інших спеціалістів	<p>Відповідні вікові терміни для строку диспансерного спостереження (до 18 років).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Педіатр, кардіоревматолог — після загострення хронічного ревматичного процесу щомісячно протягом кварталу, потім — 1 раз на квартал. При збереженні активності процесу, при безперервно-рецидивуючому перебігові та вадах серця із ознаками серцевої недостатності - за показаннями, кратність оглядів індивідуальна. За умови наявності набутої вади серця кардіохірург — 1 раз на рік. 2. Отоларинголог, стоматолог — 1 раз на рік. 3. Після перенесеної ангіни або ГРІ педіатр та кардіоревматолог спостерігають дитину щотижнево протягом місяця з контролем клініко-біохімічних та інструментальних показників. <p>Підстава для зняття з обліку — досягнення 18 років; при стійкій відсутності клініко-лабораторних ознак активності запального процесу.</p>
Режим фізичних навантажень	<p>Заняття фізкультурою:</p> <p>після атаки: на першому році — звільнення, на другому — підготовча група за умови нормалізації показників функціонування серцево-судинної системи.</p> <p>Додаткові дослідження.</p> <p>Оцінка стану мигдаликів, зубів, навколоносових пазух. ЕКГ, КГ,</p>

	<p>пульсометрія, вимірювання АТ, термометрія, клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, СРБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА, азот сечовини, сечовина, креатинін, електроліти) та імунологічні дослідження (титр АСЛО, АСГ, АСК) — 2 рази на рік. ЕхоКГ, ДЕхоКГ — 1 раз на рік, за показаннями - частіше.</p> <p>Рентгенографія органів грудної порожнини за показаннями. Оцінка адаптації ССС до фізичних навантажень.</p>
Лікування	<p>Лікування ангін із застосуванням антибактеріальних засобів. При рецидивуючому перебігові процесу — НПЗП призначаються 10-денними курсами щомісячно у сукупності із призначенням хінолонових препаратів - 12 - 18 міс. Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) — лікування згідно протоколу під контролем ЕКГ. Два рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (неотон, агвантар, кардонат), цитопротекторів (тіотриазолін), іАПФ (каптоприл, еналаприл), діуретики, за показаннями серцеві глікозиди (рефрактерна серцева недостатність, трепетіння передсердь), лікування захворювання, що спричинило розвиток серцевої недостатності, кардіотрофна терапія. За умови неактивності процесу — санаторно-курортне лікування у спеціалізованих місцевих санаторіях.</p>
Профілактика	<p>Вторинна профілактика рецидивів біциліном — 5 (бензатина бензилпеніцилін 1200000 ОД, бензилпеніциліна новокаїнова сіль 300000 ОД) або бензтинбензилпеніциліном та нестероїдними протизапальними препаратами (при ваді серця - не менше ніж 5 років). Загартовуючі процедури, заняття ЛФК. При ваді серця та серцевій недостатності — індивідуальне навчання. Дітям, що перенесли ревматизм без кардита або кардит — вторинна профілактика до 18-річного віку. При сформованій ваді серця — вторинна профілактика ревматизму проводиться позитивно.</p>

Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини.

Хвороби кістково-м'язової системи і сполучної тканини – група захворювань з різноманітною етіологією. У одних випадках ураження кістково-суглобового апарату, м'язів, сполучної тканини є первинними, їх симптоми займають основне місце в клінічній картині захворювання, а в інших випадках ураження кісток, м'язів, сполучної тканини є вторинними і виникають на тлі якихось інших захворювань (обмінних, ендокринних і інших) і їх симптоми доповнюють клінічну картину основної хвороби.

Особливу групу системних уражень сполучної тканини, кісток, суглобів, м'язів представляють колагенози – група хвороб з імунізопальними ураженням сполучної тканини. Виділяють такі колагенози: системний червоний вовчак, системну склеродермію, вузликовий періартеріїт, дерматоміозит і дуже близькі до них за своїм механізмом розвитку ревматизм і ревматоїдний артрит.

Серед патології кістково-суглобового апарату, м'язової тканини розрізняють запальні захворювання різної етіології (артрити, міозити), обмінно-дистрофічні (артрози, міопатії), пухлини, вроджені аномалії розвитку.

Режим	Загальний.
Дієта	Раціональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами.
Госпіталізація	При прогресії порушень опорно-рухового апарату та/або уражень внутрішніх органів, серцево-судинної недостатності — стаціонарне лікування у спеціалізованому відділенні обласної дитячої лікарні.
Критерії ефективності лікування	1. Відсутність активності запального процесу. 2. Зменшення порушень опорно-рухового апарату та уражень внутрішніх органів, відсутність ознак серцево-судинної недостатності. 3. Відсутність септичних ускладнень. 4. Адаптація до фізичних навантажень.
Огляд спеціаліста-кардіоревматолога та інших спеціалістів	Постійне диспансерне спостереження. Педіатр, кардіоревматолог — 1 раз на квартал, за показаннями - частіше. Ортопед-травматолог — 1 раз на рік, за показаннями — частіше. За наявності набутої вади серця кардіохірург — 1 раз на рік, за показаннями — частіше. Оториноларинголог, стоматолог — 2 рази на рік, за показаннями - частіше. Після перенесеної ангіни або ГРІ — педіатр, дитячий кардіоревматолог 1 раз на 2 тижні. Дитячим кардіоревматологом з обліку

	не знімаються, за винятком реактивних артритів через 1 рік за умов стійкої відсутності лабораторних ознак активності запального процесу, клінічних змін з боку суглобів.
Режим фізичних навантажень	<p>При відсутності ознак уражень внутрішніх органів та опорно-рухового апарату, недостатності кровообігу — заняття у спеціальній фізкультурній групі. Вирішення питання щодо організації учбового процесу — індивідуально з урахуванням недостатності кровообігу, додатковий вихідний день, скорочення тривалості учбового дня. За показаннями індивідуальне навчання. Додаткові дослідження:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ЕКГ, ФКГ, пульсометрія — 2 рази на рік, за показаннями - повторні. • ЕхоКГ, УЗД нирок та черевної порожнини — 1 раз на рік, за показаннями - повторні. • Клінічний аналіз крові та сечі, біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА, АЛТ, прямий та непрямий білірубін, азот сечовини, сечовина, креатинін, електроліти) — 2 рази на рік, за показаннями — частіше. • Аналіз крові на ревматоїдний фактор анти-ДНК, антитіла, антинуклеарний фактор, креатинфосфокіназа (за показаннями). • Рентгенографія суглобів, органів грудної порожнини — за показаннями. • Кісткова денситометрія — за показаннями. • Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками.
Лікування	<p>Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак мінімальної активності запального процесу та уражень внутрішніх органів і опорно-рухового апарату курси кортикостероїдів, нестероїдних протизапальних засобів, призначення хінолонових препаратів - 12 - 18 міс.), лікування остеопорозу, дисбактеріозу (мультипробіотик, симбітер), продовження базисної терапії, що була призначена в стаціонарі. Профілактика рецидивів (за наявності хронічних вогнищ інфекції) біциліном-5 або бензатинбензилпеніциліном. При ознаках хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) — курси наступних препаратів (серцеві глікозиди - трофічні дози, діуретики, інгібітори АПФ) під контролем ЕКГ та АТ. Лікування артеріальної гіпертензії, ХНД загальноприйнятими методами. Два рази на рік за показаннями призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин). Психотерапія.</p>
Профілактика	<ol style="list-style-type: none"> 1. Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. 2. Фізіотерапевтичні засоби, масаж, ЛФК. 3. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії ЛФК.

Ювенільний ревматоїдний артрит.

Ювенільний ревматоїдний артрит – хронічне аутоімунне системне запальне захворювання сполучної тканини, яке почалося у дітей до 16-ти літнього віку із переважним ураженням суглобів, у вигляді ерозивно-деструктивного, прогресуючого поліартриту із послідуною деформацією суглобів та можливим залучення у патологічний процес інших органів та систем.

Режим	В залежності від функціональної здатності дитини з обмеженням рухового режиму у період загострення, з виключенням інсоляції, перегрівання, переохолодження. Рішення про навчання в школі залежить від важкості перебігу захворювання.
Дієта	Рациональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами. Потрібно уникати переїдання у пацієнтів, які отримують стероїди, так як вони підвищують апетит. Дієта повинна бути із підвищеним вмістом кальцію, доцільно призначити вітамін D ₃ для профілактики остеопорозу. Щоденний раціон повинен вміщати знижену кількість вуглеводів, жирів, підвищену кількість вітамінів, поліненасичених жирних кислот.
Госпіталізація	В залежності від активності захворювання, форми та наявності несприятливих прогностичних факторів. При загостренні – обов'язково, при ремісії – в залежності від фази та відповіді на лікування.
Критерії ефективності лікування	Ремісія захворювання (відсутність суглобів з активним артритом, лихоманки, висипки, серозиту, спленомегалії, генералізованої лімфаденопатії, активного увеїту; ШОЕ, або рівень СРБ у межах вікової норми, показник загальної оцінки лікарем активності хвороби – найкраще по шкалі, що використовується, тривалість ранкової скутості < 15 хвилин.
Огляд спеціаліста-кардіоревматолога та інших спеціалістів	Відповідні вікові терміни для строку диспансерного спостереження (до 18 років). <ol style="list-style-type: none">1. Педіатр, кардіоревматолог — 1 раз на 1-3 місяця (в залежності від стану дитини, об'єму та періоду лікування);2. Нефролог - 1 раз 3-6 міс з контролем клініко-біохімічних та інструментальних показників.3. Огляд окуліста - 1 раз в 3 місяця.4. Гастроентеролог - 1 раз в 6 міс. Підстава для зняття з обліку — досягнення 18 років; при стійкій відсутності клініко-лабораторних ознак активності запального процесу.
Режим фізичних навантажень	Заняття фізкультурою: Під час відвідування школи забороняють заняття фізкультурою в загальній групі. Показані заняття ЛФК. Додаткові дослідження.

	<p>При лікуванні імунодепресантами 1 раз в 2 тижні проводять клінічний і біохімічний аналізи крові (білок і фракції, сечовина, креатинін, білірубін, АТ, АСТ, ЩФ, кальцій, калій, натрій). ЕКГ 1 раз в 3 місяці. Хворим, які отримують НПВС і ГК- 1 раз в 6 міс проводять ФГДС з біопсією слизової (Н. pylory і морфологічне дослідження). За показаннями - частіше.</p> <p>Рентгенографія органів грудної порожнини за показаннями</p>
Лікування	<p>Лікування ангін із застосуванням антибактеріальних засобів. При рецидивуючому перебігові процесу — НПЗП призначаються 10-денними курсами щомісячно у сукупності із призначенням хінолонових препаратів - 12 - 18 міс. Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) — курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди, трофічні дози) під контролем ЕКГ, сечогінні, інгібітори АПФ. Два рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин та інші). За умови неактивності процесу — санаторно-курортне лікування у спеціалізованих місцевих санаторіях та санаторіях АР Крим.</p>
Профілактика	<p>Вторинна профілактика рецидивів біциліном — 5 або бензтинбензилпеніциліном та нестероїдними протизапальними препаратами (при ваді серця - не менше ніж 5 років). Загартовуючі процедури, заняття ЛФК. При ваді серця та серцевій недостатності — індивідуальне навчання. Дітям, що перенесли ревматизм без кардита або кардит — вторинна профілактика до 18-річного віку. При сформованій ваді серця — вторинна профілактика ревматизму проводиться пожиттєво.</p>

Профілактичні щеплення при ЮРА. Відповідно до наказу МОЗ України від 16.09.2011 №595 (у редакції наказу МОЗ України від 11.08.2014 №551), панові вакцинації вакциною, анатоксином відкладаються до закінчення гострих проявів захворювання та загострення хронічних захворювань і проводяться після одужання або під час ремісії хронічного захворювання.

Якщо пацієнт лікувався імуносупресорами (стероїди, метотрексат, імунобіологічними препаратами), або буде лікуватися, щеплення проводяться за 2 тижні до початку імуносупресивної терапії або після її припинення.

Ювенільний дерматоміозит.

Ювенільний дерматоміозит (ЮДМ) - важке прогресуюче системне захворювання, що розвивається у дітей віком до 18 років з переважним запальним ураженням поперечно-смугастої мускулатури, шкірних покривів та ендотелію судин мікроциркуляторного русла, яке нерідко супроводжується кальцинозом та інфекційними ускладненнями.

