# ПРИНЦИПИ ІНТЕГРОВАНОГО ПІДХОДУ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ДІТЯМ ПЕРШИХ П'ЯТИ РОКІВ ЖИТТЯ З ПРОБЛЕМАМИ ВУХА

***Навчальний посібник***
***для самостійної роботи слухачів циклів тематичного удосконалення та спеціалізації, лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини***

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ**
**Харківський національний медичний університет**

# ПРИНЦИПИ ІНТЕГРОВАНОГО ПІДХОДУ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ДІТЯМ ПЕРШИХ П'ЯТИ РОКІВ ЖИТТЯ З ПРОБЛЕМАМИ ВУХА

***Навчальний посібник***
***для самостійної роботи слухачів циклів тематичного удосконалення та спеціалізації, лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини***

**Харків**
**ХНМУ**
**2023**

УДК 616.28-053.4-036-07-08(075.4/.9)
П76

Затверджено Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 9 від 28.09.2023.

**Авторський колектив**
З. В. Єлоєва, Т. О. Філонова, К. Б. Гарбар,
С. О. Матвієнко, Г. В. Кривошей

**Рецензенти**
*Н. С. Шевченко* – д-р мед. наук, проф. (Харк. нац. ун-т ім. В. Н. Каразіна).
*Л. І. Рак* – д-р мед. наук, ст. наук. співр. (ДУ «Ін-т охорони здоров'я дітей та підлітків Нац. акад. мед. наук України»).

П76 Принципи інтегрованого підходу до надання медичної допомоги на догоспітальному етапі дітям перших п'яти років життя з проблемами вуха : навч. посіб. для самост. роботи слухачів циклів тематичного удосконалення та спеціалізації, лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини / З. В. Єлоєва, Т. О. Філонова, К. Б. Гарбар та ін. Харків : ХНМУ, 2023. 40 с.

У навчальному посібнику розглянуто принципи інтегрованого підходу до надання медичної допомоги на догоспітальному етапі дітям перших п'яти років життя з проблемами вуха. Викладений матеріал передбачає структуроване подання інформації за окремими напрямками дій медичного працівника відповідно до стратегії «Інтегрованого ведення хвороб дитячого віку». Представлено сучасні принципи сортування пацієнтів дитячого віку за «правилом світлофору», корисні особливості оцінки стану, консультування батьків щодо нагляду за дитиною в домашніх умовах. Окремо розглядаються дії лікаря первинної ланки при окремих проблемах із вухом згідно зі стратегією ведення, отоскопічна характеристика стану зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки для оцінки поширених захворювань вуха. Викладений матеріал доповнюється контрольними тестовими та ситуаційними завданнями, які відповідають вимогам навчальної програми МОЗ України.

Рекомендовано для самостійної роботи слухачів курсів підвищення кваліфікації, лікарів-інтернів, лікарів загальної практики – сімейної медицини, лікарів-педіатрів.

УДК 616.28-053.4-036-07-08(075.4/.9)

©Харківський національний
медичний університет, 2023
©З. В. Єлоєва, Т. О. Філонова,
К. Б. Гарбар та ін., 2023

## ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень . . . . . 4
Перелік питань для первинного контролю знань . . . . . 4
Актуальність проблеми . . . . . 5
Стратегія ЮНІСЕФ/ВООЗ «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» 6
1. Основні принципи стратегії . . . . . 6
2. Стандартизація первинної медичної допомоги дітям . . . . . 7
3. Корисні особливості стратегії ІВХДВ . . . . . 9
4. Принцип стратегії ІВХДВ за «правилом світлофору» . . . . . 10
5. Необхідні дії медичного працівника щодо оцінки стану . . . . . 11
6. Необхідні дії медичного працівника щодо призначення лікування . . . 12
7. Необхідні дії медичного працівника щодо консультування матері з приводу лікування дитини вдома . . . . . 12
8. Необхідні дії медичного працівника щодо подальшого спостереження 13
9. Необхідні дії медичного працівника щодо профілактичних заходів . . . 13
10. Необхідні дії медичного персоналу приймальних відділень стаціонару . . . . . 14
Кадрові ресурси. Примірний перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення для використання в умовах реалізації стратегії ІВХДВ . . . . . 15
Ведення дитини віком до п'яти років життя з проблемами з вухом відповідно до стратегії ІВХДВ . . . . . 18
1. Проблеми з вухом. Класифікація. Алгоритм дій лікаря первинної ланки 18
2. Мастоїдит. Класифікація. Клініка . . . . . 19
3. Дозування лікарських засобів при виявленні проблем з вухом у дитини віком до 5 років життя . . . . . 21
4. Навчання мами дитини давати лікарський засіб у домашніх умовах та ознайомлення мами зі станами, що потребують негайного звернення до лікаря . . . . . 22
5. Алгоритм дій при хронічному отиті . . . . . 23
6. Терміни повторного огляду дитини при гострій та хронічній інфекції вуха . . . . . 23
7. Отоскопія. Оцінка стану зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки . . . . . 24
8. Отоскопічні ознаки поширених захворювань вуха . . . . . 31
Перелік тестових запитань . . . . . 35
Правильні відповіді . . . . . 37
Список використаної літератури . . . . . 39

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

**ВООЗ** – Всесвітня організація охорони здоров'я
**ІВХДВ** – Інтегроване ведення хвороб дитячого віку
**КМУ** – Кабінет Міністрів України
**ЛПМД** – Локальний протокол медичної допомоги
**МОЗ** – Міністерство охорони здоров'я
**ООН** – Організація Об'єднаних Націй
**ПМСД** – первинна медико-санітарна допомога
**УКПМД** – Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги

## ПЕРЕЛІК ПИТАНЬ ДЛЯ ПЕРВИННОГО КОНТРОЛЮ ЗНАНЬ

1. Що таке ІВХДВ? (4, 5, 6, 7, 8)*
2. Які накази МОЗ України та настанови регламентують стратегію ІВХДВ? (2, 9, 10, 11, 12)*
3. Що відноситься до загальних ознак небезпеки? (1, 3, 12, 13)*
4. За наявністю яких ознак можна запідозрити дуже тяжке захворювання у дитини віком від 0 до 2 місяців життя? (1, 3, 12, 13)*
5. За наявністю яких ознак можна запідозрити місцеву бактеріальну інфекцію у дитини віком від 0 до 2 місяців життя? (1, 3, 12, 13)*
6. Назвіть основні ознаки мастоїдиту. (1, 3, 12, 13)*
7. Укажіть алгоритм дій лікаря при гострій інфекції вуха. (1, 3, 12, 13)*
8. Укажіть терміни повторного огляду дитини при гострій та хронічній інфекції вуха. (1, 3, 12, 13)*
9. Методика проведення отоскопії у дитини віком до 5 років життя? (3, 14)*
10. Укажіть основні пункти навчання мами дитини давати лікарський засіб у домашніх умовах та ознайомлення мами зі станами, що потребують негайного звернення до лікаря. (1, 3, 12, 13)*

* У дужках наведено номер літературного джерела, в якому є відповідь на поставлене запитання.

## АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

Проблема збереження й покращання здоров'я дітей в умовах негативної медико-демографічної та економічної ситуації є пріоритетним соціальним завданням суспільства та держави. Негативні тенденції у стані здоров'я дітей усіх вікових груп, а саме: високий рівень загальної захворюваності та велика кількість вроджених вад розвитку, зростання хронічних соціально детермінованих хвороб і психічних розладів, зниження показників фізичного розвитку, резервів та адаптації вимагають від працівників усіх ланок державного апарату, особливо в галузі охорони здоров'я та освіти, вжиття ефективних заходів для покращання цих тенденцій.

Сьогодні впровадженню цих заходів приділяється особлива увага, тому що лікарі, які працюють у медичних закладах та установах північних і східних регіонів нашої країни, вимушені в надзвичайно оперативному режимі враховувати особливості ведення пацієнтів педіатричного профілю в умовах воєнних дій, забезпечувати на належному рівні медичними послугами всіх, хто їх потребує, продовжувати лікувати дітей за умов постійних ракетних та артилерійських атак, зруйнованих закладів охорони здоров'я.

У 2018 р. Постановою КМУ від 30 травня 2018 р. № 453 була затверджена державна *соціальна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини»*. Основною метою цієї програми була розробка ефективної системи захисту прав та інтересів дитини, створення дружнього до дітей середовища відповідно до міжнародних стандартів та пріоритетів Стратегії Ради Європи з прав дитини, а також досягнення Цілей Сталого Розвитку, затверджених Резолюцією Організації Об'єднаних Націй 70/1 «Перетворення нашого світу: Порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року», у частині дотримання прав дітей.

Необхідні кроки для розв'язання цих завдань були такі:

1. Створити сприятливі умови для життя та розвитку дитини, а саме:

1.1. Розробити і затвердити мінімальні стандарти благополуччя та безпеки дитини.

1.2. Від народження забезпечити дитину якісною медичною допомогою.

1.3. Запровадити нові програми профілактики дитячих захворювань.

1.4. Удосконалити превентивні заходи, спрямовані на формування здорового способу життя.

1.5. Забезпечити всіх дітей якісною освітою; створити ефективне, доступне та доброзичливе освітнє середовище, спрямоване на розвиток дитини, її талантів, розумових і фізичних здібностей.

1.6. Забезпечити культурний, моральний і духовний розвиток дитини.

2. Забезпечити рівні можливості для всіх дітей, тобто створити умови для зміцнення системи захисту прав та інтересів дітей-сиріт, дітей

з інвалідністю, дітей, позбавлених батьківського піклування, дітей-біженців, дітей національних меншин, а також дітей-іноземців; створити умови для всебічного розвитку дітей у сільській місцевості.

3. Зміцнити інститут сім'ї та сформувати серед молоді відповідальне батьківство, особливо звертаючи увагу на догляд та виховання дітей з інвалідністю.

4. Впровадити комплексні заходи щодо створення умов для повноцінного життя та соціально-психологічної реабілітації дітей, які постраждали від воєнних дій чи збройного конфлікту, а також дітей, розлучених із сім'єю, які не є громадянами України та потребують міжнародного захисту.

5. Створити безпечний інформаційний простір для дітей. Впровадити систему соціально-педагогічної роботи з батьками щодо питань безпеки дітей в інформаційному просторі.

6. Підвищити роль територіальної громади у забезпеченні прав дітей в умовах децентралізації.

Одними із очікуваних результатів у разі виконання цієї програми була забезпеченість дітей доступною якісною медичною допомогою, починаючи з народження, а також виконання не менш як на 95 % імунізації дітей першого року життя.

## СТРАТЕГІЯ ЮНІСЕФ/ВООЗ «ІНТЕГРОВАНЕ ВЕДЕННЯ ХВОРОБ ДИТЯЧОГО ВІКУ»

### 1. Основні принципи стратегії

ВООЗ та дитячим фондом ООН ЮНІСЕФ була розроблена стратегія «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (Integrated Management of Childhood Illness) для дітей віком до 5 років життя, у якій були надані алгоритми правильного ведення найбільш поширених медичних проблем у дітей цієї вікової групи, з якими найчастіше стикаються медичні працівники первинної ланки і стаціонарів.

*Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ)* – це комплексний підхід до охорони здоров'я дітей віком до 5 років життя, головним компонентом якого є здоров'я дитини в цілому. ІВХДВ включає як профілактичні, так і клінічні напрямки, спрямовані на покращання якості первинної медичної допомоги дітям. Основою стратегії ІВХДВ є клінічне ведення найбільш поширених хвороб у дітей віком до 5 років життя. Стратегія ІВХДВ приділяє особливу увагу таким аспектам, як раціональне харчування, імунізація, профілактика захворювань та пропаганда здорового способу життя. Відповідно до стратегії ІВХДВ члени сімей та громади активно залучаються до процесу надання первинної медичної допомоги (*рис. 1*).

Метою впровадження стратегії ІВХДВ є:

1. Сприяння процесам надання якісних медичних послуг дітям у закладах первинної медичної допомоги.

2. Покращення росту та розвитку дітей віком від 0 до 5 років життя.
3. Зниження рівнів захворюваності та дитячої смертності.
4. Зменшення випадків необґрунтованої госпіталізації та поліпрагмазії.
5. Сприяння раціональному призначенню антибіотиків.
6. Підвищення рівня обізнаності батьків щодо догляду за здоровою або хворою дитиною та її розвитку.

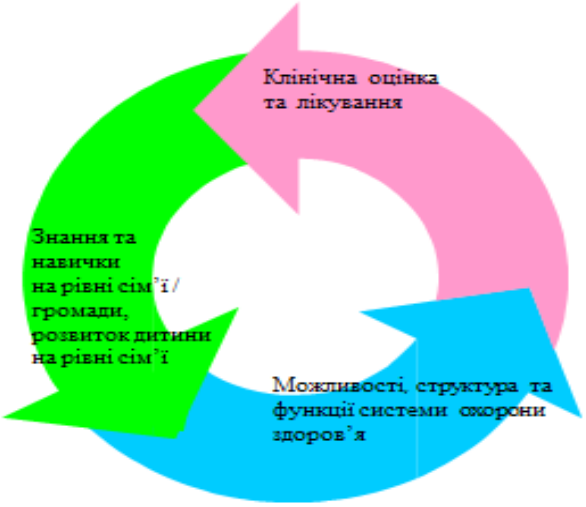


**Рис. 1.** Суть стратегії ІВХДВ.

Стратегія ІВХДВ включає три основних компоненти:

1. Удосконалення навичок медичних працівників у клінічному веденні хворих дітей віком від 0 до 2 місяців життя та від 2 місяців до 5 років життя (правильна клінічна оцінка та правильне лікування).
2. Покращення системи охорони здоров'я (мінімізація витрат).
3. Покращення догляду і харчування дітей, сприяння правильному розвитку дитини в сім'ї та громаді (знання та навички сім'ї і громади).

## 2. Стандартизація первинної медичної допомоги дітям

### Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку»

Розвиток сучасної медицини потребує постійного вдосконалення заходів щодо діагностики, лікування та профілактики дитячих хвороб з урахуванням вимог доказової медицини. Стандартизація медичної допомоги дітям передбачає розробку медико-технологічних документів, які допомагають лікарю-педіатру або лікарю загальної практики – сімейної медицини ефективно діяти в конкретних клінічних ситуаціях, уникаючи помилкових і неефективних втручань.

*Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (Наказ МОЗ України від 14.09.2021р. № 1945)* за своєю формою, структурою та методичними підходами щодо використання вимог доказової медицини було розроблено відповідно до Наказу МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» та Наказу МОЗ України від 12.05.2016 № 438 «Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги "Інтегроване ведення хвороб дитячого віку"».

У результаті проведеного аналізу причин смертності серед 10,8 млн дітей віком до 5 років життя в країнах із низьким та середнім рівнем економічного розвитку ВООЗ/ЮНІСЕФ у 90-х рр. XX ст. було встановлено, що велика частка дитячої захворюваності та смертності зумовлена гострими респіраторними інфекціями (переважно пневмонією), діареєю, корем, малярією, порушенням харчування.

Крім того, було виявлено, що вікова група дітей до 5 років є групою високого ризику летального наслідку, оскільки 90 % смертей у віці до 18 років припадає на перші п'ять років життя, а найбільший ризик смерті дитини припадає на неонатальний період (близько 44 % всіх смертельних випадків серед дітей віком до 5 років життя).

Стратегія ІВХДВ надає чіткі інструменти для покращення процесу надання ПМСД дітям віком до 5 років життя (*рис. 2*), долучаючи не тільки лікарів-педіатрів і лікарів загальної практики – сімейних лікарів, а й лікарів невідкладної медичної допомоги й лікарів приймальних відділень стаціонару.

**Рис. 2.** Інструменти ВООЗ для покращання медичної допомоги дітям віком до 5 років життя.

### 3. Корисні особливості стратегії ІВХДВ

Стратегія ІВХДВ має декілька корисних особливостей:

1. Класифікація, а не діагноз (стратегія ІВХДВ розглядає посиндромний підхід: загальні ознаки небезпеки, кашель, порушення дихання, діарею, проблеми з вухом та горлом, лихоманку, анемію, порушення харчування, наявність рахіту та СНІДу, у немовлят віком до 2 місяців життя – наявність дуже тяжкого захворювання або місцевої бактеріальної інфекції, жовтяницю, а також серед усіх дітей віком до 5 років життя питання профілактики найбільш поширених патологічних станів й питання догляду за хворою та здоровою дитиною). Відмінність між «золотим» педіатричним стандартом та стратегією ІВХДВ полягає в тому, що ІВХДВ не передбачає встановлення попереднього та заключного діагнозів, проведення диференційого діагнозу (*рис. 3*).

2. Значно зменшена кількість медикаментів для вирішення 75 % клінічних проблем: для планової терапії надається 9 лікарських засобів, для надання дошпитальної допомоги – 6 лікарських засобів.

Ланцюг «золотого» педіатричного стандарту включає такі ланки:

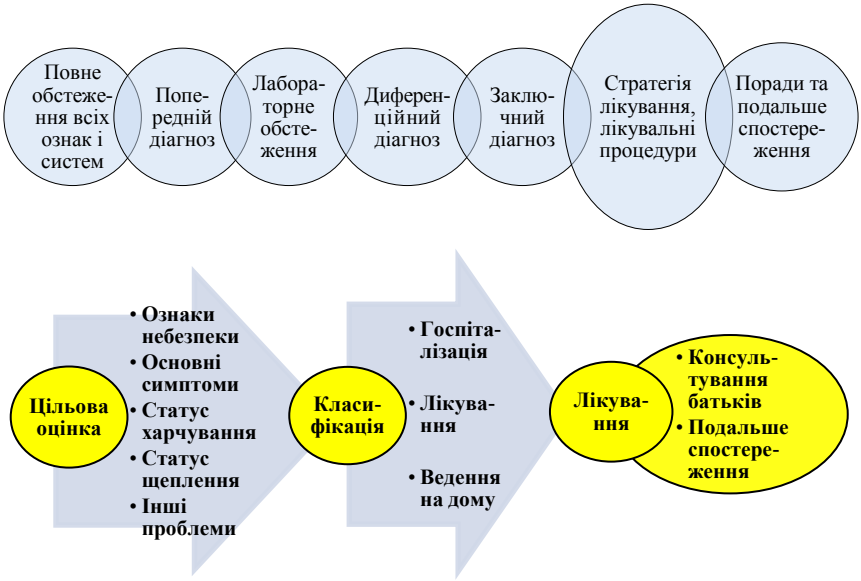


**Рис. 3.** Різниця між «золотим» педіатричним стандартом та стратегією ІВХДВ.

Підхід стратегії ІВХДВ:

1. Мінімізована кількість лабораторних досліджень.
2. Велика увага приділяється профілактичним заходам.

3. Батьки активно залучаються до процесу лікування та догляду за дитиною. Серед батьків проводяться консультації щодо питань годування, догляду за здоровою або хворою дитиною, вживання кількості рідини, а також станів, що потребують негайного звернення за медичною допомогою (первинно або повторно).

Відповідно до основних положень стратегії ІВХДВ, лікарі повинні виконувати такі кроки (*рис. 4*).

**Рис. 4.** Основні кроки стратегії ІВХДВ.

## 4. Принцип стратегії ІВХДВ за «правилом світлофору»

Принципом стратегії ІВХДВ є алгоритм надання первинної медичної допомоги за «правилом світлофору». Класифікація захворювання базується на системі кольорового кодування (*рис. 5*).