Режим	Загальний.
Дієта	Раціональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами. Потрібно уникати переїдання у пацієнтів, які отримують стероїди, так як вони підвищують апетит. Дієта повинна бути із підвищеним вмістом кальцію, доцільно призначити вітамін D ₃ для профілактики остеопорозу. Щоденний раціон повинен вміщати знижену кількість вуглеводів, жирів, підвищену кількість вітамінів, поліненасичених жирних кислот.
Госпіталізація	В залежності від активності захворювання, форми та наявності несприятливих прогностичних факторів. При загостренні – обов’язково, при ремісії – в залежності від фази та відповіді на лікування.
Критерії ефективності лікування	Визначенням ефективного лікування є зменшення або відсутність прогресування активності хвороби, про що свідчить стабілізація клінічного стану, пов'язана зі зменшенням симптомів, які спостерігались на початку лікування. Оцінка ефективності терапії проводиться не раніше, ніж через 4 тижнів з моменту початку, за умови дотримання рекомендованої лікуючим лікарем схеми лікування та дози препарату.
Огляд спеціаліста-кардіоревматолога та інших спеціалістів	Відповідні вікові терміни для строку диспансерного спостереження (до 18 років). <i>Диспансерний нагляд</i> - огляд дитини по органах і системах та оцінка загального стану здоров'я дитини - 1 раз на 10 днів, Консультація лікаря-невролога дитячого кожні 6 місяців (за показаннями - 1 раз на 3 місяці); - Консультація - офтальмолога дитячого 1 раз на 3 місяці; - Консультація лікаря-ортопеда дитячого кожні 3 місяці. <i>Додаткові:</i> - консультації лікарів-спеціалістів при наявності скарг та/або

	небажаних ефектів базисної терапії, відповідні консультації щодо проведення профілактичних щеплень.
Режим фізичних навантажень	<p>Заняття фізкультурою:</p> <p>Під час відвідування школи забороняють заняття фізкультурою в загальній групі. Показані заняття ЛФК.</p> <p>Додаткові дослідження.</p> <p>При лікуванні імунодепресантами 1 раз в 2 тижні проводять клінічний і біохімічний аналізи крові (білок і фракції, сечовина, креатинін, білірубін, АТ, АСТ, ЩФ, кальцій, калій, натрій). ЕКГ 1 раз в 3 місяці.</p> <p>Хворим, які отримують НПВС і ГК- 1 раз в 6 міс проводять ФГДС з біопсією слизової (Н. pylori і морфологічне дослідження). За показаннями - частіше.</p> <p>Рентгенографія органів грудної порожнини за показаннями</p>
Лікування	<p>Лікування ангін із застосуванням антибактеріальних засобів. При рецидивуючому перебігові процесу — НПЗП призначаються 10-денними курсами щомісячно у сукупності із призначенням хінолонових препаратів - 12 - 18 міс. Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) — курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди, трофічні дози) під контролем ЕКГ, сечогінні, інгібітори АПФ. Два рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин та інші). За умови неактивності процесу — санаторно-курортне лікування у спеціалізованих місцевих санаторіях та санаторіях АР Крим.</p>
Профілактика	<p>Вторинна профілактика рецидивів біциліном — 5 або бензтинбензилпеніциліном та нестероїдними протизапальними препаратами (при ваді серця - не менше ніж 5 років). Загартовуючі процедури, заняття ЛФК. При ваді серця та серцевій недостатності — індивідуальне навчання. Дітям, що перенесли ревматизм без кардита або кардит — вторинна профілактика до 18-річного віку. При сформованій ваді серця — вторинна профілактика ревматизму проводиться пожиттєво.</p>

Кардити

Кардити – це група захворювань серця запального характеру в

класичному варіанті з альтерацією, ексудацією та проліферацією. У більшості випадків неспецифічних запальних захворювань серця основним є ураження серцевого м'язу.

	Перикардити (I31)	Міокардити (I41)	Ендокардити (I38)
Режим	В гострій фазі — ліжковий, потім — щадний.	В гострій фазі — ліжковий, потім — щадний.	В гострій фазі — ліжковий, потім — щадний.
Дієта	Раціональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами.	Раціональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами.	Раціональне харчування, збалансоване за калорійністю, вмістом основних нутрієнтів, мінеральним складом, вітамінами.
Госпіталізація	При прогресії легеневої гіпертензії та серцево-судинної недостатності — направлення до спеціалізованого відділення обласної дитячої лікарні чи кардіохірургічного центру.	При прогресії серцево-судинної недостатності — направлення до спеціалізованого відділення обласної дитячої лікарні.	При появі лихоманки та ознак інтоксикації, прогресії серцево-судинної недостатності — направлення до спеціалізованого відділення обласної дитячої лікарні чи кардіохірургічного центру.
Огляд спеціаліста-кардіоревматолога та інших спеціалістів	<ul style="list-style-type: none"> Огляд педіатра, кардіоревматолога — протягом перших 4 місяців після виписки із стаціонару — 1 раз на місяць, потім протягом року — 1 раз на квартал, у подальшому — 2 рази на рік, за показаннями — частіше. Кардіохірург — 2 рази на рік, за показаннями — частіше. Огляд оториноларинголога, 	<ul style="list-style-type: none"> Педіатр, кардіоревматолог — протягом перших 4 місяців після виписки із стаціонару — 1 раз на місяць, потім протягом року — 1 раз на квартал, у подальшому — 2 рази на рік, за показаннями — частіше. Огляд оториноларинголога, стоматолога — 1 раз на рік, за показаннями — частіше. Після перенесеної 	<ul style="list-style-type: none"> Педіатр, кардіоревматолог — протягом перших 4 місяців після виписки із стаціонару — 1 раз на місяць, потім протягом року — 1 раз на квартал, у подальшому — 2 рази на рік, за показаннями — частіше. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль бактеріємії та за усіма показниками. При наявності вади серця - кардіохірург — 1 раз

	<p>стоматолога — 2 рази на рік, за показаннями — частіше.</p> <ul style="list-style-type: none"> Після перенесеної ангіни або ГРІ — педіатр, кардіоревматолог — 1 раз на 2 тижні. <p>Зняття з обліку (за узгодженням з кардіохірургом) не раніше як через 3 роки при сприятливому перебігові, відсутності ознак хронічної серцевої недостатності, в інших випадках не знімаються.</p>	<p>ангіни або ГРІ — педіатр, кардіоревматолог — 1 раз на 2 тижні.</p> <ul style="list-style-type: none"> Зняття з обліку через 1 рік після перенесеного гострого міокардиту за умов відсутності клінічних ознак серцевої недостатності, стійкої відсутності лабораторних ознак активності запального процесу, змін на ЕКГ та ЕхоКГ. В інших випадках не знімаються. 	<p>на рік, за показаннями — частіше.</p> <ul style="list-style-type: none"> Огляд оториноларинголога, стоматолога — 2 рази на рік, за показаннями — частіше. Після перенесеної ангіни або ГРІ - педіатр, кардіоревматолог — 1 раз на тиждень протягом першого місяця після хвороби.
Режим фізичних навантажень	ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу заняття у спеціальній фізкультурній групі.	ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу заняття у спеціальній фізкультурній групі.	ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу заняття у спеціальній фізкультурній групі.
Додаткові дослідження	<ul style="list-style-type: none"> ЕКГ, ФКГ, пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії, клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за показаннями — повторні. ЕхоКГ — 2 рази на рік, за показаннями повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) — 2 рази на рік, за показаннями повторні. 	<ul style="list-style-type: none"> ЕКГ, ФКГ, вимірювання АТ, оцінка термометрії. Клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за показаннями — повторні. ЕхоКГ, ДЕхоКГ — 1 раз на рік, за показаннями повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) — 2 рази на рік, за показаннями повторні. 	<ul style="list-style-type: none"> ЕКГ, ФКГ, пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії, клінічний аналіз крові (обов'язково згортувальність та рівень тромбоцитів крові) та сечі 2 рази на рік, за показаннями — повторні. ЕхоКГ, ДЕхоКГ — 2 рази на рік, за показаннями — повторні. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протеїнограма, С-РБ,

	<ul style="list-style-type: none"> Рентгенографія органів грудної порожнини — за показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками. 	<ul style="list-style-type: none"> Рентгенографія органів грудної порожнини — за показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками. 	серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) — 2 рази на рік, за показаннями — повторні.
Лікування	<p>Аерація. Вітамінотерапія. Санація хронічних вогнищ інфекції. Вторинна профілактика інфекційного ендокордиту антибактеріальними засобами. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) — курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди трофічні дози), сечогінні засоби, інгібітори АПФ під контролем ЕКГ та АТ. За показаннями — 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин та інші). Лікування ангіні із застосуванням антибактеріальної терапії. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії (місцевий та обласний рівень). Критерії ефективності</p>	<p>Аерація. Вітамінотерапія. Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні. При наявності стрептококової інфекції, ризику розвитку ревматизму — профілактика біциліном-5 або бензатинбензилпеніциліном; весною і восени — курси НПЗП. При хронічному перебігові процесу — НПЗП призначаються 10-денними курсами щомісячно у сукупності із призначенням хінолонових препаратів — 12 - 18 міс.). Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) — курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди трофічні дози), сечогінні засоби, інгібітори АПФ під контролем ЕКГ та АТ. За показаннями — 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів</p>	<p>Аерація. Вітамінотерапія. Вторинна профілактика ендокордиту при "малих" хірургічних втручаннях. Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні. При наявності стрептококової інфекції, ризику розвитку ревматизму — профілактика біциліном-5 або бензатинбензилпеніциліном; весною і восени — курси НПЗП. Санація хронічних вогнищ інфекції. При наявності ознак хронічної серцевої недостатності (стадія компенсації) — курси інотропних препаратів (серцеві глікозиди трофічні дози), сечогінні засоби, інгібітори АПФ під контролем ЕКГ та АТ. За показаннями — 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів</p>

	<p>лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. • Відсутність септичних ускладнень. • Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. • Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. • Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. • Адаптація до фізичних навантажень. 	<p>контролем ЕКГ та АТ. За показаннями — 2 рази на рік призначення курсів кардіометаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин). Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії (місцевий, обласний, державний рівень). Критерії ефективності лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. • Відсутність септичних ускладнень. • Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. • Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. • Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. • Адаптація до фізичних навантажень. 	<p>(фосфаден, мілдронат, рибоксин). Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. За показаннями лікування у спеціалізованому санаторії (місцевий, обласний, державний рівень). Критерії ефективності лікування:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. • Відсутність септичних ускладнень. • Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. • Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. • Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. • Адаптація до фізичних навантажень.
--	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Порушення серцевого ритму.

Порушення серцевого ритму – порушенням ритму серця називають відхилення від норми ритмічності, частоти і систематичності скорочення його м'язів.

Режим	Загальний.
Дієта	Раціональне харчування.
Госпіталізація	При синкопальних станах, приступах прогресії серцево-судинної недостатності — направлення до спеціалізованого відділення обласної дитячої лікарні чи кардіохірургічного центру.
Критерії ефективності лікування	Зменшення або відсутність ознак серцевої дизритмії. Відсутність синкопальних станів та приступів пароксизмальної тахікардії та миготливої аритмії. Зменшення або відсутність ознак серцево-судинної недостатності. Відсутність клініко-лабораторних ознак активності запального процесу. Стабілізація чи регрес патологічних змін ЕКГ та ЕхоКГ. Відсутність прогресування та виходу на інвалідність. Адаптація до фізичних навантажень.
Огляд спеціаліста-кардіоревматолога та інших спеціалістів	<ul style="list-style-type: none"> • Постійне диспансерне спостереження. • Педіатр, кардіоревматолог — протягом перших 3 місяців після виявлення захворювання — 1 раз на місяць, потім протягом року - 1 раз на квартал, у подальшому — 2 рази на рік, за показаннями - частіше. • Оториноларинголог, стоматолог — 1 раз на рік, за показаннями - частіше. • Психоневролог — за показаннями. • Кардіохірург — за показаннями. • Після перенесеної ангіни або ГРІ — педіатр, кардіоревматолог — 1 раз на 2 тижні. • При стійких порушеннях серцевого ритму та ознаках хронічної серцевої недостатності дитячим кардіоревматологом з обліку не знімаються. • При відсутності вищезазначеного та нормалізації серцевого ритму і провідності диспансерне спостереження продовжується протягом 2 років з моменту встановлення діагнозу.
Режим фізичних навантажень	ЛФК, при відсутності ознак недостатності кровообігу та стійкої аритмії заняття у спеціальній фізкультурній групі. Вирішення питання щодо режиму учбового процесу — індивідуально з урахуванням стійкості порушень серцевого ритму та провідності і недостатності кровообігу.
Додаткові дослідження	При кожному огляді — ЕКГ (додатково у положенні стоячи та проби з фізичним навантаженням), ФКГ, пульсометрія, вимірювання АТ, оцінка термометрії. Клінічний аналіз крові та сечі 2 рази на рік, за показаннями - повторні. ЕхоКГ, ДЕхоКГ — 2 рази на рік, за показаннями — повторні. Холтеровське моніторування за показаннями. Біохімічні дослідження гострофазових показників (протейнограма, С-РБ, серомукоїди, сіалова к-та, ДФА) — 1 раз на рік, за показаннями — повторні. Рентгенографія

	органів грудної порожнини - за показаннями. Після перенесеної ангіни, ГРІ необхідний контроль за усіма показниками.
Лікування	<ul style="list-style-type: none"> • Характер та періодичність лікування суворо індивідуальні (призначення антиаритмічних засобів тільки за показаннями). • Санація хронічних вогнищ інфекції. • За показаннями 2 рази на рік призначення метаболітів (фосфаден, мілдронат, рибоксин та інші), вегетотропних і седативних засобів. • Лікування ангін із застосуванням антибактеріальної терапії. • Санаторно-курортне лікування (місцевий, обласний, державний рівень) при наявності показань та відсутності синкопальних станів, приступів пароксизмальної тахікардії, ознак серцево-судинної недостатності.

Принципи поетапної реабілітації дітей, прооперованих з нагоди ПБС

Після встановлення попереднього діагнозу і проведення первинної терапії важливо визначити наступну лікувальну тактику. У кожному конкретному випадку варто оцінити роль виявленої патології в житті хворого.

У зв'язку з тим, що СН суттєво впливає на результат захворювання, її прогнозування у хворих, які мали хірургічне втручання через ПБС, стає самостійним клінічним завданням. Нами була розроблена методика прогнозування розвитку даного стану, яка може бути використана в амбулаторних умовах (дільничним педіатром, сімейним лікарем, кардіологом). Для вирішення поставлених задач були проаналізовані засоби індивідуального прогнозування, які використовуються в медицині. Суть їх зводиться до визначення питомої ваги прогностичного коефіцієнту з наступною розробкою прогностичних таблиць. У розрахунках ми використовували найбільш прості засоби – логарифмування коефіцієнтів вірогідності. На базі отриманих даних була створена методика виявлення дітей, прооперованих з приводу ПБС, які мають ризик розвитку СН, з подальшим формуванням груп динамічного спостереження та проведення комплексу лікувально-профілактичних заходів в умовах поліклініки, стаціонару. Нами розроблена прогностична таблиця (таблиця 4), покладена в основу даної методики, до якої включено найбільш інформативні фактори ризику. Ризик розвитку СН визначався при контрольному обстеженні в амбулаторних умовах. Педіатр або кардіолог при аналізі результатів дослідження відповідав на питання за прогностичною таблицею, дотримуючись запропонованої послідовності розміщення в ній факторів. У процесі опитування прогностичні коефіцієнти сумувалися, і при досягненні одного з прогностичних прогнозів (± 13) подальше опитування припинялося, результат зіставлявся з оціночною шкалою (рис. 1) і на базі цього робилося припущення.

недостатності у дітей, прооперованих з приводу ПВС.