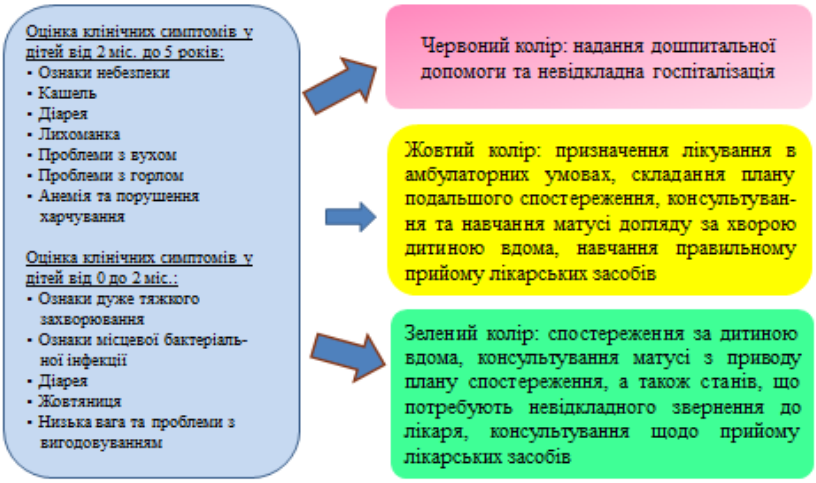


**Рис. 5**. Класифікація захворювання за «правилом світлофору».

Усі хворі діти віком до 5 років життя повинні оглядатися лікарем з метою виявлення загальних ознак небезпеки, а всі немовлята – з метою виявлення ознак дуже тяжкого захворювання. Наявність цих ознак вказує на необхідність термінового направлення дитини до стаціонару.

Якщо на момент огляду у дитини відсутні загальні ознаки небезпеки, а у немовляти – ознаки дуже тяжкого захворювання, їх необхідно оглянути на наявність основних симптомів. У дітей віком від 2 місяців до 5 років життя до основних симптомів відносять кашель, діарею, лихоманку, інфекцію вуха та біль у горлі. У немовлят віком від 0 до 2 місяців життя до основних симптомів відносять місцеву бактеріальну інфекцію, діарею та жовтяницю. Крім того, у всіх хворих дітей необхідно оцінити стан імунізації та харчування/годування, наявність анемії, ВІЛ-статус, а також інші можливі проблеми.

## 5. Необхідні дії медичного працівника щодо оцінки стану

Необхідні дії медичного працівника щодо оцінки загальних ознак небезпеки, наявності тяжкого захворювання або місцевої бактеріальної інфекції та класифікування стану дитини віком до 5 років життя:

1. Оцінити наявність загальних ознак небезпеки у дітей віком від 0 до 5 років життя:

- дитина не може пити або смоктати груди;
- дитина летаргічна або непритомна;
- дитина має блювання після кожного прийому їжі або пиття;
- дитина має судоми під час даного захворювання або вони спостерігаються під час огляду.

Дітей віком від 0 до 2 місяців життя обов'язково перевіряють на наявність симптомів дуже тяжкого захворювання та/або місцевої бактеріальної інфекції, оскільки ознаки пневмонії або інших тяжких бактеріальних інфекцій не можуть бути легко помітними у даній віковій групі.

*Ознаками дуже тяжкого захворювання та/або місцевої бактеріальної інфекції є:*

- наявність судом під час даного захворювання;
- прискорене дихання (у немовлят віком від 0 до 2 місяців життя 60 дихальних рухів за хвилину є пороговим показником, значення якого використовується для визначення прискореного дихання, і якщо у разі підрахунку ми отримуємо результат 60 дихальних рухів за хвилину або більше, необхідно повторити підрахунок, оскільки частота дихання у немовля часто буває нерегулярною; в жодному разі неможна проводити підрахунок дихальних рухів під час годування дитини);
- втягнення грудної клітки (ця ознака виникає за наявності пневмонії або іншої тяжкої бактеріальної інфекції);
- наявність пустул, почервоніння пупка, гнійні виділення з пупка або очей;

• наявність у немовляти зниженої рухливості, летаргічного стану або стану без свідомості;

• температура тіла – лихоманка або гіпотермія; лихоманка (аксилярна температура вища за 37,5 ºС або ректальна температура вища за 38,0 ºС) рідко зустрічається в перші два місяці життя, тому вона може бути єдиною ознакою тяжкої бактеріальної інфекції; немовля може реагувати на інфекцію також зниженням температури тіла – аксилярної нижче за 35,5 ºС і ректальної нижче за 36,0 ºС.

2. Визначити, чи потребує дитина госпіталізації на даний час.

3. Класифікувати стан дитини відповідно до Додатку до Наказу МОЗ України від 14.09.2021 р. № 1945.

4. Перевірити у дитини статус імунізації.

5. Перевірити призначення та дози вітаміну D.

6. Опитати матір щодо проблем її власного здоров'я.

7. З'ясувати, чи є інші проблеми у дитини зі здоров'ям.

8. Заповнити форму ведення хворої дитини відповідної вікової групи/категорії (*див.* Додаток до Наказу МОЗ України від 14.09.2021 р. № 1945).

## 6. Необхідні дії медичного працівника щодо призначення лікування

Обов'язкові: визначити тактику надання первинної медичної допомоги дитині віком до 5 років життя відповідно до класифікації її стану:

1. Рожевий ряд у Додатку: надання дошпитальної допомоги дитині та термінова її госпіталізація.

2. Жовтий ряд у Додатку: призначення лікування в амбулаторних умовах, розробка плану подальшого спостереження за дитиною та консультування матері або іншої особи, яка буде доглядати за дитиною в період її хвороби. Навчання матері правильного використання медичних препаратів, призначених дитині вдома, та пересвідчення в її розумінні.

3. Зелений ряд у Додатку: консультування матері або особи, яка доглядає за дитиною, щодо плану подальшого спостереження за дитиною вдома та станів, які потребують негайного звернення за медичною допомогою. Консультування матері щодо прийому лікарських засобів дитиною вдома.

## 7. Необхідні дії медичного працівника щодо консультування матері з приводу лікування дитини вдома

Успіх лікування дитини вдома залежить від правильного виконання рекомендацій, наданих лікарем. Навчання матері виконується у три етапи:

1) надати необхідну інформацію;
2) показати, як виконувати рекомендацію;
3) попросити маму виконати рекомендацію самостійно.

При навчанні мами необхідно:

1) використовувати зрозумілі слова та знайомі допоміжні засоби;

2) обов'язково схвалювати дії матусі за правильне виконання і тактовно виправляти її у разі помилки;

3) надавати матусі можливість виконувати рекомендації лікаря самостійно;

4) заохочувати маму ставити уточнюючі запитання і відповідати на них;

5) перевіряти, чи правильно мама зрозуміла інформацію та чи здатна вона виконувати рекомендації самостійно.

## 8. Необхідні дії медичного працівника щодо подальшого спостереження

З метою оцінювання динаміки захворювання та ефективності лікування, а також виявлення нових проблем зі здоров'ям необхідні повторні візити хворої дитини до медичного закладу. Якщо у разі чергового контролю стану хворої дитини виявляються нові проблеми, її стан знову повністю оцінюється: перевіряється наявність загальних ознак небезпеки й оцінюються всі основні симптоми, а також статус харчування дитини. Якщо у разі чергового контролю у дитини не виявляють нової патології, то таку дитину оцінюють відповідно до рекомендацій і за необхідності продовжують лікування. Якщо у дитини у разі чергового контролю виявляють декілька проблем, і її стан погіршується, або дитину лікують декілька разів з приводу загострення хронічної патології, таку дитину направляють до стаціонару.

## 9. Необхідні дії медичного працівника щодо профілактичних заходів

1. Відповідно до календаря щеплень проводити вакцинацію дітей від інфекційних хвороб контрольованими засобами імунопрофілактики.

2. Проводити планування вакцинації дитини після її одужання відповідно до календаря щеплень.

3. Призначати вітамін D з метою профілактики рахіту.

4. Проводити консультування батьків щодо здорового харчування дитини, приділяючи особливу увагу грудному вигодовуванню.

5. Надавати батькам консультації та друковані інформаційні матеріали щодо догляду за хворою дитиною вдома, а також догляду за здоровою дитиною з метою її розвитку; станів, що потребують негайного звернення за медичною допомогою; годування здорових та хворих дітей; безпеки дитини (*див*. Додаток до Наказу МОЗ України від 14.09.2021 р. № 1945).

6. Консультувати матір щодо проблем її власного здоров'я.

## 10. Необхідні дії медичного персоналу приймальних відділень стаціонару

Медичний персонал приймальних відділень повинен бути навчений основам сортування з метою виявлення хворих, які потребують невідкладної допомоги. До невідкладних ознак відносять:

- утруднене дихання;
- важкий респіраторний дистрес;
- центральний ціаноз;
- ознаки шоку (час наповнення капілярів нігтьового ложа більше ніж 3 с, має місце слабкий прискорений пульс);
- кома або судоми;
- важке зневоднення (летаргія, запалі очі, повільне розправлення шкірної складки).

Діти, що мають хоча б одну з перерахованих ознак, потребують негайного лікування для попередження летального результату.

За відсутності невідкладних ознак здійснюється пошук дітей, що мають «пріоритетні» ознаки, тобто симптоми, які вказують на високий ризик смертельного результату, а саме:

- видиме тяжке виснаження;
- вік дитини менше 2 місяців;
- набряк обох стоп;
- різка блідість долонь;
- летаргійний стан або постійна подразливість і занепокоєння;
- сильні опіки;
- будь-який респіраторний дистрес;
- термінове направлення дитини до стаціонару з іншого медичного закладу.

Наявність однієї або декількох перелічених вище ознак вимагає особливої уваги до хворої дитини в приймальному відділенні. Стан цих дітей має бути оцінений без зволікання для визначення необхідного подальшого обстеження та лікування. За відсутності невідкладних і «пріоритетних» ознак діти в приймальному відділенні обслуговуються у порядку загальної черги.

Перелік невідкладних видів лікування, які можуть бути використані в приймальному відділенні:

- заходи щодо усунення чужорідного тіла з дихальних шляхів;
- киснетерапія;
- догляд за дитиною у несвідомому стані (профілактика аспірації), у тому числі при травмі;
- внутрішньовенна інфузія у разі розвитку шоку, у дітей із тяжкими порушеннями харчування та у разі виявлення симптомів зневоднення;
- введення антиконвульсивних препаратів у разі судом;
- боротьба з гіпертермією.

Після проведення необхідних видів невідкладної терапії, якими повинні володіти всі співробітники приймального відділення стаціонару, проводиться повторна оцінка стану дитини, постановка діагнозу та лікування основної проблеми.

## КАДРОВІ РЕСУРСИ. ПРИМІРНИЙ ПЕРЕЛІК ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ ДЛЯ ВИКОРИСТАННЯ В УМОВАХ РЕАЛІЗАЦІЇ СТРАТЕГІЇ ІВХДВ

Для виконання програми ІВХДВ необхідні такі кадрові ресурси: лікар загальної практики – сімейної медицини, лікар-педіатр дільничний, медична сестра, фельдшер, акушерка. Матеріально-технічне забезпечення повинно відповідати Табелю оснащення.

Відповідно до Наказу МОЗ України від 01.02.2012 № 70 «Про впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку в Україні» затверджено Примірний перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення для використання в роботі лікарями-педіатрами та лікарями загальної практики – сімейними лікарями в умовах реалізації Стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку (*табл. 1*).

Таблиця 1

**Примірний перелік лікарських засобів та виробів медичного призначення для використання в роботі лікарями-педіатрами та лікарями загальної практики – сімейними лікарями в умовах реалізації стратегії ІВХДВ**

| Перелік найменувань | Кількість |
|---|---|
| Повивальний столик | 1 на кімнату, де оглядається дитина |
| Кушетка | 1 на кімнату, де оглядається дитина |
| Стілець для батьків | 2 на кімнату, де оглядається дитина |
| Ваги для дітей до 20 кг | 1 шт. |
| Ваги для дітей більше 20 кг | 1 шт. |
| Ростомір | 1 шт. |
| Сантиметрова стрічка (не еластична) | 1 шт. |
| Фонендоскоп педіатричний | 1 шт. |
| Отоскоп в амбулаторії | 1 шт. |
| Тонометр з дитячими манжетками в амбулаторії | 1 шт. |
| Одноразові шпателі | 5 шт. |
| Термометр (ртутний) | 1 шт. |
| Годинник з секундною стрілкою | 1 шт. |
| Одноразові шприци (1,0 мл, 2,0 мл, 5,0 мл, 10,0 мл, 20,0 мл) | 1,0 мл, 2,0 мл – по 5 шт. 5,0 мл – 20 шт. 10,0 мл, 20,0 мл – по 5 шт. |
| Одноразова стерильна система для інфузії | 5 шт. |
| Одноразові стерильні в/венні катетери | По 2 кожного розміру |

| Перелік найменувань | Кількість | |
|---|---|---|
| (розміри: 23G, 24G, 25G) | | |
| Штатив для закріплення системи в/в | 1 шт. | |
| Стерильні одноразові рукавички | 20 пар | |
| Набір для реанімації дитини: реанімаційний мішок педіатричний, маски для новонароджених та педіатрична маска | 1 набір | |
| Портативний глюкометр<br>– тест-смужки для швидкого визначення рівня глюкози в крові<br>– одноразові скарифікатори | 1 шт.<br>5 шт.<br>5 шт. | |
| Спейсери для введення інгаляційних бронходилататорів | 1 шт. | |
| Гумова груша для відсмоктування (для одноразового використання) | 3 шт. | |
| Стерильна вата | 1 уп. | |
| Марлеві серветки | 1 уп. | |
| Спирт етиловий медичний | 1 фл. (100 мл) | |
| Холодильник для зберігання вакцини та медикаментів | 1 шт. | |
| Сумка-холодильник для транспортування | 1 шт. | |
| Ємність для утилізації ампул та шприців | 2 шт. | |
| Назогастральний зонд (8 Fr; 10 Fr; 12 Fr) | 3 шт. | |
| Джгут | 1 шт. | |
| Разові пелюшки | 10 шт. | |
| Рідке мило | 1 уп. | |
| Одноразові серветки для рук | 20 шт. | |
| Дезінфікуючі засоби для обробки приміщень | 1 уп. | |
| Антисептичні засоби для рук | 1 фл. | |
| **Діти від 0 до 2 місяців (розрахунок на 1 дитину)** | | |
| Ампіцилін | 500 мг | 5 фл. |
| Гентаміцин | 80 мг – 2 мл | 5 амп. |
| Цефотаксим | 500 мг | 5 фл. |
| Діазепам | 2 мл | 1 амп. |
| 0,02 % розчин декаметоксину | 5 мл | 1 фл. |
| 0,01 % розчин мірамістину | 5 мл | 1 фл. |
| 1 % водний розчин метиленового синього | 50 мл | 1 фл. |
| ОРС | | 5 пак. |
| 10 % р-н глюкози | 200 мл | 2 фл. |
| 5 % р-н глюкози | 200 мл | 1 фл. |
| Вода для ін'єкцій | 5 мл | 20 амп. |
| Фізіологічний р-н | 200 мл | 1 фл. |
| Р-н Рінгера-лактат | 200 мл | 2 фл. |

| Перелік найменувань | Кількість | |
|---|---|---|
| **Діти від 2 місяців до 5 років (розрахунок на 1 дитину)** | | |
| Амоксицилін | Порошок для приготування суспензії 250 мг / 5 мл / 100 мл | 4 фл. |
| | Порошок для приготування суспензії 125 мг / 5 мл / 100 мл | 4 фл. |
| | Табл. 250 мг | 40 табл. |
| Цефуроксим | Порошок для приготування суспензії 125 мг / 5 мл / 100 мл | 3 фл. |
| | табл. 250 мг | 30 табл. |
| Азитроміцин | 100 мг / 5 мл / 60 мл | 1 фл. |
| | Табл. 250 мг | 5 табл. |
| Цефотаксим | 500 мг | 14 фл. |
| Левоміцетину сукцинат | 500 мг | 5 фл. |
| Діазепам | 2 мл | 1 амп. |
| Преднізолон | 30 мг–1 мл | 5 амп. |
| Дексаметазон | 8 мг–2 мл | 5 амп. |
| Сальбутамол | Аерозольний інгалятор | 1 шт. |
| ОРС | | 10 пак. |
| Р-н Рінгера-лактат | 200 мл | 5 фл. |
| 10 % р-н глюкози | 200 мл | 2 фл. |
| 5 % р-н глюкози | 200 мл | 1 фл. |
| Вода для ін'єкцій | 5 мл | 20 амп. |
| Фізіологічний р-н | 200 мл | 1 фл. |
| Вітамін А | 100 000 МО | 2 капс. |
| Вітамін $Д_3$ | 15 тис. МО – 10 мл | 1 фл. |
| Фолієва кислота | Табл. 1 мг | 30 табл. |
| Препарат заліза | 100 мл | 1 фл. |
| Парацетамол | Пероральна суспензія 120 мг / 5 мл / 100 мл | 1 фл. |
| | Супозиторії | 10 шт. |
| Ібупрофен | Пероральна суспензія 100 мг / 5 мл / 100 мл | 1 фл. |
| | Супозиторії | 10 шт. |

## ВЕДЕННЯ ДИТИНИ ВІКОМ ДО П'ЯТИ РОКІВ ЖИТТЯ З ПРОБЛЕМАМИ З ВУХОМ ВІДПОВІДНО ДО СТРАТЕГІЇ ІВХДВ

### 1. Проблеми з вухом. Класифікація. Алгоритм дій лікаря первинної ланки

Проблеми з вухом виникають доволі часто у дітей перших п'яти років життя. При проблемі з вухом у дитини оцінюються наступні показники:

- біль у вусі;
- виділення з вуха;
- якщо є виділення з вуха, то як довго;
- болючий набряк за вухом, що є ознакою мастоїдиту.

**Якщо є проблема з вухом:**

➢ *Запитайте у матері:*

- Чи є біль у вусі?
- Чи є гнійні виділення з вуха? Якщо є, то як довго?

➢ *Подивіться та оцініть:*

- Подивіться, чи є гнійні виділення з вуха?
- Перевірте, чи є болючий набряк за вухом?

✓ *Огляд вуха починають з огляду вушної раковини, ділянки за вухом і прилеглих відділів голови, шиї та обличчя.*

✓ *Потім проводять пальпацію і перкусію processus mastoideus.*

Класифікація проблем з вухом представлена наступним чином (*рис. 6*).

**Рис. 6.** Класифікація проблем з вухом.

Надання первинної медичної допомоги дітям перших п'яти років життя з проблемою з вухом відповідно до стратегії ІВХДВ здійснюється за «правилом світлофору». Класифікація захворювання базується на системі кольорового кодування (*рис. 7*).

**Рис. 7.** Алгоритм дій лікаря у разі виявлення проблеми з вухом у дитини перших 5 років життя.

## 2. Мастоїдит. Класифікація. Клініка

*Мастоїдит* – це гнійне запальне захворювання кістки processus mastoideus. Найчастіше розвивається як ускладнення гострого середнього отиту або при загостренні хронічного середнього отиту. Виникненню захворювання сприяє зниження імунітету та нераціональне лікування гострого отиту.

У разі виявлення мастоїдиту в дитини (червоний колір) їй надається дошпитальна допомога: введення першої дози антибіотиків ампіцилін + гентаміцин внутрішньом'язово, а також одна доза парацетамолу або ібупрофену при болю, враховуючи вікове дозування, після чого така дитина негайно направляється до стаціонару.

Виділяють первинний та вторинний мастоїдит (*рис. 8*).