Фактори ризику та їх градації	Прогностичний коефіцієнт
1. Чи визначається зниження функціональної адаптації ССС до фізичного навантаження: - так - ні	+5 -6
2. Чи є скарги на задишку після фізичного навантаження: - так - ні	+4 -5
3. Чи існує залишкова післяопераційна патологія: - так - ні	+4 -4
4. Чи наявні морфологічні зміни порожнин серця за даними ЕХОКГ: - так - ні	+2 -5
5. Чи є за даними ФКГ шуми органічного характеру: - так - ні	+4 -3
6. Чи є поширення меж відносної тупості серця: - так - ні	+5 -3
7. Чи наявні гемодинамічнозначущі малі структурні аномалії: - так - ні	+4 -3
8. Чи є збільшення часу реституції основних показників гемодинаміки та дихання після фізичного навантаження: - так - ні	+4 -3



Рис. 1. Оціночна шкала ризику розвитку серцевої недостатності у дітей після хірургічної корекції ПВС.

Таким чином, формується три прогностичні групи:

1 гр. — сприятливий прогноз, якщо сума прогностичних коефіцієнтів була (–13) та більше;

2 гр. — невизначений прогноз, якщо значення суми прогностичних коефіцієнтів знаходилося у межах від (–12) до (+12);

3 гр. — несприятливий прогноз, якщо сума прогностичних коефіцієнтів була (+13) та більше.

Практичне використання методики має 2 етапи:

1 етап — формування прогностичних груп на основі відповіді за прогностичними таблицями;

2 етап — динамічне спостереження за прогностичними групами та своєчасне направлення на стаціонарне обстеження та лікування.

З метою удосконалення диспансерного спостереження за дітьми, прооперованими з приводу ПВС, пропонуємо:

1. Використання диференційного підходу до визначення об'єму клініко-інструментального обстеження та лікувально-профілактичних заходів для діагностики та профілактики патологічних відхилень, післяопераційних ускладнень в зв'язку з операцією з приводу ПВС шляхом віднесення хворого до однієї з чотирьох груп (I гр. — діти, які мали вади зі збагаченням малого кола кровообігу (ДМПП, ДМШП, ВАП), II гр. — діти, які мали вади зі збідненням малого кола кровообігу (комбіновані вади типу Фалло, СтЛА, ТМС, ПБМС), III гр. — діти, які мали вади, при яких є перешкода кровотоку у велике коло кровообігу (КоАо, СтАо), IV гр. — хворі з комбінованими вадами серця).

Залежно від приналежності пацієнта до однієї з чотирьох груп, необхідно використовувати диференційований підхід до переліку обстежень з підвищеною увагою до окремих особливостей ССС.

Для обстежених, що віднесені до I групи (ПВС зі збагаченням малого кола кровообігу), необхідним є:

- у перші три роки після проведеної хірургічної корекції вади звертати увагу на морфологічний, а по можливості, і функціональний стан ПШ при проведенні ДопплерЕХОКГ у зв'язку з імовірністю розвитку правопшлуночної недостатності;
- при визначенні збільшення на ЕКГ вторинного інтервалу QT відносно нормативу проводити ДопплерЕХОКГ дослідження трансмітрального потоку для визначення типу можливої діастолічної дисфункції;
- звертати увагу на розміри ЛП та їх збільшення у динаміці спостереження.

Для дітей II групи (ПВС зі збідненням малого кола кровообігу) рекомендовано:

- за наявності порушень серцевого ритму та провідності проводити Холтерівське моніторування ЕКГ;
- при визначенні сполучення подовженого інтервалу QT та наявності АВ-блокад, хворих відносити до групи високого ризику розвитку СН;
- у зв'язку з високою частотою вторинного варіанту подовженого інтервалу QT необхідне проведення Холтерівського моніторування та, за необхідності, призначення курсу відповідної терапії.

У хворих III групи (ПВС, при яких є перешкода кровотоку у велике коло кровообігу) доцільно проводити:

- оцінювання ступеня гіпертрофії міокарда ЛШ за результатами ЕХОКГ в динаміці;
- ДопплерЕХОКГ дослідження з визначенням остаточного градієнту тиску у низхідному відділі аорти та трансмітрального спектру при визначенні збільшення лінійних розмірів ЛП;
- обов'язкове вимірювання артеріального тиску на верхніх та нижніх кінцівках в динаміці спостереження.

Для IV групи (хворі з комбінованими ПВС) пацієнтів рекомендовано:

- при визначенні дилатації та/або гіпертрофії ПШ обов'язкове проведення ЕХОКГ з розрахунком показників центральної гемодинаміки;
- при визначенні вторинного варіанту подовженого інтервалу QT, необхідне проведення Холтерівського моніторування та, за необхідності, призначення курсу відповідної терапії;
- обов'язкове вимірювання артеріального тиску на верхніх та нижніх кінцівках в динаміці спостереження у хворих, у яких складовою частиною ПВС була КоАо та/або СтАо.

2. Формування 3 груп динамічного спостереження залежно від ступеня ризику розвитку СН. Відбір до відповідної групи ризику проводити при складенні індивідуального плану диспансерного спостереження за дитиною після поглибленого обстеження в спеціалізованому кардіологічному центрі за допомогою розробленої диференційно-діагностичної прогностичної таблиці ступеня ризику розвитку СН.

На підставі сформованих груп ризику розвитку СН радимо послідовність та мінімальний об'єм необхідних обстежень:

1 група (зі сприятливим прогнозом) — проведення ЕКГ- та ЕХОКГ-обстежень в амбулаторних умовах з наступним контролем через 6 місяців. За показаннями — консультація суміжних спеціалістів (невролога, оторіноларинголога, ендокринолога та ін.);

2 група (з невизначеним прогнозом) — проведення ЕКГ-, ЕХОКГ-

обстежень та проб з фізичним навантаженням (ВЕМ, проба за Н.А.Шалковим). Залежно від морфофункціонального стану ССС та рівня адаптації до фізичного навантаження, пропонувати подальше поглиблене обстеження в умовах кардіологічного центру або повторне обстеження через 3 місяця після проведеного курсу кардіометаболічної терапії. За показаннями – консультації суміжних спеціалістів;

3 група (з несприятливим прогнозом) — поглиблене обстеження (ЕКГ, ДопплерЕХОКГ, проби з фізичним навантаженням, консультації суміжних спеціалістів) в умовах спеціалізованого кардіологічного центру з проведенням необхідного обсягу лікувальних заходів з урахуванням супутньої патології.

Диспансерне спостереження дітей, прооперованих з приводу ПВС, повинно передбачати заходи у такому об'ємі:

- огляд кардіоревматолога, педіатра 1 раз в місяць протягом I квартала після операції, далі – 1 раз на квартал протягом 1-го року; 1 раз на рік — протягом 2-го, 3-го років після операції;
- оцінка фізичного розвитку дитини до та після операції;
- ЕКГ, ФКГ, вимірювання АТ, оцінка термометрії, пульсу, клінічні аналізи крові та сечі — через 1, 3 місяці після операції, далі — 2 рази на рік;
- ДопплерЕХОКГ — через 1, 3, 6, 12 місяців після корекції ПВС, далі — 1 раз на рік (за показаннями — частіше);
- біохімічні дослідження крові (гострофазові показники, функціональні проби печінки, протеїнограма), дослідження стану імунного статусу — через 1, 3 міс. після операції, далі за показаннями;
- стоматолог, отоларінголог — 2 рази на рік (за показаннями — частіше);
- консультація психоневролога — на першому році після оперативного лікування, далі по показанням;
- консультація ендокринолога дітям зі збільшенням розміру щитоподібної залози, поглиблене обстеження функції щитоподібної залози за показаннями.

Особливості медичного спостереження дітей із захворюваннями нирок

Актуальність теми. Діагностичний процес в нефрологічній практиці

ускладнюється тим, що в даний час відносно рідко спостерігається яскрава маніфестація захворювань нирок і органів сечовиділення. Значно частіше ці захворювання мають тривалий час, латентний перебіг, що природно, вимагає регулярної диспансеризації дитячого населення для своєчасного виявлення цих «прихованих», але в прогностичному відношенні далеко не безпечних захворювань. В результаті поєднаних вроджених вад розвитку нирок і сечовидільної системи виникають складні нефрон – та уropатії з труднощами діагностики.

В педіатричній практиці більш придатним є використання терміну хронічне захворювання нирок (ХЗН) з урахуванням можливості зворотнього розвитку патології нирок. Поняття про хронічне захворювання нирок вперше визначено у 2002 році в рамках співпраці National Kidney Foundation (NKF, США) експертами різних галузей медицини, та прийнято на з'їзді нефрологів України в 2005 році. ХЗН є наднозологічним поняттям, яке несе в собі імовірність розвитку несприятливих наслідків, що оцінюються ризиками. Мета надання медичної допомоги дітям з нефрологічною патологією направлена на раннє виявлення та своєчасне гальмування перебігу ХЗН. Ця мета повинна реалізовуватися не тільки під час перебування пацієнта в спеціалізованому дитячому нефрологічному стаціонарі, але й на етапі медичного спостереження дільничним педіатром чи лікарем загальної практики сімейної медицини в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Активне медичне спостереження за дітьми з різними нозологічними варіантами ХЗН сприятиме зменшенню негативних як медичних так і соціальних наслідків (зниження або втрата функцій нирок, потреба в нирково-замісній терапії або трансплантації нирки, інвалідизація пацієнта).

Цілі вивчення теми: на підставі набутих знань про захворювання нирок у дітей навчитися:

- Визначати рекомендації щодо режиму хворих в залежності від характеру патології та активності процесу;
- Визначати рекомендації щодо дієти в залежності від нозології та фази процесу
- Виявляти показання до госпіталізації при погіршенні стану або наявності супутньої патології;
- Обґрунтовувати кратність спостереження нефрологом та іншими спеціалістами в залежності від патології та супутніх захворювань;
- Визначати режим фізичних навантажень у школі, необхідність переведення на індивідуальну форму навчання, обмеження часу перебування на заняттях;
- Скласти перелік діагностичних заходів з метою контролю за станом здоров'я дитини;

- Визначати основні напрями лікування залежно від характеру та активності процесу;
- Рекомендувати профілактичні заходи для попередження загострень і ускладнень.

Мета: навчитися визначати заходи режимного, лікувально-діагностичного та профілактичного характеру для попередження прогресування захворювань нирок та виникнення ускладнень.

Цистит.

Цистит — неспецифічне мікробне запалення слизової оболонки сечового міхура. Захворювання протікає з болями та різзю при сечовипусканні, частими позивами з виділенням малих порцій сечі, нетриманням сечі. В дітей

молодшого віку нерідко відзначається інтоксикація та лихоманка.

Цистит в дитини — це найбільш часта інфекція сечовивідних шляхів, що зустрічається в практиці педіатрії та дитячої урології. Захворювання поширене серед дітей будь-якого віку і статі, проте в 3-5 разів частіше зустрічається у дівчаток дошкільного та молодшого шкільного віку (від 4 до 12 років). Висока захворюваність дівчаток циститом пояснюється особливостями будови жіночої сечовидільної системи: наявністю широкої і короткої уретри, близькістю анального отвору, часті інфекції зовнішніх статевих органів та ін. Цистит в дитини може протікати в ізольованій формі або поєднувати такі інфекції, як цистоуретрит, цистопієлонефрит.

Режим	У періоді розгорнутих клінічних проявів — ліжковий щадний режим до моменту зникнення клінічної симптоматики. Після завершення програми лікування розширюється режим – дозволяється відвідання школи зі звільненням від фізкультури або обмеженням занять на снарядах, на вулиці в холодну пору року. Дошкільнятам не рекомендується постійне відвідання дитячих колективів у зв'язку з ризиком приєднання дитячих та вірусних інфекцій, що можуть спровокувати рецидив ПН та ІН.
Дієта	Лікувальне харчування з виключенням екстрактивних речовин (надмірної кількості солі, спецій; бульйонів, консервів, кави, шоколаду). Питний режим включає чай, лужну мінеральну воду, чисту воду, компоти (з сухофруктів), молочні продукти, фітотерапію. При лужній реакції сечі показано збільшення кислих валентностей - морси, напої з журавлини, брусниці, тощо.
Госпіталізація	Дизурія, часті болючі сечовипускання за відсутності таких проявів протягом останнього місяця. Виявлення наступних змін в сечі: в середній порції ранішньої сечі колоній-утворюючих одиниць $\geq 10^{3-4}$ /мл/, лейкоцитурія ≥ 10 в 1 мкл, позитивний тест на естеразу лейкоцитів (при визначенні лейкоцитів тест-смужкою), рН сечі $>6,5$, мікропротеїнурія (хибна – за рахунок лейкоцитурії і справжня – за рахунок протеїну Тамма-Хорсфалла), позитивний тест на нітрити (окрім процесу, викликаного ентерококами і стафілококом), підвищення N-ацетіл- β -глюкозамінідази.
Критерії ефективності лікування	Ліквідація клінічних проявів (2-3 доба), нормалізація аналізів сечі (3-4 доба), відсутність бактеріурії (2-3 доба). Збереження стійкої ремісії протягом 1 року дозволяє констатувати одужання.
Огляд спеціаліста-нефролога та інших спеціалістів	При досягненні ремісії хворий обстежується в умовах нефрологічного стаціонару (кабінету) щорічно, амбулаторно - оглядається педіатром 1-2 рази на місяць в перший рік та щоквартально в наступному (при можливості - нефрологом не рідше 1 разу в 6 місяців). Під час огляду звертається увага на регулярність обстеження у ЛОР, стоматолога, гінеколога, уролога (бажано - 1 раз в 6 місяців).
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	Препаратами вибору є фурамаг, сульфаметаксозол/триметроприм (бисептол), фурагин, фурадонін або канефрон Н. Крім останнього, всі перелічені препарати використовують однократно на ніч в 1/3-1/4 від добової дози протягом 3-6 місяців кожний із загальною тривалістю

	<p>прийому до 2 років.</p> <p>Для вагітних підлітків препарати вибору - цефіксим, нітрофурантоїн, триметоприм – 7 діб, фосфоміцин - 3 дні, азитромицин – однократно із можливим поєднанням із фітотерапією (Канефрон Н).</p> <p>При хронічному циститі: інстиляції за показаннями (після цистоскопії та уточнення ендоскопічних змін сечового міхура і діагностики внутрішньоклітинних збудників): димексид (3-15%) + антисептик (ципрофлоксацин, лефлоцин, гатіфлоксацин (бігафлон), 50% декасан, діоксидин, водний розчин 0,02% хлоргексидину, ектерицид, метронідазол) або 2% протаргол під контролем індивідуальної переносності.</p>
Додаткові дослідження	<p>Регулярний контроль загального аналізу крові (1 раз на 3 місяці) та загального аналізу сечі (1 раз в 14 днів), бактеріологічного дослідження сечі (1 раз на місяць), ультразвукового дослідження нирок (1 раз в 6-12 місяців).</p> <p>Додаткові дослідження: серологічні дослідження для визначення антитіл у складі IgG, М до вірусів кору, цитомегаловірусу, герпесу тощо; обстеження на TORCH-інфекцію.</p> <p>Збереження стійкої ремісії протягом 1 року при гострому циститі дозволяє констатувати одужання.</p>
Санаторно-курортне лікування	<p>Проводиться в умовах місцевих та республіканських санаторіїв (м. Трускавець «Джерело» тривалість 21 день) продовження прийому етіотропної терапії, ЛФК.</p>

Вакцинація проводиться за графіком профілактичних щеплень, але не раніше ніж через місяць від початку ремісії з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та, в деяких випадках, антигістамінних препаратів (5-7 днів напередодні і після вакцинації). Реакція Манту – за графіком.