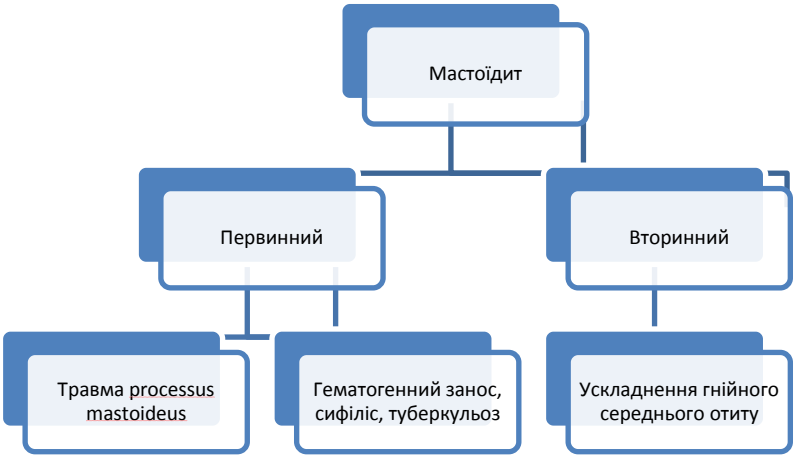


**Рис. 8.** Класифікація мастоїдиту.

*Клініка:* виділяють загальні та місцеві симптоми мастоїдиту. Загальні симптоми такі ж, як і при гострому гнійному середньому отиті:

- підвищення температури тіла;
- поява запальних змін в аналізі крові;
- на відміну від гострого середнього отиту, біль у вусі не припиняється навіть при наявності перфорації барабанної перетинки; біль дуже інтенсивний, пульсуючий.

*Місцеві симптоми:*

- біль при натисканні на processus mastoideus;
- набряк, гіперемія над processus mastoideus;
- «відстовбурчення» вушної раковини *(рис. 9)*.

*Отоскопія:* спостерігається посилення витікання гною, він стає густим. Характерним симптомом є нависання задньої верхньої стінки кісткового відділу зовнішнього слухового проходу. Іноді гній може прориватися з processus mastoideus назовні. У цьому випадку розвивається субперіостальний абсцес. Це може призвести до утворення свища, через який виділяється гній. Також можливий атиповий перебіг мастоїдиту. У цьому випадку немає перфорації барабанної перетинки і виділення гною з вуха.

У дітей першого року життя будова processus mastoideus має свої особливості: пневматизація обмежується тільки антрумом, тому в такому разі говорять не про мастоїдит, а про антрит. Антрит – це запалення слизової оболонки печери processus mastoideus, що супроводжується остеомієлітом періантральної частини кістки. Цінні дані для уточнення діагнозу надає рентгенограма processus mastoideus за Шюллером. Можна побачити вуаль, деструкцію і навіть порожнину.

**Рис. 9.** Місцеві клінічні прояви мастоїдиту в дітей.

## 3. Дозування лікарських засобів при виявленні проблем з вухом у дитини віком до 5 років життя

Введіть дитині, яку направлено до стаціонару (червоний колір) антибіотики першого ряду: ампіцилін (50 мг/кг) + гентаміцин (7,5 мг/кг) або антибіотик другого ряду: цефтріаксон (50 мг/кг):

- Ампіцилін: флакон 500 мг розвести в 2,1 мл стерильної води (500 мг/2,5 мл); якщо направлення дитини в лікарню неможливо або затримується, повторюйте ін'єкцію ампіциліну кожні 6 год.
- При підозрі на менінгіт вводять ампіцилін у дозі 200 мг/кг + гентаміцин 7,5 мг/кг 1 раз на добу. Цефтріаксон вводять у дозі 50 мг/кг при алергічній реакції на ампіцилін: флакон 500 мг розчиняють у 2,1 мл стерильної води (500 мг/2,5 мл) (*табл. 2*).
- При болі у вусі дайте дитині одну дозу парацетамолу або ібупрофену, враховуючи вік дитини та її вагу (*табл. 3*).

При амбулаторному лікуванні (жовтий колір) дайте відповідний оральний антибіотик при гострій інфекції вуха: антибіотик першого ряду – амоксицилін, антибіотик другого ряду – цефуроксиму аксетил (у разі алергії або відсутності ефекту на амоксицилін) (*табл. 4*).

Таблиця 2

**Дози антибіотиків (червоний колір)**

| Вік/Маса тіла | АМПІЦИЛІН Флакон 500 мг/2,5 мл | ГЕНТАМІЦИН Ампула 2 мл (40 мг/1 мл) | ЦЕФТРІАКСОН Флакон 500 мг/2,5 мл |
|---|---|---|---|
| Від 2 до 4 міс (4–<6 кг) | 1–1,5 мл | 0,5–1,0 мл | 1–1,5 мл |
| Від 4 до 12 міс (6–<10 кг) | 1,5–2,5 мл | 1,1–1,8 мл | 1,5–2,5 мл |
| Від 12 міс. до 3 р. (10–<14 кг) | 2,5–3,5 мл | 1,9–2,7 мл | 2,5–3,5 мл |
| Від 3 до 5 років (14–<19 кг) | 3,5–4,75 мл | 2,8–3,5 мл | 3,5–4,75 мл |

Таблиця 3

**Дозування парацетамолу й ібупрофену при болю у вусі**

| Вік | Парацетамол (разова доза 15 мг/кг)* | | Ібупрофен (разова доза 10 мг/кг)* | |
|---|---|---|---|---|
| | сироп (120 мг/5 мл) | свічки | сироп (100 мг/5 мл) | свічки |
| 2-6 міс (4–<8 кг) | 2,5–5 мл | 80 мг | 2,5 мл | 60 мг |
| Від 6 міс до 1 року (8–<10 кг) | 5–7,5 мл | | 2,5–5 мл** | 60 мг |
| Від 1 до 3 років (10–<14 кг) | 7,5–10 мл | | 5–7 мл** | 60 мг |
| 3–5 років (14–<20 кг) | 10–15 мл | 150 мг | 7,5–10 мл** | |

Давайте парацетамол кожні 6 год або ібупрофен кожні 8 год при болі у вусі.

* Парацетамол у сиропі дається не більше 4 разів на день, у свічках – до 2 разів на день; ібупрофен у сиропі – до 3 разів на день, у свічках – до 9 міс 3 рази на день, після 9 міс – до 4 разів на день.

** У перерахунку на масу тіла дитини

Таблиця 4

**Дози антибіотиків, що рекомендовані при амбулаторному лікуванні гострої інфекції вуха (жовтий колір)**

| Вік/маса | АМОКСИЦИЛІН Разова доза 40 мг/кг 2 рази на добу | | | ЦЕФУРОКСИМУ АКСЕТИЛ Разова доза 15 мг/кг 2 рази на добу | |
|---|---|---|---|---|---|
| | Таблетка 250 мг | Суспензія 125 мг/5 мл | Суспензія 250 мг/5 мл | Таблетка 250 мг | Суспензія 125 мг/5 мл |
| 2–6 міс (4–<8 кг) | 0,75–1,25 | 6–13 мл | 3–6 мл | 1/4–1/2 | 2,5–5 мл |
| 6 міс–1 рік (8–<10 кг) | 1,25–1,75 | 13–16 мл | 6–8 мл | 1/2–3/4 | 5–6 мл |
| 1–3 роки (10–<14 кг) | 1,75–2,25 | 16–21 мл | 8–11 мл | 3/4–1 | 6–8,5 мл |
| 3–5 років (14–20 кг) | 2,25–3,25 | 21–32 мл | 11–16 мл | 1–1,5 | 8,5–12 мл |

## 4. Навчання мами дитини давати лікарський засіб у домашніх умовах та ознайомлення мами зі станами, що потребують негайного звернення до лікаря

Необхідним є навчання мами давати дитині препарат в домашніх умовах, дотримуючись інструкцій, представлених в таблицях із дозуваннями. Для вирішення цього питання лікар має виконати такі дії:

- визначити відповідний препарат і дозу для дитини з урахуванням його віку і маси тіла;
- пояснити матері причину призначення цього препарату дитині;
- показати матері, як дозувати препарат;
- спостерігати, як мати самостійно дозує препарат;

• попросити матір дати дитині першу дозу препарату;

• пояснити матері, як давати препарат, а потім упакувати препарат і приклеїти етикетку;

• при призначенні більше одного препарату зібрати і упакувати кожен препарат окремо;

• пояснити матері, що необхідно закінчити призначений курс лікування, навіть якщо стан дитини значно поліпшується.

Крім того, необхідно ознайомити маму зі *станами, що потребують негайного звернення до лікаря:*

• дитина не може пити або смоктати груди;

• стан дитини погіршується;

• у дитини з'явилась лихоманка.

## 5. Алгоритм дій при хронічному отиті

При *хронічному отиті* рекомендують сушити вухо турундою та закапувати вушні краплі:

➢ Сушіть вухо турундою не менше 3 разів на день:

– вимийте руки;

– згорніть в турунду чисту абсорбуючу тканину або м'яку, але міцну паперову серветку;

– введіть турунду у вухо дитини; заберіть турунду, коли вона стане вологою;

– замініть турунду на чисту і повторюйте ці дії, доки вухо не стане сухим.

➢ Закапуйте у вухо вушні краплі після його просушування 3 рази на день, 14 діб. Вушні краплі можуть включати: ципрофлоксацин, норфлоксацин, офлоксацин.

## 6. Терміни повторного огляду дитини при гострій та хронічній інфекції вуха

*Повторний огляд дитини при гострій інфекції вуха через 2 дні:*

➢ Повторно оцініть, чи є проблема з вухом. Виміряйте температуру тіла дитини.

➢ При появі набряку за вухом або високої температури (38,5 ºС й вище) негайно відправляйтеся до стаціонару.

➢ При появі болю у вусі або гнійних виділень уточніть, чи проводилась консультація отоларингологом і чи були виконані його призначення. Якщо консультація не проводилась – продовжуйте лікування антибіотиками ще 5 днів, наполегливо рекомендуйте консультацію отоларинголога. Наступний огляд – через 2 дні.