Гострий пієлонефрит.

Гострий пієлонефрит — це неспецифічне інфекційно-запальне захворювання ниркового інтерстицію з послідовним ураженням усіх ниркових структур, що призводить до формування вогнищового нефросклерозу. Інфекції сечової системи (ІСС) (в томі числі й пієлонефрит) є найбільш поширеною

інфекцією у дітей до 2 років (рівень доказовості 2) та займають друге-третє місце серед всіх інфекцій дитячого віку, поступаючи захворюванням дихальних шляхів та кишковим інфекціям. На першому році життя на ІСС частіше страждають хлопчики (3,7% проти 2% у дівчаток), потім спостерігається протилежне співвідношення. Проте у хлопчиків до 3 років ІСС являються найбільш частою причиною лихоманки та нерідко розвиваються на тлі аномалій розвитку органів сечової системи. Тому узгодженість междисциплінарного підходу є основою для своєчасного діагностики і лікування інфекцій сечової системи. Прогресування ІСС із розвитком склерозу, а в антенатальному періоді навіть за відсутності інфекції на тлі дисплазії і рефлюксу, призводить до розвитку артеріальної гіпертензії та необхідності в нирковозамісної терапії (рівень доказовості 2).

Залежно від перебігу розрізняють гострий (тривалістю до 3 місяців) і хронічний пієлонефрит (більше 3 місяців). При хронічному пієлонефриті можливий розвиток хронічної ниркової недостатності, тому в діагнозі вказується стадія ХЗН.

При наявності фізіологічно і анатомічно нормального сечового тракту, нормальної функції нирок, відсутності інфекції нижніх сечових шляхів, а також порушень з боку механізмів захисту організму в цілому (цукровий діабет, імуносупресивної терапії) можна говорити про неускладнений пієлонефрит.

Режим	У періоді розгорнутих клінічних проявів — ліжковий щадний режим протягом щонайменше тижня від початку захворювання (чи загострення). Розширення режиму — при зменшенні активності патологічного процесу. Поступове включення лікувальної фізкультури. Після завершення програми лікування розширюється режим – дозволяється відвідання школи (при хронічному ПН, ІН - в міжепідемічний період та при сприятливій метеообстановці) зі звільненням від фізкультури або обмеженням занять на снарядах, на вулиці в холодну пору року. Дошкільнятам не рекомендується постійне відвідання дитячих колективів у зв'язку з ризиком приєднання дитячих та вірусних інфекцій, що можуть спровокувати рецидив ПН та ІН.
Дієта	Лікувальне харчування з виключенням екстрактивних речовин (надмірної кількості солі, спецій; бульйонів, консервів, кави, шоколаду). Питний режим з розрахунку 25-50 мл/кг/добу (достатність питного режиму оцінюється за величиною діурезу - 1,5-2 л) під контролем своєчасного опорожнення сечового міхура (не рідше 1 разу на 2-3 години). Прийом рідини може обмежуватись при порушенні функції нирок, артеріальної гіпертензії, обструктивних уропатіях. Питний режим включає чай, лужну мінеральну воду, чисту воду, компоти (з сухофруктів), молочні продукти, фітотерапію. При лужній реакції сечі показано збільшення кислих валентностей - морси, напої з журавлини, брусниці, тощо.

Госпіталізація	Наявність симптоматики, Загальний аналіз сечі: за умови рівня протеїнурії (П), яка перевищувала 0,5г/добу, лейкоцитурія Лейкоцитурія $\geq 10/\text{мм}^3$, еритроцитурія (може бути мінімальною або відсутня), бактеріологічне дослідження сечі та видова ідентифікація збудника: рівень бактеріурії $\geq 10^4$ КУО/мл, (колонієутворюючих одиниць); найчастіші збудники — E. coli, Staphylococcus, Streptococcus, Klebsiella, Proteus, Enterobacter, Pseudomonas. Ультразвукове дослідження: збільшення об'єму ураженої нирки, потовщення та зниження ехогенності паренхіми за рахунок її набряку та гіперемії, збільшення кортикомедулярного індексу, розширення чашково-мискової системи.
Критерії ефективності лікування	- одужання повна нормалізація клініко-лабораторних показників (гострий ПН); - клініко-лабораторна ремісія відсутність клінічних проявів, нормалізація лабораторних показників крові, зменшення лейкоцитурії та відсутність діагностично-значущої бактеріурії (хронічний ускладнений ПН);
Огляд спеціаліста-нефролога та інших спеціалістів	При досягненні ремісії хворий обстежується в умовах нефрологічного стаціонару (кабінету) щорічно, амбулаторно - оглядається педіатром 1-2 рази на місяць в перший рік та щоквартально в наступному (при можливості - нефрологом не рідше 1 разу в 6 місяців). Під час огляду звертається увага на регулярність обстеження у ЛОР, стоматолога, гінеколога, уролога (бажано - 1 раз в 6 місяців).
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	Проводиться від 2 місяців до 2 років. Наприклад: I тиждень місяця — клюквовий морс, відвар шипшини, вітаміни. II, III - польовий хвощ (I дес. ложка), корінь солодки (I ст. л.), толокнянка (I дес. ложка). IV — антибактеріальні препарати. Або: I місяць: лист берези, шишки хмелю, кримська троянда (квіти); II місяць: плоди суніці, польовий хвощ; III місяць: листя толокнянки, листя брусники, плоди шипшини. Плюс: екстракт алое, ехінацин або імунал перші 2 тижні кожного місяця.
Додаткові дослідження	Регулярний контроль загального аналізу крові (1 раз на 3 місяці) та загального аналізу сечі (1 раз в 14 днів), бактеріологічного дослідження сечі (1 раз на місяць), ультразвукового дослідження нирок (1 раз в 6-12 місяців). Додаткові дослідження: серологічні дослідження для визначення антитіл у складі IgG, M до вірусів кору, цитомегаловірусу, герпесу тощо; обстеження на TORCH-інфекцію. Збереження стійкої ремісії протягом 3 років при гострому ПН дозволяє констатувати одужання.
Санаторно-курортне лікування	Проводиться в умовах місцевих та республіканських санаторіїв (м. Трускавець «Джерело» тривалість 21 день) продовження прийому етіотропної терапії, ЛФК.

Вакцинація проводиться за графіком профілактичних щеплень, але не раніше ніж через місяць від початку ремісії з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та, в деяких випадках, антигістамінних препаратів (5-7 днів напередодні і після вакцинації). Реакція Манту – за графіком.

Хронічний пієлонефрит.

Хронічний пієлонефрит — це хронічне неспецифічне інфекційно-запальне захворювання ниркового інтерстицію з послідовним ураженням усіх ниркових структур, що призводить до формування вогнищового нефросклерозу. Хронічний пієлонефрит розвивається в результаті неадекватної терапії гострого

пієлонефриту або несвоєчасної його діагностики.

Хронічний пієлонефрит діагностують при тривалості захворювання понад 3 місяці. При хронічному пієлонефриті можливий розвиток хронічної ниркової недостатності, тому в діагнозі вказується стадія ХЗН.

За наявності ускладненого перебігу ПН можливо використання класифікації згідно наказу №365 від 20.07.05 або класифікації О.Ф.Возіанова, В.Г.Майданника, І.В.Багдасарової, затвердженої XI з'їздом педіатрів України в 2004 році

Серед ускладнених пієлонефритів виділяють - обструктивний тип (розвивається за наявності органічної чи функціональної обструкції) та необструктивний (при дисметаболічних нефропатіях, імунодефіцитних станах, нирковому дизембріогенезі, тощо). Остання може бути функціональною (при нейрогенних розладах сечопуску, міхурово-сечовідному рефлюксі, вроджених нервово-м'язових дефектах мисково-сечовідного з'єднання, сечоводів, сечового міхура) та органічної (при аномаліях сечової системи (синдром Фролея, гідронефроз, уретерогідронефроз, мегауретер), інтраміхурових обструкціях (контрактура шийки сечового міхура, клапани, дивертикули, стеноз сечовипускного каналу), в результаті травм, при стисненні пухлинами, конкрементами)

Провідною метою лікування дітей з хронічним пієлонефритом є ліквідація мікробно-запального процесу в нирках та сечових шляхах за рахунок елімінації бактеріального збудника, що досягається антибактеріальними препаратами, та своєчасне призначення ренопротекторної терапії. На жаль тільки в 30% випадків досягається повне одужання та відсутність рецидивів ПН. Так у 70% хворих з рецидивуючим перебігом ПН епізод реінфікування спостерігався через 6 місяців після першого епізоду. У 2-2.5 рази зросла кількість латентних та безсимптомних форм, рідше досягається повна ремісія та одужання, інтенсивніше відбувається вторинне зморщування нирок зі зниженням їх гомеостатичних функцій.

Режим	Ліжковий щадний режим (протягом тижня від загострення) — період розгорнутих клінічних проявів. Розширення режиму (поступове включення лікувальної фізкультури) — при зменшенні активності патологічного процесу. Період ремісії — загальний режим за віком з обмеженням тривалого ортостатичного навантаження, виключенням переохолоджень. Після завершення програми лікування розширюється режим — дозволяється відвідання школи (при хронічному ПН, ПН - в міжепідемічний період та при сприятливій метеообстановці) зі звільненням від фізкультури або обмеженням занять на снарядах, на вулиці в холодну пору року. Дошкільнятам не рекомендується постійне відвідання дитячих колективів у зв'язку з ризиком приєднання дитячих та вірусних інфекцій, що можуть спровокувати рецидив ПН та ПН.
Дієта	Лікувальне харчування з виключенням екстрактивних речовин (надмірної кількості солі, спецій; бульйонів, консервів, кави, шоколаду). Питний режим з розрахунку 25-50 мл/кг/добу (достатність питного

	<p>режиму оцінюється за величиною діурезу - 1,5-2 л) під контролем своєчасного опорожнення сечового міхура (не рідше 1 разу на 2-3 години).</p> <p>Прийом рідини може обмежуватись при порушенні функції нирок, артеріальної гіпертензії, обструктивних уропатіях. Питний режим включає чай, лужну мінеральну воду, чисту воду, компоти (з сухофруктів), молочні продукти, фітотерапію. При лужній реакції сечі показано збільшення кислих валентностей - морси, напої з журавлини, брусниці, тощо.</p>
Госпіталізація	При загостренні захворювання, клінічна картина (гіпертермія, біль в поперековій області, дизуричні розлади, бактеріємічний шок) та зміни лабораторних (лейкоцитоз, зміщення лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ, лейкоцитурія $\geq 10/\text{мм}^3$, рівень бактеріурії $\geq 10^{4-5}$ КУО/мл, можлива еритроцитурія).
Критерії ефективності лікування	Одужання — повна нормалізація клініко-лабораторних показників (гострий пієлонефрит). Клініко-лабораторна ремісія — відсутність клінічних проявів, нормалізація лабораторних показників крові, зменшення лейкоцитурії та відсутність діагностично-значущої бактеріурії (хронічний ускладнений пієлонефрит).
Огляд спеціаліста-нефролога та інших спеціалістів	При досягненні ремісії хворий обстежується в умовах нефрологічного стаціонару (кабінету) щорічно, амбулаторно - оглядається педіатром 1-2 рази на місяць в перший рік та щоквартально в наступному (при можливості - нефрологом не рідше 1 разу в 6 місяців). Під час огляду звертається увага на регулярність обстеження у ЛОР, стоматолога, гінеколога, уролога (бажано - 1 раз в 6 місяців).
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	<p>Протирецидивне лікування проводиться від 2 місяців до 2 років. Застосовується як амбулаторний етап лікування (після прийому терапевтичних доз антибактеріальних препаратів) дітям молодшого віку, що вже мали епізод пієлонефриту, за наявності ризику розвитку рубців, при інфікованій сечокам'яної хворобі, при ризику рецидивів ІСС, хронічних ІСС, за наявності вроджених вад сечовивідної системи, супутній урогенітальній інфекції, нейрогенному сечовому міхурі, цукровому діабеті, тривалій іммобілізації. Препаратами вибору є фурамаг, сульфаметаксозол/триметроприм (бісептол), фурагин, фурадонін або канефрон Н. Крім останнього, всі перелічені препарати використовують однократно на ніч в 1/3-1/4 від добової дози протягом 3-6 місяців кожний із загальною тривалістю прийому до 2 років. Вагітним профілактичне лікування призначається канефроном Н, фурадоніном або цефалексином. Після трансплантації нирки показана профілактика бісептолом 1-2 мг/кг 6 місяців.</p> <p>Профілактика загострень хронічного ПН: санація вогнищ інфекції, усунення причин, які заважають відтоку сечі, факторів ризику, зокрема безсимптомна бактеріурія у вагітних треба лікувати.</p> <p>Навесні-восени 2 тижневі курси фітотерапії.</p>
Додаткові дослідження	Регулярний контроль загального аналізу крові (1 раз на 3 місяці) та загального аналізу сечі (1 раз в 14 днів), бактеріологічного дослідження сечі (1 раз на місяць), ультразвукового дослідження нирок (1 раз в 6-12 місяців).

	Додаткові дослідження: серологічні дослідження для визначення антитіл у складі IgG, М до вірусів кору, цитомегаловірусу, герпесу тощо; обстеження на TORCH-інфекцію. Збереження стійкої ремісії протягом 5 років при хронічному ПН дозволяє констатувати одужання.
Санаторно-курортне лікування	Проводиться в умовах місцевих та республіканських санаторіїв (м. Трускавець «Джерело» тривалість 21 день) продовження прийому етіотропної терапії, ЛФК.

Вакцинація проводиться за графіком профілактичних щеплень, але не раніше ніж через місяць від початку ремісії з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та, в деяких випадках, антигістамінних препаратів (5-7 днів напередодні і після вакцинації). Реакція Манту – за графіком.

Гломерулонефрит.

Гломерулонефрит — належить до групи гетерогенних імунно-запальних набутих захворювань нирок, для яких характерно імунне запалення з переважним ураженням клубочків і можливим залученням до патологічного процесу каналців і інтерстиціальної тканини. Виділяють гломерулонефрити з

різною клініко-морфологічною картиною, перебігом та наслідками. Соціальне значення проблеми ГН не стільки в його розповсюдженості, скільки в захворюваності осіб молодого віку, ранній інвалідизації та смертності хворих. Складність медичних аспектів ГН полягає у невпинному прогресуванні його хронічних форм з формуванням хронічної ниркової недостатності та в непередбаченості ефекту від використання сучасних засобів та методів його лікування.

Гострий ГН - це гостре пошкодження нирок, що виникає після бактеріального, вірусного, паразитарного захворювання, з інших причин через певний проміжок часу (2-6 тижні) і має, звичай, циклічний перебіг (за міжнародними стандартами гострий ГН - це ГН, що виникає спорадично після стрептококової інфекції, підтвердженої висівом із зівя стрептокока, наявністю в сироватці стрептококових антигенів та антитіл, гіпокомплементації). Тривалість гострого ГН обмежується 1 роком від початку захворювання, при давності процесу більше 3-х місяців говорять про тенденцію до затяжного перебігу, більше 6-ти місяців - про затяжний перебіг, більше 1 року - про перехід в хронічний ГН (іноді виділяють первинно-хронічний варіант, коли ГН виявляється випадково). Швидкопрогресуючий (злоякісний) ГН характеризується надвисокою активністю захворювання, що супроводжується прогресуючим падінням функції нирок, гіпертензією, анемією, розвитком термінальної уремії в строки до декількох місяців.

Клінічно розрізняють - ізольований сечовий синдром - сечовий синдром (протеїнурія, гематурія, циліндрурія) без екстраренальних проявів (може відмічатися при гострому ГН чи бути виходом іншого клінічного синдрому при хронічному ГН),

- нефритичний синдром - екстраренальні прояви (набряки та/чи гіпертензія) та сечовий синдром у поєднанні з нормальною чи мінімально зміненою протеїнограмою у вигляді гіпергамаглобулінемії (варіант гострого ГН),
- гематурична форма - сечовий синдром з переважанням гематурії (варіант хронічного ГН, може маскувати хворобу Берже, спадковий нефрит, захворювання тубулоінтерстиційної тканини й судин нирок, дизметаболічні нефропатії, тощо),

нефротичний синдром (при гострому ГН) чи форма (при хронічному ГН), змішана форма (при хронічному ГН) - висвітлені окремо, в "Протоколах діагностики і лікування нефротичного синдрому".

Режим	<p>Період розгорнутих клінічних проявів - ліжковий режим протягом не менше 2 тижнів від початку захворювання (чи загострення).</p> <p>Розширення режиму (кімнатний) — при зменшенні активності патологічного процесу в нирках (зменшенні набряків, артеріальної гіпертензії, макрогематурії). Поступове включення лікувальної фізкультури.</p> <p>Період ремісії — загальний режим за віком, з обмеженням тривалого ортостатичного навантаження, виключенням переохолодження.</p>
-------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>Звільнення від фізичних навантажень. Протипоказання до проведення профілактичних щеплень.</p> <p>Після завершення програми лікування розширюється режим – дозволяється відвідання школи в міжепідемічний період та при сприятливій метеообстановці зі звільненням від фізкультури або обмеженням занять на снарядах, на вулиці в холодну пору року. На першому році від початку захворювання відвідання дитячих колективів не рекомендується (для школярів — організація учбового процесу в домашніх умовах). Дошкільнятам не рекомендується постійне відвідання дитячих колективів в зв'язку з ризиком приєднання інфекцій і наступним рецидивом НС.</p>
Дієта	<p>В період розгорнутих клінічних проявів Лікувальне харчування з виключенням екстрактивних речовин (надмірної кількості солі, спецій; бульйонів, консервів, кави, шоколаду).</p> <p>Обмеження солі проводиться: в перші 2 тижні гострого процесу; при вираженому набряковому синдромі та/чи гіпертензії надалі.</p> <p>Обмеження м'яса проводиться: в перші тижні гострого процесу, при азотемії.</p> <p>Під час глюкокортикоїдної терапії необхідно збільшити вміст калію та кальцію в харчуванні (сухофрукти, печена бульба, кефір, молоко, курага, ізюм, поступово сир та петрушка).</p> <p>При застосуванні сечогінних препаратів — збільшити надходження калію з їжею.</p> <p>Прийом рідини обмежується при порушенні функції нирок, значних набряках та гіпертензії. В інших випадках кількість рідини, що надійшла в організм, не лімітується, але контролюється. Об'єм рідинного навантаження (випито+в продуктах харчування+довенно) має відповідати втратам - діурез напередодні+блювота+рідкий стілець+200-250 мл (чи 250 мл/кв.м поверхні тіла).</p> <p>Питний режим включає чай, лужну мінеральну воду, чисту воду, компоти (з сухофруктів), молочні продукти.</p>
Госпіталізація	<p>Наявність симптомів інтоксикації, за умови рівня макрогематурії чи гемоглобінурії, артеріальної гіпертензії, набряків, гіпергаммаглобулінемії, екскреції білку понад 0,2-1,0 г/добу, без або з геморагічним компонентом.</p>
Критерії ефективності лікування	<ul style="list-style-type: none"> - повна клініко-лабораторна ремісія (повна нормалізація показників), - часткова клініко-лабораторна ремісія (відсутність набряків, відновлення функції нирок, зменшення протеїнурії, гематурії), - відсутність позитивної динаміки, перехід в інший клінічний варіант ГН.

Огляд спеціаліста-нефролога та інших спеціалістів	Протягом 1-го року від початку захворювання проводиться щоквартальне обстеження в умовах нефрологічного стаціонару, амбулаторно дитина оглядається педіатром 1-2 рази на тиждень (при можливості — нефрологом 1-2 рази на місяць). В наступному рекомендується стаціонарне обстеження 1-2 рази на рік, огляд педіатра щомісячно, нефролога — 1 раз на 3-6 місяці. Огляд окуліста, ЛОР, стоматолога, при потребі ендокринолога, кардіолога 1 раз на 6 місяців.
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	Санація хронічних вогнищ інфекції - прийом 4-оксіхінолінові препарати 8мг/кг/добу протягом 6 місяців, потім 4мг/кг/добу 6 місяців-інгібітори АПФ (еналаприл), блокатори Са-каналів (Діакардин), сортами(Апровель), як ренопротекція постійно- мембраностабілізатори (ОМЕГА-3, дімефосфон, кетотифен, Омакор) протягом 1,5 місяців-фітотерапія (Канефрон, Тринефрон) курсами по 15 днів у місяць №3 - При необхідності продовжити прийом бактерійних препаратів (Лінекс, Сімбітер) до 10-14 діб, протигрибкових препаратів (Флюконазол 3-6 мг/кг/добу). Лікування вогнищ хронічної інфекції в період ремісії ГН. Уникати переохолодження, гіперінсоляції організму, слідкувати за повноцінним харчуванням дитини, уникати важкого фізичного та нервового перенавантаження. Після перенесеної стрептококової інфекції слід робити клінічний аналіз сечі. Вкрай важливо уникати використання потенційно нефритогенних лікувальних засобів (D-пеніциламін, препарати золота, гідралазин и т.п.).
Додаткові дослідження	Контроль загального аналізу сечі (1 раз в 14 днів) та крові (1 раз на місяць), контролю артеріального тиску щоденно, ультразвукового дослідження нирок (1 раз в 6-12 місяців).
Санаторно-курортне лікування	Можливо лікування в умовах місцевих нефрологічних санаторіїв в період ремісії (загально-укріплюючий ефект).

Згідно позицій міжнародних рекомендацій KDIGO-2012 з лікування гломерулонефритів, у дітей слід виділяти 7 патоморфологічних варіантів перебігу гломерулонефритів: стероїдчутливий нефротичний синдром (СЧНС), стероїд резистентний нефротичний синдром (СРНС), ідіопатична мембранозна нефропатія (ІМН), ідіопатична мембранопрліферативний гломерулонефрит (ІМПГН), імуноглобулін-А нефропатія (ІГАН), нефрит при пурпурі Шенляйн-Геноха (ГШГ), вовчаковий нефрит (ВН).

В амбулаторних умовах при диспансерному спостереженні, згідно з рекомендаціями експертів KDIGO-2012 рекомендовано застосування індивідуальних позицій спостереження в залежності від варіанту гломерулонефритута та періоду його перебігу.

Імунізація дітей з гломерулонефритом.

Вакцинація під час імуносупресивної терапії проводяться тільки по епідеміологічним показанням, а після завершення - за індивідуальним графіком, з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та антигістамінних препаратів (7-10 днів напередодні і після вакцинації).

Проведення реакції Манту – за графіком.

Дітям з СЧНС:

- проводити дітям протип-невмококову вакцинацію;
- щорічно проводити вакцинацію проти грипу дітям, та всім, хто мешкає з ним разом;
- відкласти вакцинацію живими вакцинами до того часу, доки доза преднізолону не буде знижена до до 1мг/ег щоденно (<20 мг/добу) або до 2мг/кг через день (<40 мг через день);
- живі вакцини протипоказані дітям, що отримують кортикоїдзберігаючі імуносупресивні препарати;
- для зменшення ризику інфікування дітей зі зниженим імунітетом – потрібно імунізувати здорових людей, що мешкають разом з дітьми, живими вакцинами, але забезпечити відсутність контакту дітей з їх виділеннями (сечею, шлунковим трактом, дихальною системою) протягом 3-6 тижнів після вакцинації;
- при контакті з вітряною віспою – не привитим дітям, що отримують імуносупресію, при можливості призначати противорецидивне лікування.

Хронічний гломерулонефрит.

Хронічний гломерулонефрит — групове поняття, яке включає захворювання клубочків нирок із загальним, найчастіше імунним механізмом ураження і поступовим погіршенням ниркових функцій з розвитком ниркової недостатності. Хронічний гломерулонефрит діагностують при тривалості гломерулярної патології понад 1 рік.

Під хронічним гломерулонефритом розуміють різні по етіології і патоморфології первинні гломерулопатії, що супроводжуються запальними та деструктивними змінами і призводять до нефросклерозу та хронічної ниркової недостатності. Відповідно до провідного синдрому гломерулонефриту виділяють кілька форм хронічного гломерулонефриту – нефротична форма (з протеїнурією понад 2,5 – 3 г/добу, дисліпідемії, диспротеїнемії, набряками з або без гематурією та гіпертензією), гематурична (з переважанням макрогематурії), змішана форма (протеїнурія менше 2,5 г/добу, гіпертонічним синдромом). . Кожна з форм протікає з періодами загострення, часткової ремісії та повної клініко-лабораторної ремісії, з порушенням або без порушення функцій нирок. Хронічний гломерулонефрит може виникати в будь-якому віці , найбільш часто у дітей 3-7 років. Смертність знаходиться в залежності від форми ХГН темпів прогресування ХНН.