➢ Наступне обстеження: при наявності гнійних виділень – уточніть, чи проводилась консультація отоларингологом і чи були виконані його призначення; при болю у вусі – оцініть відповідно до блоку «Проблема

з вухом»; у разі поліпшення – продовжуйте лікування антибіотиками ще 5 днів із загальною тривалістю лікування 10 днів.

*Повторний огляд при хронічній інфекції вуха через 5 діб:*

- Повторно оцініть, чи є проблема з вухом. Виміряйте температуру тіла дитини.
- Уточніть, чи була проведена консультація отоларингологом і чи були виконані його призначення.
- Якщо консультація не проведена, рекомендуйте консультацію отоларинголога, перевірте чи правильно мама висушує вухо і закапує краплі.

## 7. Отоскопія. Оцінка стану зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки

*Отоскопія* – це метод огляду зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки за допомогою отоскопа (*рис. 10*).

**Рис. 10.** Проведення отоскопії.

При проведенні отоскопії у разі наявності перфорації барабанної перетинки можна побачити і барабанну порожнину. У своїй практиці лікарі-педіатри та сімейні лікарі зазвичай використовують діагностичні (кишенькові) отоскопи.

Основною відмінністю отоскопів є тип освітлення. Сучасні отоскопи можуть бути обладнані галогеновими лампами, ксеноновими лампами або лампами розжарювання. Більше переваг мають перші. Вони забезпечують більшу видимість завдяки більшій площі огляду та «білому» світлу, довше служать, не потребують частих замін батарейок.

***Методика проведення отоскопії***

**1. Положення пацієнта.**

Дитина більш старшого віку сидить самостійно і не потребує спеціальної фіксації. Такий пацієнт для максимально зручного огляду зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки має трохи нахилити голову в бік, протилежний від обстежуваного вуха (*рис. 11*).

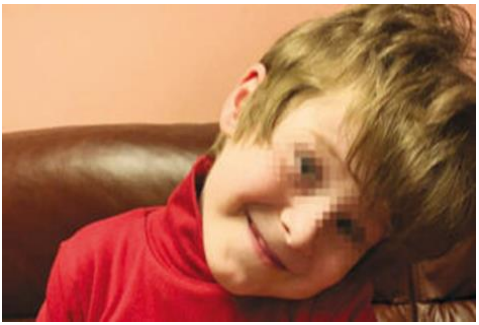

**Рис. 11.** Положення дитини старшого віку або дорослого пацієнта під час отоскопії.

Немовлят і дітей молодшого віку можуть тримати на колінах батьки або відповідальні за них особи. Той, хто тримає дитину, фіксує її ноги між своїми ногами, однією рукою тримає руки дитини, іншою – фіксує голову (*рис. 12*).

**Рис. 12.** Положення немовляти або дитини молодшого віку під час отоскопії.

Проведення отоскопії починають зі здорового вуха. Це роблять для того, щоб оцінити нормальну анатомію для легшого порівняння, а також для запобігання інфікуванню іншого вуха у разі отореї.

**2. Підбір лійки.**

Лійку обирають відповідно до діаметру зовнішнього слухового ходу пацієнта. Вона повинна бути достатньо широкою для максимальної візуалізації барабанної перетинки і при введенні без зусиль входити в зовнішню третину слухового ходу, при цьому пацієнт не повинен відчувати дискомфорт. Якщо лійка не входить вільно, то слід взяти лійку меншого діаметру.

**3. Тримання отоскопа.**

Для максимальної зручності рекомендовано тримати отоскоп тією самою рукою, що і обстежуване вухо: праве вухо – права рука, ліве вухо – ліва рука (*рис. 13*).

Є два основні способи тримання отоскопу:

- спосіб «молотка» (*рис. 13*)
- спосіб «олівця» (*рис. 14*).

Лікар сам обирає більш зручний для нього варіант.

Щоб зафіксувати отоскоп, потрібно розмістити IV–V пальці, що відведені вбік, на вилиці хворого (*рис. 14*). Це забезпечить додаткову опору. Тому, коли пацієнт раптово поворушиться, рука лікаря рухатиметься разом із ним. Таким чином можна уникнути травмування шкіри зовнішнього слухового ходу.

**Рис. 13.** Спосіб «молотка» (отоскоп тримають тією ж самою рукою, що й обстежуване вухо: праве вухо – права рука).

**Рис. 14.** Тримання отоскопа способом «олівця».

**4. Введення отоскопа.**

З метою контролювання ходу отоскопа та виключення можливості травмування пацієнта забороняється введення отоскопа наосліп.

Для максимального випрямлення зовнішнього слухового ходу потрібно відтягнути вушну раковину пацієнта: у старших дітей – назад і вгору (*рис. 15*), у немовлят – донизу і назад.

**Рис. 15.** Відтягування вушної раковини вгору і назад у старших дітей.

Лійку отоскопа вводять у зовнішній слуховий хід, утримуючи вушну раковину (*рис. 16*). Якщо під час введення отоскопа пацієнт відчуває біль – зміщують лійку та слуховий хід, змінюючи кут введення та ступінь відтягнення вушної раковини, а якщо у цей момент візуалізується суцільна рожева пляма, то дуже ймовірно, що ми бачимо шкіру слухового ходу. У такій ситуації потрібно відтягнути вушну раковину, легко вийняти отоскоп і ввести його в передньоверхньому напрямку, вздовж просвіту слухового ходу.

**Рис. 16.** Введення лійки отоскопа.

**5. Оцінка стану зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки.**

У нормі зовнішній слуховий хід вільний, його шкіра блідо-рожева, барабанна перетинка – сіра, блискуча, з перламутровим відтінком (*рис. 17*). У нормі барабанна перетинка рухлива.

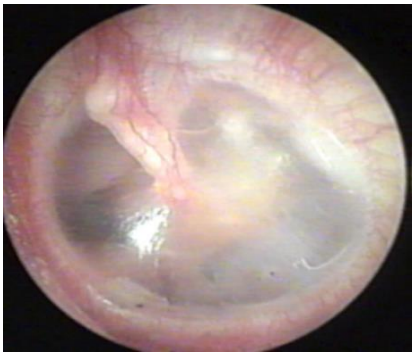

**Рис. 17.** Фізіологічний стан барабанної перетинки.

Схематично барабанну перетинку розділяють на 4 квадранти: задньоверхній, передньоверхній, передньонижній та задньонижній (*рис. 18*). Через анатомічні особливості зовнішнього слухового ходу задньонижні відділи барабанної перетинки іноді складно побачити.

На барабанній перетинці розрізняють обов'язкові утворення (розпізнавальні знаки або пункти): руків'я молоточка, голівку молоточка, пупок, світловий рефлекс, фіброзне кільце (*рис. 19*).

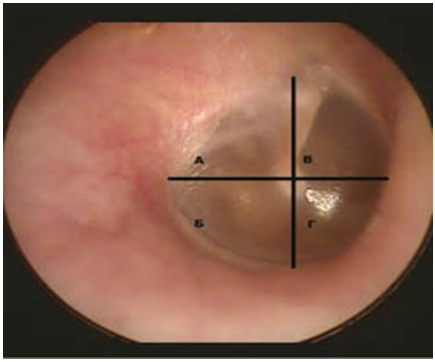


**Рис. 18.** Квадранти барабанної перетинки (праве вухо):
А – задньоверхній, Б – задньонижній, В – передньоверхній, Г – передньонижній.

Таким чином, побачивши барабанну перетинку, лікар-педіатр або сімейний лікар повинен оцінити такі критерії:

- позицію (випинання, втягнення);
- колір (перламутрово-сіра, гіперемована, сіра, біла, блакитна, рожева);
- прозорість (тьмяна, прозора);
- наявність головних ідентифікаційних пунктів: світловий рефлекс, пупок, руків'я молоточка, голівка молоточка, фіброзне кільце.

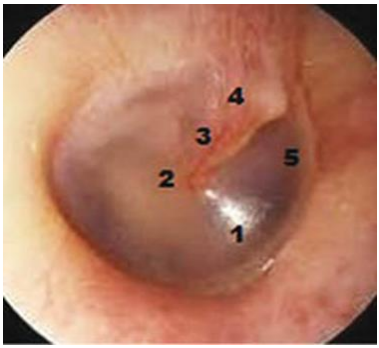


**Рис. 19.** Орієнтаційні пункти барабанної перетинки (праве вухо):
1 – світловий рефлекс, 2 – пупок, 3 – руків'' молоточка,
4 – голівка молоточка, 5 – фіброзне кільце.

Жовтуватий або блакитний відтінок барабанної перетинки або випинання вказують на секреторний отит. Чорно-синій колір перетинки може вказувати на накопичення крові у барабанній порожнині (гемотимпанум), а якщо при цьому перетинка ще й пульсує, то це може бути проявом хемодектоми.

Особливістю шкіри зовнішнього слухового ходу є те, що в зовнішній третині ходу містяться волосяні фолікули та залози, які продукують сірку і шкірне сало, тому часто у пацієнтів можна побачити сірчаний корок (*рис. 20*), що може утруднювати огляд.

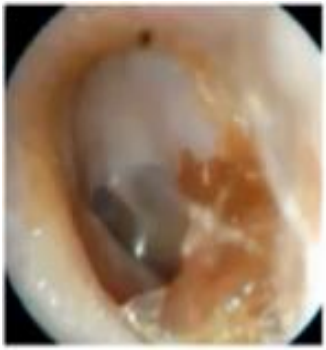

**Рис. 20.** Сірчаний корок.

***Наслідки чищення сірки ватними паличками:***

- сприяння формуванню корка;
- більше утворення сірки – сірчана пробка (*рис. 21*);
- зовнішній отит (*рис. 22*);
- травми зовнішнього слухового ходу (*рис. 23*);

- травми барабанної перетинки (*рис. 24*);
- сторонній предмет вуха (*рис. 25*).