Режим	<p>Період розгорнутих клінічних проявів — ліжковий режим протягом не менше 2 тижнів від початку захворювання (чи загострення).</p> <p>Розширення режиму (кімнатний) — при зменшенні активності патологічного процесу в нирках (зменшенні набряків, артеріальної гіпертензії, макрогематурії). Період ремісії — загальний режим за віком, з обмеженням тривалого ортостатичного навантаження, виключенням переохолодження</p> <p>Після завершення програми лікування розширюється режим — дозволяється відвідання школи в міжепідемічний період та при сприятливій метеообстановці зі звільненням від фізкультури або обмеженням занять на снарядах, на вулиці в холодну пору року. . На першому році від початку захворювання відвідання дитячих колективів не рекомендується (для школярів — організація учбового процесу в домашніх умовах). Дошкільнятам не рекомендується постійне відвідання дитячих колективів в зв'язку з ризиком приєднання інфекцій і наступним рецидивом НС.</p>
Дієта	<p>В період розгорнутих клінічних проявів Лікувальне харчування з виключенням екстрактивних речовин (надмірної кількості солі, спецій; бульйонів, консервів, кави, шоколаду).</p> <p>Обмеження солі проводиться: в перші 2 тижні гострого процесу; при вираженому набряковому синдромі та/чи гіпертензії надалі.</p> <p>Обмеження м'яса проводиться: в перші тижні гострого процесу, при азотемії.</p> <p>Під час глюкокортикоїдної терапії необхідно збільшити вміст калію та кальцію в харчуванні (сухофрукти, печена бульба, кефір, молоко, курага, ізюм, поступово сир та петрушка).</p> <p>При застосуванні сечогінних препаратів — збільшити надходження калію з їжею.</p> <p>Прийом рідини обмежується при порушенні функції нирок, значних набряках та гіпертензії. В інших випадках кількість рідини, що надійшла в організм, не лімітується, але контролюється. Об'єм</p>

	<p>рідинного навантаження (випито+в продуктах харчування+довенно) має відповідати втратам - діурез напередодні+блювота+рідкий стілець+200-250 мл (чи 250 мл/кв.м поверхні тіла).</p> <p>Питний режим включає чай, лужну мінеральну воду, чисту воду, компоти (з сухофруктів), молочні продукти.</p>
Госпіталізація	<p>Підозра на ХГН, вперше виявлений нефритичний, нефротичний або ізольований сечовий синдром (протеїнурія, гематурія, набряки, гіпертензія, гіперхолістеринемія, диспртеїнемія). Необхідне уточнення діагнозу, виключення альтернативних захворювань. Загострення хронічного гломерулонефриту.</p>
Критерії ефективності лікування	<p>Безпосередній ефект лікування оцінюється в кінці застосування максимальних доз глюкокортикоїдів та цитостатиків як повна клініко-лабораторна ремісія (повна нормалізація показників), часткова клініко-лабораторна ремісія (відсутність набряків, нормалізація рівня холестерину крові, тенденція до відновлення показників протеїнограми і зменшення протеїнурії), відсутність позитивної динаміки.</p>
Огляд спеціаліста-нефролога та інших спеціалістів	<p>Диспансерний нагляд проводиться нефрологом та/чи педіатром протягом 5 років після нормалізації клініко-лабораторних показників, але і після цього строку з диспансерного обліку знімати не рекомендується в зв'язку з можливістю як рецидиву ХГН, так і прихованого прогресування захворювання з розвитком хронічної ниркової недостатності. На підтримуючій програмній терапії проводиться щоквартальне обстеження в умовах нефрологічного стаціонару, амбулаторно дитина оглядається педіатром 1-2 рази на тиждень (при можливості — нефрологом 1-2 рази на місяць). Рекомендується стаціонарне обстеження двічі на рік протягом першого року та щорічно в наступному, огляд педіатра щомісячно, нефролога — 1 раз на 3-6 місяці.</p>
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	<p>Пацієнтам, які досягли ремісії, рекомендовано проводити підтримуючу терапію, як мінімум протягом 18 місяців у пацієнтів, які залишаються в повній ремісії. Не рекомендовано проводити підтримуючу терапію пацієнтам, що залишаються діаліз-залежними і не мають поз ниркових проявів захворювання. Протирецидивне лікування проводиться від 2місяців до 5 років.</p> <p>Профілактична антикоагулянтна терапія з призначенням варфарину всередину проводиться пацієнтам з ідіоматичною мембранозною нефропатією та нефротичним синдромом при значному зниженні сироваткового альбуміну (<2.5 г / дл [$<25\text{г} / \text{л}$]). та наявності додаткових факторів ризику тромбозів.</p> <p>Лікування хронічного гломерулонефриту передбачає повну нормалізацію показників, ліквідацію протеїнурії та відновлення функцій нирок. Препаратами вибору є іАПФ, БРА (категорія А), цитостатики (категорія В), антитромбоцитарні препарати (категорія С).</p>

	При всіх варіантах ХГН показана фітотерапія з метою покращення уро-та лімфодинаміки, зменшення асептичного запалення (канефрон Н). Розвиток хронічної ниркової недостатності (ХНН) на тлі хронічного гломерулонефриту потребує заходів націлених на гальмування факторів її прогресування. Ренопротекторні впливи дієти, корекції кальцієво-фосфатних розладів, гіпертензії, рівня протеїнурії, анемії. Інші заходи, такі як доцільність застосування статинів, протизапальних та антиоксидантних препаратів ще оцінюються.
Додаткові дослідження	Добовий моніторинг артеріального тиску ,функціональні дослідження сечового міхура (за необхідністю), ЕЕГ, ФКГ, ехокардіографія з оцінкою функціонального,УЗД кісток.
Санаторно-курортне лікування	Можливо лікування в умовах місцевих нефрологічних санаторіїв в період ремісії (загально-укріплюючий ефект).

Вакцинація під час імуносупресивної терапії проводяться тільки по епідеміологічним показанням, а після завершення - за індивідуальним графіком, з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та антигістамінних препаратів (7-10 днів напередодні і після вакцинації).

Проведення реакції Манту – за графіком.

Згідно позицій міжнародних рекомендацій KDIGO-2012 з лікування гломерулонефритів, у дітей слід виділяти 7 патоморфологічних варіантів перебігу гломерулонефритів: стероїдчутливий нефротичний синдром (СЧНС), стероїд резистентний нефротичний синдром (СРНС), ідіопатична мембранозна нефропатія (ІМН), ідіопатична мембранопроліферативний гломерулонефрит (ІМПГН), імуноглобулін-А нефропатія (ІГАН), нефрит при пурпурі Шенляйн-Геноха (ГШГ), вовчаковиний нефрит (ВН).

В амбулаторних умовах при диспансерному спостереженні, згідно з рекомендаціями експертів KDIGO-2012 рекомендовано застосування індивідуальних позицій спостереження в залежності від варіанту гломерулонефритута та періоду його перебігу.

Імунізація дітей з гломерулонефритом.

Вакцинація під час імуносупресивної терапії проводяться тільки по епідеміологічним показанням, а після завершення - за індивідуальним графіком, з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та антигістамінних препаратів (7-10 днів напередодні і після вакцинації).

Проведення реакції Манту – за графіком.

Дітям з СЧНС:

- проводити дітям проти-пневмококову вакцинацію;
- щорічно проводити вакцинацію проти грипу дітям, та всім, хто мешкає з ним разом;
- відкласти вакцинацію живими вакцинами до того часу, доки доза преднізолону не буде знижена до до 1мг/ег щоденно (<20 мг/добу) або до 2мг/кг через день (<40 мг через день);
- живі вакцини протипоказані дітям, що отримують кортикоїдзберігаючі імуносупресивні препарати;
- для зменшення ризику інфікування дітей зі зниженим імунітетом – потрібно імунізувати здорових людей, що мешкають разом з дітьми, живими вакцинами, але забезпечити відсутність контакту дітей з їх виділеннями (сечею, шлунковим трактом, дихальною системою) протягом 3-6 тижнів після вакцинації;
- при контакті з вітряною віспою – не привитим дітям, що отримують імуносупересію, при можливості призначати противорецидивне лікування.

Тубулоінтерстиційний нефрит.

Тубулоінтерстиційний нефрит — неспецифічне абактеріальне запалення інтерстицію, судин та каналців що супроводжується зниженням функцій нирок (переважно тубулярної). Гетерогенна група неспецифічних уражень каналців і інтерстиціальної тканини нирки з наступним поширенням запального процесу на всі структури ниркової тканини інфекційного, алергічного або токсичного генезу, що характеризується гострим або хронічним перебігом. Діагноз верифікується на підставі даних нефробиопсії. При

неможливості її проведення використовують наступні критерії: гіпо-нормотензія (при поліурії) або гіпертензія; лабораторні критерії: зниження відносної густини сечі (менше 1012 для дітей до 7 років, менше 1018 – до 18 років), протеїнурія, абактеріальна лейкоцитурія, еритроцитурія. При гострому інтерстиційному нефриті за рахунок значного зниження концентраційної функції може підвищуватись рівень креатиніну та β_2 -мікроглобуліну крові. Розвитку інтерстиційного нефриту нерідко передують інтоксикації, отруєння, гостра ниркова недостатність. Гострий інтерстиційний нефрит має тривалість до 3 місяців, хронічний – понад 3 місяці (хронічне захворювання).

Захворювання вперше описано W.Cauncilman в 1889 році як ускладнення скарлатини, а розповсюдження воно набрало пізніше, у зв'язку з впровадженням у клінічну практику сульфаніламідних препаратів у 1946 році. Загальна частота ТІН становить 0,7 на 100000 населення.

Режим	<p>Ліжковий щадний режим (протягом тижня від загострення) — період розгорнутих клінічних проявів.</p> <p>Розширення режиму (кімнатний) — при зменшенні активності патологічного процесу.</p> <p>Період ремісії — загальний режим за віком з обмеженням тривалого ортостатичного навантаження, виключенням переохолоджень.</p> <p>Протипоказані фізичні та психологічні навантаження, переохолодження.</p>
Дієта	<p>Лікувальне харчування з виключенням алергенних та екстрактивних речовин (надмірної кількості солі, спецій; бульйонів, консервів, кави, шоколаду).</p> <p>Питний режим з розрахунку 25-50 мл/кг/добу (достатність питного режиму оцінюється за величиною діурезу - 1,5-2 л) під контролем своєчасного опорожнення сечового міхура (не рідше 1 разу на 2-3 години).</p> <p>Прийом рідини може обмежуватись при порушенні функції нирок, артеріальної гіпертензії, обструктивних уропатіях. Питний режим включає чай, лужну мінеральну воду, чисту воду, компоти (з сухофруктів), молочні продукти, фітотерапію. При лужній реакції сечі показано збільшення кислих валентностей - морси, напої з журавлини, брусниці, тощо.</p> <p>Поза загостренням, при нормальному артеріальному тиску, прийом солі може не обмежуватись.</p>
Госпіталізація	<p>При загостренні захворювання, клінічна картина (біль в поперековій області, гіпо- нормотензія (при поліурії) або гіпертензія. зниження відносної густини сечі (менше 1012 для дітей до 7 років, менше 1018 — до 18 років), протеїнурія, абактеріальна лейкоцитурія, еритроцитурія.</p> <p>При гострому інтерстиційному нефриті за рахунок значного зниження концентраційної функції може підвищуватись рівень креатиніну та альфа₂-мікроглобуліну крові.</p>

	Підвищення артеріального тиску.
Критерії ефективності лікування	Одужання – повна нормалізація показників, нормалізація АТ (1-2 тиждень), ліквідація/зменшення протеїнурії на 50% (3-6 місяць), відновлення концентраційної та еритропоетинпродукуючої функцій (3-4 рік). Повна клініко-лабораторна ремісія - повна нормалізація показників; часткова клініко-лабораторна ремісія — відсутність набряків, тенденція до нормалізації показників протеїнограми, зменшення протеїнурії; без ефекту — відсутність позитивної динаміки клініко-лабораторних показників.
Огляд спеціаліста-нефролога та інших спеціалістів	Огляд дитячого нефролога — 1 раз в 6 міс. При досягненні ремісії хворий обстежується в умовах нефрологічного стаціонару (кабінету) щорічно, амбулаторно — оглядається педіатром 1-2 рази на місяць в перший рік та щоквартально в наступному (при можливості — нефрологом не рідше 1 разу в 6 місяців), обстеження у ЛОР, стоматолога, гінеколога, уролога (бажано — 1 раз в 6 місяців).
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	Протирецидивне лікування проводиться від 2 місяців до 5 років. Лікування інтерстиційного нефриту передбачає нормалізацію артеріального тиску, ліквідацію протеїнурії та гальмування/відновлення функцій нирок. Препаратами вибору є іАПФ, БРА (категорія А), цитостатики (категорія В), антитромбоцитарні препарати (категорія С), еритропоетинстимулюючі агенти (категорія А). При всіх варіантах ТІН показана фітотерапія з метою покращення уро- та лімфодинаміки, зменшення асептичного запалення (мати й мачуха, череда, м'ята, овес) протягом 2 тижнів кожного місяця, стимулятори неспецифічного імунітету (лізоцим, продигіозан), застосування препаратів, які підтримують нирковий плазмообіг (ліпін), вітамінні препарати. Розвиток хронічної ниркової недостатності (ХНН) на тлі хронічного ТІН потребує заходів націлених на гальмування факторів її прогресування. Ренопротекторні впливи дієти, корекції кальцієво-фосфатних розладів, гіпертензії, рівня протеїнурії, анемії, припинення паління вже доведені. Інші заходи, такі як доцільність застосування статинів, протизапальних та антиоксидантних препаратів ще оцінюються. Принципи лікування ТІН у стадії ХНН див. відповідному Протоколі.
Додаткові дослідження	доплерографія судин нирок, добовий моніторинг артеріального тиску, ангіографія судин нирок, комп'ютерна томографія нирок, магніторезонансне дослідження нирок (за необхідності).

Санаторно-курортне лікування	Можливо лікування в умовах місцевих нефрологічних санаторіїв в період ремісії (загально-укріплюючий ефект).
------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Згідно позицій міжнародних рекомендацій KDIGO-2012 з лікування гломерулонефритів, у дітей слід виділяти 7 патоморфологічних варіантів перебігу гломерулонефритів: стероїдчутливий нефротичний синдром (СЧНС), стероїд резистентний нефротичний синдром (СРНС), ідіопатична мембранозна нефропатія (ІМН), ідіопатична мембранопроліферативний гломерулонефрит (ІМППН), імуноглобулін-А нефропатія (ІГАН), нефрит при пурпурі Шенляйн-Геноха (ГШГ), вовчаковиний нефрит (ВН).

В амбулаторних умовах при диспансерному спостереженні, згідно з рекомендаціями експертів KDIGO-2012 рекомендовано застосування індивідуальних позицій спостереження в залежності від варіанту гломерулонефритута та періоду його перебігу.

Імунізація дітей з гломерулонефритом.

Вакцинація під час імуносупресивної терапії проводиться тільки по епідеміологічним показанням, а після завершення - за індивідуальним графіком, з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та антигістамінних препаратів (7-10 днів напередодні і після вакцинації).

Проведення реакції Манту – за графіком.

Дітям з СЧНС:

- проводити дітям проти-пневмококову вакцинацію;
- щорічно проводити вакцинацію проти грипу дітям, та всім, хто мешкає з ним разом;
- відкласти вакцинацію живими вакцинами до того часу, доки доза преднізолону не буде знижена до до 1мг/ег щоденно (<20 мг/добу) або до 2мг/кг через день (<40 мг через день);
- живі вакцини протипоказані дітям, що отримують кортикоїдзберігаючі імуносупресивні препарати;
- для зменшення ризику інфікування дітей зі зниженим імунітетом – потрібно імунізувати здорових людей, що мешкають разом з дітьми, живими вакцинами, але забезпечити відсутність контакту дітей з їх виділеннями (сечею, шлунковим трактом, дихальною системою) протягом 3-6 тижнів після вакцинації;
- при контакті з вітряною віспою – не привитим дітям, що отримують імуносупресію, при можливості призначати противорецидивне лікування.

Дисметаболічна нефропатія у дітей.

Дисметаболічна нефропатія у дітей — це група захворювань, що характеризуються інтерстиціальним процесом в нирках внаслідок порушення обміну речовин. При цьому в нирках утворюються кристали солей, що можуть сприяти виникненню інтерстиціального нефриту, сечокам'яної хвороби,

мікробно-запального процесу в нирках. Залежно від виду порушення обміну солей виділяють: гіперурикемію, гіперурикозурію, подагру, ксантинурію, хворобу Ліша-Ніхана. Дисметаболічна нефропатія у дітей клінічно може проявлятися алергічними проявами або свербінням шкіри, набряками, болями в попереку, гіпотонією, виділенням каламутної сечі. У дітей дисметаболічна нефропатія зазвичай вперше діагностується при дослідженні загального аналізу сечі; розширена діагностика включає УЗД нирок, біохімічний аналіз сечі. Лікування дисметаболической нефропатії у дітей проводиться з урахуванням її виду та включає дієту, медикаментозну корекцію метаболічних порушень і фізико-хімічних властивостей сечі, фітотерапію.

Режим	У періоді розгорнутих клінічних проявів — ліжковий щадний режим до моменту зникнення клінічної симптоматики. Після завершення програми лікування розширюється режим — дозволяється відвідання школи зі звільненням від фізкультури або обмеженням занять на снарядах, на вулиці в холодну пору року. Дошкільнятам не рекомендується постійне відвідання дитячих колективів у зв'язку з ризиком приєднання дитячих та вірусних інфекцій, що можуть спровокувати рецидив ПН та ІН.
Дієта	Залежно від виду нефропатії (уратурія, гіпероксалурія, фосфатурія) обмеження різних видів продуктів, в тому числі (надмірної кількості солі, спецій, бульйонів, консервів, кави, шоколаду). Вживання мінеральних вод 3–5 мл/кг/добу маси тіла (на один прийом не більше 200 мл).
Госпіталізація	При появі симптомів захворювання, больового або дизурічного синдромів.
Критерії ефективності лікування	Покращення клінічного стану, нормалізація аналізів сечі, збереження стійкої ремісії.
Огляд спеціаліста-нефролога та інших спеціалістів	Діти з дисметаболічною нефропатією повинні знаходитися на диспансерному обліку у дитячого нефролога, контролювати загальний аналіз сечі 1 раз на місяць (за наявності інфекції сечовивідних шляхів 1 раз на 2 тижні), аналіз транспорту солей та УЗД нирок — 1 раз на 6 місяців, поглиблене обстеження в умовах стаціонару проходити 1 раз на рік. Контроль за нирковими функціями з визначенням швидкості клубочкової фільтрації. З урахуванням концепції хронічної хвороби нирок урологічного підходу до даних пацієнтів недостатньо. Нefрологічна складова вкрай необхідна для профілактики обмінних нефропатій з метою попередження розвитку ускладнень.
Об'єм та тривалість курсів протирецидивного лікування	Дотримання дієти на протязі всього життя. Періодично призначаються курси лікування. Добова доза алопуринолу становить 5 мг/кг маси тіла (але не більше 200-300 мг), і призначають за 2-3 прийоми впродовж 3-6 міс і більше; колхіцин застосовують по 0,5-2 мг за день щонайменше впродовж 18 міс.; бензобромарон призначають по 50-100 мг за добу на стандартну поверхню тіла 2-3 рази за день впродовж 2-3

	місяців у поєднанні з салуретиками і натрію цитратом для збереження рН сечі в межах 6,2-6,6; оротова кислота добова доза становить 2-3 мг, курс лікування 2-3 тижні; уродан впродовж 30-40 днів; цитратні препарати (магурліт, уроліт U, солімок, блемарен) — доза пібирається індивідуально на основі використання індикатора рН сечі, яка не повинна перевищувати 6,7-7,0.
Додаткові дослідження	В залежності від супутньої патології.
Санаторно-курортне лікування	Проводиться в умовах місцевих та республіканських санаторіїв (м. Трускавець «Джерело» тривалість 21 день) продовження прийому етіотропної терапії, ЛФК.

Вакцинація проводиться за графіком профілактичних щеплень, але не раніше ніж через місяць від початку ремісії з обов'язковим попереднім обстеженням (аналіз крові клінічний та біохімічний, аналіз сечі), на фоні гіпоалергенної дієти та, в деяких випадках, антигістамінних препаратів (5-7 днів напередодні і після вакцинації). Реакція Манту – за графіком.

З урахуванням позицій Європейської асоціації урологів (European Association of Urology 2015 та Clinical guidelines for kidney transplantation 2015) слід проводити **предтрансплантаційну імунізацію**.

Всі потенційні одержувачі трансплантації повинні були імунізовані перед пересадкою згідно з історією минулої імунізації.

Пацієнти повинні отримувати такі щеплення перед трансплантацією:

- Дифтерія, столбняк, кашлюк
- Інактивована поліомієлітна вакцина
- Гепатит Б
- Менінгококова (парний)
- Пневмококкова (парний і / або полісахарид)
- Ніб-інфекція
- Грип
- Кір, паротит, краснуха
- Вітряної оспи

Живі вакцини (кір, паротит, краснуха), адміністративні функції до пересадки повинні бути завершені принаймні, за шість тижнів до трансплантації.

Щорічно імунізація грипу вказується для всіх імунодефіцитом осіб.

Тести

Дівчинка 12 років, скаржиться на часті, болючі сечовипускання, підвищення температури тіла до субфебрильних цифр, дратівливість, порушення сну, енурез. Хвора другий день, пов'язує захворювання з

переохолодженням. Симптом Пастернацького негативний, аналізі сечі незмінена еритроцитурія, лейкоцитурія, бактеріурія. Вкажіть найбільш вірогідний діагноз.

- A** *Цистит
- B** Вульвіт
- C** Пієлонефрит
- D** Гломерулонефрит
- E** Дисметаболическа нефропатія

У дівчинки 6 років на фоні ГРВІ з'явилися зміни в аналізі сечі: сліди білку, лейкоцити 30-40 в п/з, еритроцити (свіжі) 10-12 в п/з. Артеріальний тиск 100/60 мм.рт.ст. Який з приведених діагнозів найбільш вірогідний?

- A** * Гострий цистит
- B** Гострий гломерулонефрит
- C** Геморагічний васкуліт
- D** Вульвовагініт
- E** Сечокам'яна хвороба

Дівчина 14 років поступила до гастроентерологічного відділення зі скаргами на майже постійний біль в правому підребір'ї, нудоту, головний біль, періодичне підвищення температури тіла до 37,5°C. Об'єктивно: блідість шкіряних покривів, "синці" під очима, язик обкладений білим нальотом, сухий. При пальпації живота біль в ділянці жовчного міхура, позитивні симптоми Кера, Ортнера, Мерфі. При ультразвуковому дослідженні виявлено потовщення та ущільнення стінок, неоднорідність вмісту жовчного міхура, уповільнена евакуація жовчі. В аналізі крові: Лейк. - 12,2 Г/л, сегм. - 68%, еоз. - 4%, лімф. - 25%, мон. - 3%, ШОЕ - 20 мм/год. Найбільш вірогідний діагноз?

- A** *Хронічний холецистит, період загострення
- B** Хронічний гастродуоденіт, період загострення
- C** Виразкова хвороба 12-палої кишки
- D** Дискінезія жовчовивідних шляхів
- E** Хронічний панкреатит, період загострення

Хлопчик 9 років скаржиться на слабкість, підвищення температури тіла до 38°C, біль в животі, випорожнення до 10-12 разів на добу, з домішками слизу, крові. В анамнезі алергія на цитрусові, молоко, шоколад. Декілька разів лікувався в інфекційному відділенні з діагнозами: дизентерія і сальмонельоз, які не були підтверджені бактеріологічно. Був запідозрений неспецифічний

виразковий коліт. Який метод обстеження найбільш вірогідно підтвердить діагноз?

- A** *Колоноскопія
- B** Копрологічне дослідження
- C** Імунологічне дослідження крові
- D** Алергометричне тестування
- E** Ректороманоскопія

Хлопчик 10 років з асоціальної сім'ї хворіє на цукровий діабет типу 1 протягом 7 років. Режиму дієтотерапії та інсулінотерапії не дотримується. Неодноразово розвивались тяжкі кетоацидотичні стани. Об'єктивно: відстає у фізичному розвитку, ожиріння за кушингоїдним типом, рубець щик, печінка на 4-8 см виступає з-під краю реберної дуги (протягом доби розміри печінки змінюються). Рівень глікемії натщесерце - 8,5 ммоль/л, після прийому їжі (пік) - 16,8 ммоль/л; рівень глікозильованого гемоглобіну - 12%. Якою повинна бути лікувальна тактика в даному випадку?

- A** *Оптимізація дієти та режиму інсулінотерапії
- B** Призначення анаболічних стероїдів
- C** Призначення ліпотропних препаратів
- D** Призначення антиоксидантів
- E** Призначення інгібіторів ангіотензинперетворюючого ферменту

Дівчинка 13 років протягом 5 років скаржиться на біль у правому підребер'ї, що віддає у праву лопатку, приступи болю пов'язані з порушенням дієти, вони нетривалі, легко знімаються спазмолітичними засобами. Під час приступу болю пальпація живота болісна, максимально в точці проекції жовчного міхура. З найбільшою вірогідністю у хворого має місце:

- A** * Дискінезія жовчовивідних шляхів
- B** Хронічний холецистит
- C** Хронічний гастродуоденіт
- D** Хронічний панкреатит
- E** Виразкова хвороба 12-палої кишки

Дівчинка 13 років з виразковою хворобою дванадцятипалої кишки знаходиться на диспансерному обліку протягом року. Який термін диспансеризації після загострення виразкової хвороби?

- A** * 5 років
- B** 4 роки
- C** 3 роки

- D** 2 роки
- E** 1 рік

Дівчинка 7 років скаржиться на біль тупого ниючого характеру в правому підребер'ї, що турбує після вживання жирної їжі, періодично - нудоту, поганий апетит, втомлюваність, головний біль. Печінка виступає з-під краю реберної дуги на 2 см, болюча. Позитивні симптоми Ортнера, Мерфі. При дуоденальному зондуванні виявлено наявність запальних елементів в міхуровій та печінковій порціях жовчі. Який діагноз найбільш ймовірний за даними ознаками?

- A** * Хронічний холецистохолангіт
- B** Хронічний гепатит.
- C** Гострий вірусний гепатит
- D** Атрезія жовчовивідних шляхів.
- E** Дискенезія жовчовивідних шляхів

Дитині 7 років. Скаржиться на біль приступоподібного характеру, який виникає після психічного навантаження, вживання холодних напоїв, морозива. Після клініко-інструментального обстеження виставлений діагноз хронічний холецистит з дискінезією жовчного міхура по гіперт. Типу. Препарати яких груп слід призначити в першу чергу для лікування?

- A** * Спазмолітики та холеретики.
- B** Холеретики та холекінетики.
- C** Седативні та холекінетики.
- D** Антиоксиданти.
- E** Антибіотики.

У хлопчика 9 років із скаргами на болі в епігастрії натще, в нічний час, нудоту, блювання, печію, головний біль, в результаті клініко-параклінічного обстеження діагностовано виразку шлунка. Вкажіть порядковий номер дієти по Певзнеру, з якої Вирозпочнете лікувальне харчування даного хворого:

- A** *1а протягом тижня
- B** 1в протягом 1,5 тижня
- C** 1б протягом 2 тижнів
- D** 1а протягом місяця
- E** 15 протягом 3 тижнів

У дівчинки 12 років протягом 2 років є скарги на біль в животі, переважно після порушення дієти, нудоту, печію, кисле відригування. Яке дослідження є найбільш доцільним для верифікації діагнозу?

- A** * Фіброгастродуоденоскопія.
- B** Фракційне дослідження вмісту шлунка.
- C** Контрастна рентгеноскопія шлунка.
- D** Інтрагастральна рН-метрія
- E** Електрогастрографія.

Хлопчик 6 років поступив із скаргами на набряки обличчя, головні болі, червоний колір сечі. При огляді артеріальний тиск 140/90 мм.рт.ст. В аналізах сечі білок 1,2 Г/л, еритроцити на все поле зору. Який діагноз найбільш вірогідний ?

- A** *Гострий гломерулонефрит
- B** Нефролітиаз
- C** Туберкульоз нирок
- D** Інтерстеційний нефрит
- E** Піелонефрит

У дівчинки 6 років на фоні ГРВІ з'явилися зміни в аналізі сечі: сліди білку, лейкоцити 30-40 в п/з, еритроцити (свіжі) 10-12 в п/з. Артеріальний тиск 100/60 мм.рт.ст. Який з приведених діагнозів найбільш вірогідний?

- A** * Інфекція сечовивідної системи
- B** Гострий гломерулонефрит
- C** Геморагічний васкуліт
- D** Вульвовагініт
- E** Сечокам'яна хвороба

У ребенка 8 лет фебрильная лихорадка, сопровождающаяся появлением мелкопятнистой сыпи розового цвета на туловище и конечностях, припуханием межфаланговых суставов кистей. Кроме того, имеют место "утренняя скованность", признаки экссудативного перикардита, увеличение периферических лимфатических узлов, печени и селезенки. Какое заболевание у ребенка следует предположить?

- A** * Ювенильный ревматоидный артрит
- B** Ревматизм
- C** Остеомиелит, септическая форма
- D** Системное заболевание соединительной ткани
- E** Инфекционно-аллергический полиартрит

Хлопчик 10 років, що переніс першу атаку ревматизму з проявами ендоміокардиту та поліартриту лікувався у спеціалізованому відділенні. Який з

препаратів доцільно використати для вторинної профілактики захворювання у цьому випадку?

- A** * Біцилін-5
- B** Еритроміцин
- C** Біцилін-1
- D** Біцилін-3
- E** Лінкоміцин

Мати 6-місячної дитини скаржиться на наявність у неї задишки, нав'язливого кашлю, відмову від грудей. На 2-му місяці вагітності жінка перенесла вірусну інфекцію. При огляді стан тяжкий, дитина зниженого харчування, пероральний та акроціаноз. ЧД 70 за 1 хв, ЧСС 168 за 1 хв. Зліва в нижній відділах вислуховуються мілко пухирчаті вологі хрипи, ліва межа відносної серцевої тупості на 3 см зовні лівої середньо ключичної лінії, права на 1 см зовні правої парастернальної лінії, над всіма відділами серця вислуховується грубий сістолічний шум, проводиться на спину. На верхівці мезодіастолічний шум, акцент II тону над легеневою артерією.