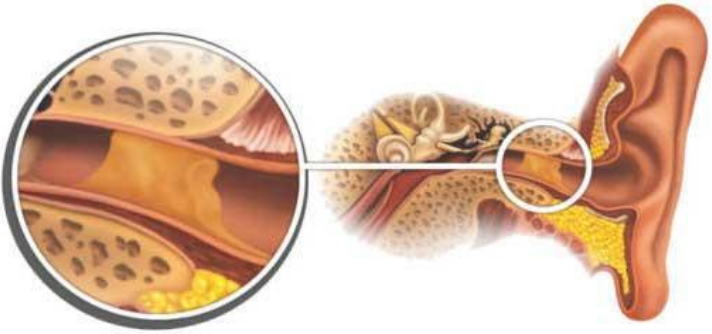

**Рис. 21.** Сірчана пробка.

**Рис. 22.** Зовнішній отит.

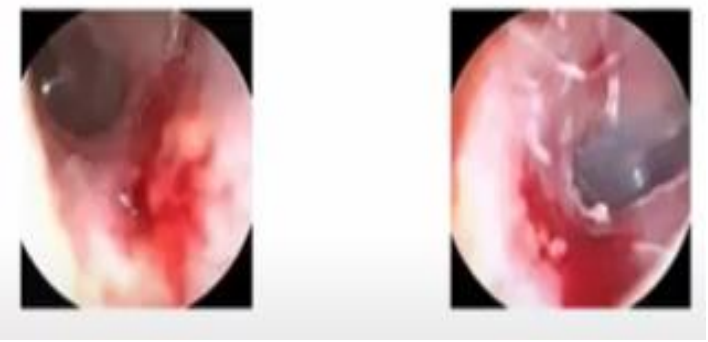

**Рис. 23.** Травми зовнішнього слухового ходу.

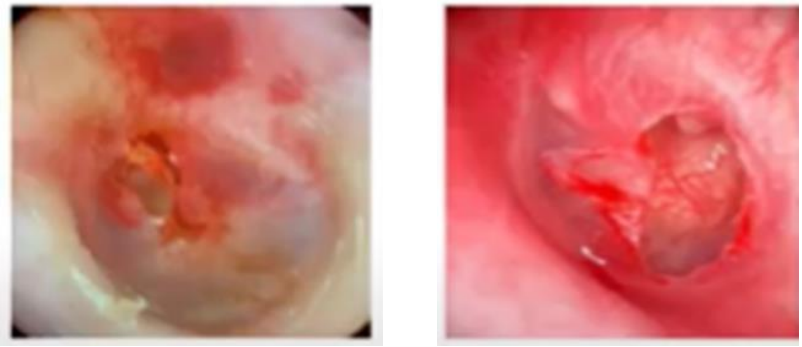

**Рис. 24.** Травми барабанної перетинки.

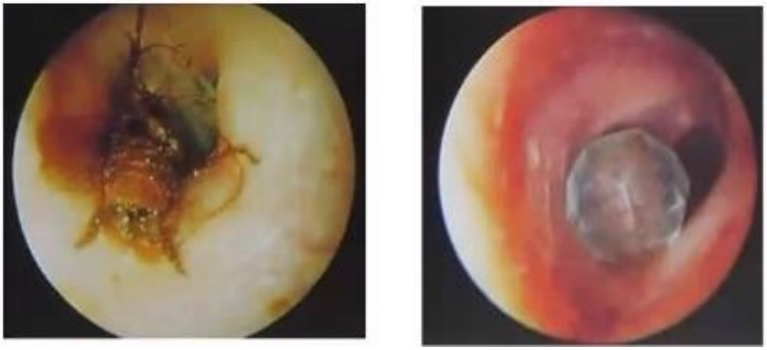

**Рис. 25.** Сторонній предмет вуха.

## 8. Отоскопічні ознаки поширених захворювань вуха

До захворювань зовнішнього вуха відносять також фурункул зовнішнього слухового ходу та отомікоз.

При проведенні отоскопії у разі фурункула зовнішнього слухового ходу виявляють такі ознаки: звужений слуховий хід, гіперемована та інфільтрована шкіра обмеженої ділянки перетинчасто-хрящової частини слухового ходу. У стадії абсцесу в осередку гіперемії можна помітити піднесення з білою вершиною; за умови розкриття фурункула в зовнішньому слуховому проході може бути гній (*рис. 26*). Натискання на козелок і відкриття рота різко болючі.

Отоскопічна картина при отомікозі має такі характеристики: гіперемія та інфільтрація шкіри менш виражена, ніж при звичайному зовнішньому дифузному отиті, має місце наявність прозорих виділень у просвіті зовнішнього слухового ходу, на шкірі зовнішнього слухового ходу може бути жовто-коричневий або чорний наліт (*рис. 27*). Перебіг хвороби тривалий, стійкий.

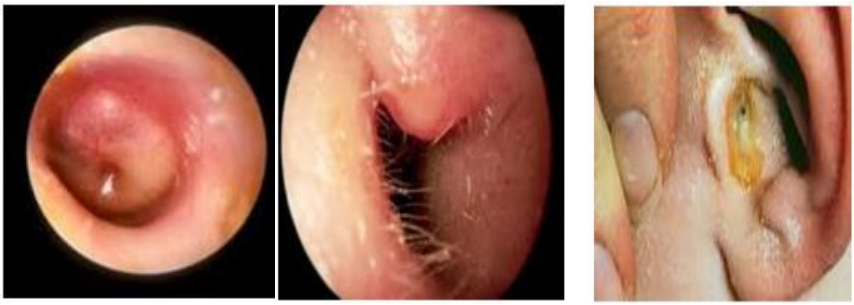

**Рис. 26.** Фурункул зовнішнього слухового ходу.

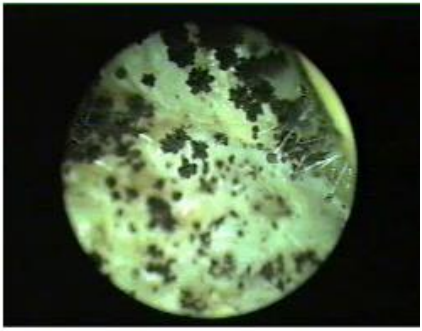

**Рис. 27**. Отомікоз зовнішнього слухового ходу.

Отоскопічна картина при гострому середньому отиті залежить від ступеня тяжкості захворювання. Початок захворювання характеризується незначною гіперемією та інфільтрацією барабанної перетинки, збереженням її основних орієнтаційних пунктів (*рис. 28, а*). У разі тяжкого перебігу барабанна перетинка сильно випинається, значно гіперемована, тьмяна, потовщена, її поверхня жорстка, світловий рефлекс відсутній, руків'я молоточка не візуалізується (*рис. 28, б*).

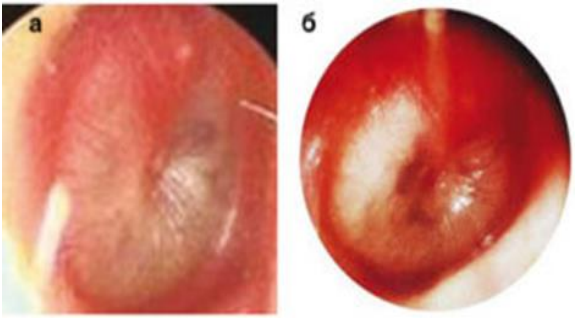


**Рис. 28.** Гострий середній отит: *а* – легка форма; *б* – тяжка форма.

При проведенні отоскопії у разі секреторного отиту виявляють такі ознаки: нормальне положення або незначне втягнення барабанної перетинки; наявні рівні рідини або «бульки» повітря в секреті; світловий рефлекс вкорочений; поверхня барабанної перетинки гладенька, за кольором може бути сірувата, сіро-жовта або прозора (*рис. 29*). Найчастішими причинами виникнення секреторного отиту в дітей є гіпертрофія аденоїдів, риносинусит, алергічний риніт.

**Рис. 29.** Секреторний отит.

При гострому гнійному середньому отиті інфекція найчастіше проникає в порожнину середнього вуха з носової порожнини через євстахієву трубу при гострому риніті або через зовнішній слуховий прохід при порушенні цілісності барабанної перетинки, або гематогенним шляхом.

Гострий гнійний середній отит характеризується бурхливим розвитком і має три стадії (*рис. 30*):

- доперфоративну;
- перфоративну;
- репаративну або зворотного розвитку.

При проведенні отоскопії на доперфоративній стадії можна спочатку побачити почервоніння барабанної перетинки, пізніше вона потовщується, і, коли в барабанній порожнині накопичується багато гною, барабанна перетинка починає виступати назовні. На перфоративній стадії відбувається прорив барабанної перетинки. З вуха починає текти гній, у цей період зменшується біль, поліпшується загальний стан хворого, знижується температура тіла. При отоскопії видно пульсуючий рефлекс – гній виділяється через перфорацію краплями синхронно в такт імпульсу. На стадії репарації запальний процес стихає, течія гною зупиняється, барабанна перетинка набуває нормального кольору. Слух відновлюється дуже поступово. Невелика перфорація барабанної перетинки заживає повністю, не залишаючи слідів, а велика може і не закритися.

**Рис. 30.** Стадії гострого гнійного середнього отиту.

До ознак хронічного середнього отиту відносяться такі:

- стійка перфорацію барабанної перетинки різного розміру (*рис. 31*);
- гнійні виділення в зовнішньому слуховому ході, які можуть мати неприємний запах;
- холестеатома (*рис. 32*);
- грануляції або ретракційні кишені барабанної перетинки (*рис. 33*).