- A** *Дефект міжшлуночкової перетинки
- B** Аномалія Ебштейна.
- C** Коарктація аорти.
- D** Хвороба Фалло.
- E** Відкрита баталова протока.

На прийомі у лікаря після об'єктивного клінічного обстеження дитини 12-ти років встановлений діагноз: пролапс мітрального клапана. Який з додаткових інструментальних методів обстеження необхідно провести для підтвердження діагнозу?

- A** *Ехокардіографія
- B** Рентгенографія органів грудної клітки
- C** ФКГ
- D** ЄКГ
- E** Велоергометрія

Дитині 5 років. Знаходиться на диспансерному обліку у кардіолога з приводу вродженої вади серця. Мати звернулась до лікаря зі скаргами на появу задишки при фізичному навантаженні та у спокої, нестійкі набряки гомілок і стоп, які під кінець дня посилюються і зникають після нічного сну. З анамнезу відомо, що 3 тижні назад дитина перехворіла на ангіну. Вкажіть походження периферичних набряків.

- A** *Серцеве
- B** Ортостатичне
- C** Цирротичне
- D** Ниркове
- E** Внаслідок тромбофлебіту

Дитина 5 років надійшла до лікарні із скаргами на температуру 38⁰С та біль у правому боці. Відомо, що хворіє тиждень. Об'єктивно: стан тяжкий, що обумовлено інтоксикацією та дихальною недостатністю по змішаному типу. Перкуторно: праворуч нижче угла лопатки тупий звук, аускультативно – жорстке дихання, під лопаткою праворуч – відсутність дихальних шумів. Лейкоцитоз з нейтрофільним зсуванням ліворуч, підвищена ШЗЕ. Ваш діагноз?

- A** *Плеврит
- B** Пневмонія
- C** Обструктивний бронхіт

6-ти річна дитина упродовж року скаржиться на сухий кашель, іноді з виділенням незначної кількості харкотиння. Після перенесеної респіраторної інфекції кашель підсилюється, особливо після сну. Над легеньми-непостійні розсіяні сухі і вологі середньо-міхурцеві хрипи. Рентгенологічно- фіброзні тяжі, інфільтрація коренів легень, нечіткість їх контурів. При бронхоскопії-катарально-гнійний ендобронхіт. Яке фонове захворювання виявлене при обстеженні?

- A** * Хронічний бронхіт.
- B** Вогнищеву пневмонію.
- C** Бронхіальну астму.
- D** Туберкульоз легень.
- E** Гострий бронхіт.

У приймальне відділення звернулися батьки хлопчика 7 років з приводу того, що на протязі 9-х місяців дитину турбують болі у правому колінному суглобі, останнім часом мати помітила деяке обмеження рухів у правій нозі та ранкову скутість дитини, яка зникає під вечір. Яке захворювання наймовірніше має місце у дитини?

- A** *Ювенільний ревматоїдний артрит
- B** Ревматизм
- C** Остеомієліт колінного суглоба
- D** Реактивний артрит
- E** Травматичний артрит

У приймальне відділення дитячої лікарні поступила 11-місячна дівчинка. Скарги на приступоподібний кашель, який різко підсилюється при зміні положення тіла. З анамнезу відомо, що дівчинка захворіла вперше. Захворювання почалось гостро з появи приступоподібного кашлю під час годування дитини, інспіраторної задишки. Об'єктивно: t_0 36,80С, ЧД–65', ЧСС–120'. При перкусії - над правою легенею отримуємо коробковий звук. При аускультії – асиметрія фізикальних даних, сухі хрипи з обох сторін.

Рентгенографія органів грудної клітки: зміщення середостіння вліво. Яке обстеження слід терміново провести?

- A** *Бронхоскопія
- B** Загальний аналіз крові
- C** Бронхографія
- D** Комп'ютерна томографія легень
- E** Ехокардіографія

Основна література

1. Нова редакція «Протоколу лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиційним нефритом» підготовлена на виконання п.3 наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча нефрологія» за №365 від 20.07.05.».
2. Наказ МОЗ України від 28.12.2002 N 502 Про затвердження Тимчасових нормативів надання медичної допомоги дитячому населенню в умовах амбулаторно-поліклінічних закладів.
3. Наказ МОЗ від 31.08.2004 №436 «Про затвердження Протоколу лікування дітей з гострим та хронічним гломерулонефритом».

4. Наказ МОЗ України № 271 от 13.06.2005 "Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Гастроентерологія".
5. Наказ МОЗ України від 20.07.2005 №365 «Про затвердження Протоколів лікування дітей за спеціальністю «Дитяча нефрологія».
6. Наказ МОЗ України від 08.10.2013 № 868 "Про затвердження та впровадження медико технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при бронхіальній астмі"
7. Протокол діагностики та лікування серцевої недостатності у дітей // Наказ МОЗ України від 19.07.2005 №362.
8. Наказ МОЗ України №254 “Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча кардіоревматологія»”.
9. Про затвердження протоколу медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні: Наказ МОЗ України від 29.08.2006. № 584 // Офіційний вісник України.
10. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Кашель у дітей віком від шести років» // Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 8 червня 2015 р. № 327
11. Нова редакція «Протоколу лікування дітей з інфекціями сечової системи і тубулоінтерстиційним нефритом» підготовлена на виконання п.3 наказу МОЗ України «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча нефрологія» за №365 від 20.07.05.».
12. Guidelines on the Management of Urinary and Male Genital Tract Infections//EAU, 2006:
13. KDIGO Clinical Practice Guideline for Glomerulonephritis Kidney International supplements Volume 2/ issue 2/ June 2012.
14. Logvinova O.L. Early echocardiographic`s markers of chronic lung heart of children with a new form of bronchopulmonary dysplasia / O.L. Logvinova, A.D. Boychenko, A.V. Senatorova // The new Armenian medical journal – 2015.– Vol. 9, № 1. – С. 54–57.
15. Агашков В.С. Бронхолегенева дисплазія у новонароджених / В.С. Агашков, Т.М. Кліменко //Проблеми сучасної науки та освіти. – 2010. – № 4. – С. 83-86.
16. Белозеров // Педиатрия и детская хирургия. – 2010. – № .1. – С. 87–90.

17. Белозеров Ю.М. Детская кардиология – М.:МЕДпресс-информ,2004. -598
18. Бронхолегенева дисплазія: неонатальний та постнеонатальний моніторинг / Г.С. Сенаторова, О.Л. Логвінова, В.Ф. Лапшин, Г.Р. Муратов, Н.В. Башкірова // Издательский дом Заславский - Киев: 2015 - 241 с.
19. Возианов А.Ф., Майданник В.Г. Основы нефрологии детского возраста. / А.Ф. Возианов. – К., - 2002г. – 348 с.
20. Волосовець О.П.,Кривопустов С.П. Сучасні підходи до діагностики та лікування гострої серцевої недостатності у дітей // Нова медицина. – 202.- №3.- с 54-62.
21. Давидова І.В. Формирование течение и исходы бронхолегочной дисплазии у детей: автореф. дис.д-ра мед. наук / І.В. Давидова – Москва, 2010. – 47 с.
22. Дитячі хвороби. / за ред. Т.В. Сорокман, В.П. Пішака, – Чернівці: Медуніверситет, 2009.- 603 с.
23. Досвід лікування дітей у світі доводить, що патогенетична медикаментозна терапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує термін госпіталізації («Pediatric Gastroesophagea I Reflux Clinical Practice Guidelines», 2009)
24. Логвінова О.Л. Аналіз стану респіраторної системи дітей з бронхолегеневою дисплазією за допомогою спіральної комп'ютерної томографії / Г.С. Сенаторова, О.Л. Логвінова, Н.В. Башкірова // Актуальні питання педіатрії, акушерства та гінекології – 2015. – № 1 (15). – С. 81–83.
25. Логвінова О.Л. Особливості кислотно-лужного, електролітного станів крові та газообміну дітей з бронхолегеневою дисплазією / О.Л. Логвінова // Експериментальна і клінічна медицина – 2015. – № 1 (66). – С. 111–115.
26. Майданник В.Г., Бутиліна О.В. Клінічна діагностика в педіатрії. К.: «Дорадо- друк», 2012.- 286 с.
27. Нарушения сердечного ритма у детей после хирургической коррекции врожденных пороков сердца / Сенаторова А.С., Гончарь М.А., Хаин М.А. и др. // Анналы аритмологии. – 2005. – № 2 (приложение). – С.264.
28. Овсянніков Д.Ю. Система оказания медицинской помощи детям, страдающим бронхолегочной дисплазией / Д.Ю. Овсянніков. – М.: МДВ, 2010. – 151с.
29. Педіатричні аспекти «Ведення дітей з природженими вадами серця» / за ред.. проф.О.П.Волосовця, проф.Г.С.Сенаторової, доц.М.О.Гончарь – Тернопіль ТДМУ «Укрмедкнига» 2008.

30. Педіатрія Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації / за ред. проф.. О.В.Тяжкої / Видання 3-тє. – Вінниця: Нова книга, 2009. – 1136 с.
31. Педіатрія: національний підручник: у 2 томах Т 2. / За ред. Професора В.В.Бережного. – К. – 2013. – 1024с.
32. Сенаторова А.С., Галдина И.М. Современное состояние вопроса диагностики и лечения детей раннего возраста с сердечной недостаточностью // Современная педиатрия. – 2004. - № 1(2). – С. 41-46.
33. Сенаторова Г.С. Роль поліморфізму гена ММП-1 (1607insG) у формуванні бронхолегеневої дисплазії у новонароджених / О.Л. Логвінова, О.Л. Логвінова, О.В. Омельченко, О.Л. Онікієнко // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина – 2015. – Т. 5. – № 1 (15). – С. 33–36.
34. Сердечная недостаточность у детей с врожденными пороками сердца в послеоперационном периоде / М.А.Гончарь, А.С.Сенаторова, А.И.Страшок и др. // Таврический медико-биологический вестник. – 2007 – Т. 10, № 2. – С.111

Додаткова література

1. Banker A, Gupta-Malhotra M, Syamasundar Rao P. Childhood hypertension: a review. J Hypertens. [Электронный ресурс] Dec 2013. 2(4):128. – Режим доступа: <http://www.omicsgroup.org/journals/childhood-hypertension-a-review-2167-1095.1000128.php?aid=19346>
2. Berger R.M. Clinical features of paediatric pulmonary hypertension: a registry study / M. Beghetti, T. Humpl, G.E. Raskob et al. // Lancet. – 2012. – Vol. 9815. – P. 537–546.
3. Bronchopulmonary dysplasia: the earliest and perhaps the longest lasting obstructive lung disease in humans / S. Carraro, M. Filippone, L. Da Dalt // Early Hum Dev. – 2013. – № 89. – P. 3–5.
4. Donna J Fisher. Pediatric Urinary Tract Infection [Электронный ресурс]/ Donna J Fisher, Leslie L Barton, Ann G Eglund, Terrance K Eglund, // Updated: Jun 18, 2015. – Режим доступа: <http://emedicine.medscape.com/article/969643-overview>
5. Edwin Rodriguez-Cruz. Pediatric Hypertension [Электронный ресурс] / Updated: Jul 17, 2015. – Режим доступа: <http://emedicine.medscape.com/article/889877-overview>

6. Girish D Sharma. Pediatric Asthma [Електронний ресурс] / Updated: Sep 02, 2015. - Режим доступа: <http://emedicine.medscape.com/article/1000997-overview>
7. Global Initiative for Asthma (GINA). Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children 5 Years and Younger, updated April 2015. Available from:
http://www.ginasthma.org/local/uploads/files/GINA_PediatricPocket_2015.pdf
8. J.Mark FitzGerald Pocket Guide for Asthma Management and Prevention in Children 5 [Електронний ресурс] / J.Mark FitzGerald and other members of the GINA //Updated 2015. – Режим доступа: <http://www.ginasthma.org/documents/3>
9. John Anello Gastroenterology Guidelines: 2015 Midyear Review [Електронний ресурс] / John Anello, Brian Feinberg, John Heinegg, Richard Lindsey, Cristina Wojdylo, Olivia Wong // July 9, 2015. – Режим доступа: <http://reference.medscape.com/features/slideshow/guidelines-review/2015/midyear-review/gastro>
10. National Health Interview Survey, National Center for Health Statistics. CDC. Available at <http://www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/ashtma03-05/asthma03-05.htm>.
11. Sanjeev Gulati, MD. Chronic Kidney Disease in Children / Sanjeev Gulati, Mary L Windle, Frederick J Kaskel // Updated: Jan 21, 2015. – Режим доступа: <http://emedicine.medscape.com/article/984358-overview>
12. Нефрология детского возраста / под ред. Акад. РАМН. проф. В.А. Таболина, проф. С.В. Бельмера, проф. И.М. Османова. // М.: Медпрактика, 2005. – С. 712.
13. Педіатрія в практиці сімейного лікаря : навч. посібник для студ. вищ. мед. навч. закладів III-IV рівнів акредитації / ред. Н. В. Банадига. - Т. : ТДМУ; Т. : Укрмедкнига, 2008. - 340 с.
14. Пиріг Л.А. Хронічна ниркова недостатність / Л.А.Пиріг, Д.Д.Іванов, О.І.Таран та інші – К.: Аврора – плюс, 2004. – 96 с.
15. Ситуаційні завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г.Майданника.-К., 2006.-204 с.
16. Тестові завдання з педіатрії / За ред. чл.-кор. АМН України, проф. В.Г.Майданника.-К., 2007.-429 с
17. Acute bronchiolitis / [Електронний ресурс] // Paediatric respiratory diseases.

- Режим доступа: <http://www.erswhitebook.org/chapters/paediatric-respiratory-diseases/acute-bronchiolitis/>
- 18. Wright M, Piedimonte G. Respiratory syncytial virus prevention and therapy: past, present and future. *Pediatr Pulmonol* 2011; 46: 324–347.