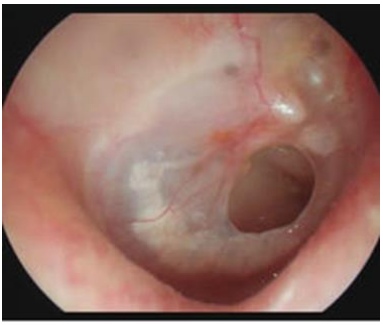

**Рис. 31.** Перфорація барабанної перетинки.

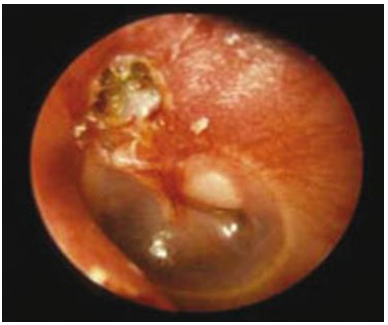

**Рис. 32.** Холестеатома.

**Рис. 33.** Ретракційні кишені барабанної перетинки

Таким чином, метод отоскопії, що використовується на первинній ланці, насамперед є основою діагностики хвороб вуха. Лікар-педіатр або сімейний лікар за допомогою отоскопії може точно встановити наявність тієї чи іншої патології, що в подальшому обумовлює вдале ведення та лікування пацієнта

## ПЕРЕЛІК ТЕСТОВИХ ЗАПИТАНЬ

**1.** Що таке стратегія ІВХДВ?

**2.** Чим відрізняється стратегія ІВХДВ від «золотого» педіатричного стандарту?

**3.** Перелічіть корисні особливості стратегії ІВХДВ.

**4.** Які кроки повинні виконувати лікарі-педіатри та лікарі загальної практики – сімейні лікарі відповідно до основних положень стратегії ІВХДВ?

**5.** За наявності яких ознак необхідно терміново звернутися по медичну допомогу дитині?

*А. Дитина жадібно п'є.*

*Б. Дитина не може пити або смоктати груди.*

*В. Стан дитини погіршується.*

*Г. Дитина часто кашляє.*

*Д. У дитини з'явилась кров у випорожненнях.*

*Е. У дитини з'явилась лихоманка.*

**6.** Які запитання потрібно поставити матері, щоб зрозуміти, засвоїла вона ваші пояснення з приводу того, як потрібно давати антибіотик дитині вдома, чи ні?

*А. Ви зрозуміли, як давати антибіотик?*

*Б. Як Ви будуте давати антибіотик?*

*В. Ви будете давати антибіотик тричі на день?*

*Г. Скільки днів Ви будете давати антибіотик дитині вдома?*

**7.** Визначить тактику надання первинної медичної допомоги дитині віком до 5 років життя з проблемами з вухом, якщо стан дитини відповідно до Класифікатора віднесено до жовтого ряду.

**8.** Яка тактика лікаря при виявленні гострої інфекції вуха?

**9.** Що таке отоскопія? Які позиції повинен оцінити лікар-педіатр або сімейний лікар, побачивши барабанну перетинку?

**10.** Опишіть отоскопічну картину при фурункулі зовнішнього слухового ходу.

**11.** Що з перерахованого є загальними ознаками небезпеки для дитини?

*А. Блювання.*

*Б. Судоми на момент огляду.*

*В. Судоми в анамнезі.*

*Г. Відмова від їжі та пиття.*

*Д. Лихоманка.*

**12.** Вкажіть межу патологічної частоти дихання дитини віком від 2 міс до 1 року життя:

*А. 30 за хвилину.*

*Б. 40 за хвилину.*

*В. 50 за хвилину.*

*Г. 60 за хвилину.*

*Д. 70 за хвилину.*

**13.** В дитини болить вухо і 10 днів з вуха тече гній. Набряку, болючості в завушній ділянці немає. Ваші дії?

*А. Терміново скерувати в стаціонар.*

*Б. Призначити антибіотик внутрішньом'язово і оглянути дитину через 2 дні.*

*В. Призначити пероральний антибіотик і парацетамол (при болю), оглянути дитину повторно через 2 дні.*

*Г. Призначити пероральний антибіотик і парацетамол (при болю), пояснити як сушити вухо, скерувати на консультацію до отоларинголога, оглянути повторно дитину через 2 дні.*

**14.** До Вас принесли 10-місячну дитину, котра кашляє 5 днів. У дитини болить вухо протягом останніх 2 діб, виділення гною нема, набряк та болючість у завушній ділянці слабо виражені. Частота дихання 46 за хвилину, є втягнення грудної клітки. Ваші дії?

*А. Негайно скерувати в стаціонар.*

*Б. Призначити антибіотик внутрішньом'язово і оглянути дитину через добу*

*В. Ввести дитині антибіотик внутрішньом'язово і відправити дитину до стаціонару*

*Г. Призначити пероральний антибіотик і засіб від кашлю, оглянути дитину через добу.*

## Правильні відповіді

**Правильна відповідь № 1.**

Інтегроване ведення хвороб дитячого віку (ІВХДВ) – це комплексний підхід до охорони здоров'я дітей віком до 5 років, головним компонентом якого є здоров'я дитини в цілому. ІВХДВ включає як профілактичні, так і клінічні напрямки, спрямовані на покращення якості первинної медичної допомоги дітям. Основою стратегії ІВХДВ є клінічне ведення найбільш поширених хвороб у дітей віком до 5 років життя. Стратегія ІВХДВ приділяє особливу увагу таким аспектам, як раціональне харчування, імунізація, профілактика захворювань та пропаганда здорового способу життя. Відповідно до стратегії ІВХДВ члени сімей та громади активно залучаються до процесу надання первинної медичної допомоги.

**Правильна відповідь № 2.**

Відмінність між «золотим» педіатричним стандартом та стратегією ІВХДВ полягає в тому, що ІВХДВ не передбачає встановлення попереднього та заключного діагнозів, проведення диференційного діагнозу. Стратегія ІВХДВ розглядає посиндромний підхід.

**Правильна відповідь № 3.**

1. Використовується класифікація, а не діагноз.
2. Значно зменшена кількість медикаментів для вирішення 75 % клінічних проблем: для планової терапії надається 9 лікарських засобів, для надання дошпитальної допомоги – 6 лікарських засобів.
3. Мінімізована кількість лабораторних досліджень.
4. Велика увага приділяється профілактичним заходам.
5. Батьки активно залучаються до процесу лікування та догляду за дитиною.

**Правильна відповідь № 4.**

1. Оцінити.
2. Класифікувати.
3. Визначити лікування.
4. Лікувати дитину або малюка.
5. Консультувати батьків.
6. Проводити подальше спостереження.

**Правильна відповідь № 5:** Б, В, Д, Е.

**Правильна відповідь № 6:** В, Г.

**Правильна відповідь № 7.**

Якщо стан дитини віком до 5 років життя віднесено відповідно до Класифікатора до жовтого ряду в Додатку, необхідно призначити лікування в амбулаторних умовах, розробити план подальшого спостереження за дитиною та консультувати матір або іншу особу, яка буде доглядати за дитиною в період її хвороби, навчити матір правильно використовувати медичні препарати, призначені дитині вдома, та пересвідчитися в її розумінні.

**Правильна відповідь № 8.**

1. Дайте амоксицилін орально протягом 10 днів.
2. Дайте парацетамол або ібупрофен при болю.
3. За наявності гнійних виділень сушіть вухо турундою
4. Направте на консультацію до отоларинголога.
5. При повторній інфекції вуха обстежте на ВІЛ-інфекцію.
6. Повторний огляд через 2 дні.

**Правильна відповідь № 9.**

*Отоскопія* – це метод огляду зовнішнього слухового ходу та барабанної перетинки за допомогою отоскопа. Побачивши барабанну перетинку, лікар-педіатр або сімейний лікар повинен оцінити наступне:

- позицію (випинання, втягнення);
- колір (перламутрово-сіра, гіперемована, сіра, біла, блакитна, рожева);
- прозорість (тьмяна, прозора);
- наявність головних ідентифікаційних пунктів: світловий рефлекс, пупок, руків'я молоточка, голівка молоточка, фіброзне кільце.

**Правильна відповідь № 10.**

При проведенні отоскопії у разі фурункула зовнішнього слухового ходу виявляють наступні ознаки: звужений слуховий хід, гіперемовану та інфільтровану шкіру обмеженої ділянки перетинчасто-хрящової частини слухового ходу; у стадії абсцесу в осередку гіперемії можна помітити піднесення з білою вершиною, а за умови розкриття фурункула – в зовнішньому слуховому проході може бути гній.

**Правильна відповідь № 11:** А, Б, Г.

**Правильна відповідь № 12:** В.

**Правильна відповідь № 13:** Г.

**Правильна відповідь № 14:** В.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ


1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах Ведення найбільш поширених станів у дітей віком до 5-ти років у контексті інтегрованого ведення хвороб дитячого віку, 2021.
2. Державна соціальна програма «Національний план дій щодо реалізації Конвенції ООН про права дитини», затв. Постановою Кабінету Міністрів України від 30 травня 2018 р. № 453.
3. Електронна навчальна програма ІКАТ зі стратегії ВООЗ-ЮНІСЕФ «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку» (http://mtd.dec.gov.ua/index.php/uk/ reiestr-mtd/item/68-intehrovanevedennia-khvorob-dytiachoho-viku).
4. Клінічна настанова «SIGN 117. Management of sore throat and indications for tonsillectomy», 2010.
5. Клінічна настанова «The management of Community Aqcuered Pneumonia in Infants and Children older than 3 months of Age: Clinical Practice Guidelines by the Pediatric Infectious Diseases Society and the Infectious Diseases Society of America», 2011.
6. Клінічна настанова «WHO Guidelines on Neonatal Seizures», 2011.
7. Клінічна настанова «WHO Recommendations for management of common childhood conditions», 2012.
8. Клінічна настанова «Recommendations for management of common childhood conditions: evidence for technical update of pocket book recommendations: newborn conditions, dysentery, pneumonia, oxygen use and delivery, common causes of fever, severe acute malnutrition and supportive care». Geneva, WHO, 2012.
9. Наказ МОЗ України від 01.02.2012 № 70 «Про впровадження стратегії інтегрованого ведення хвороб дитячого віку в Україні».
10. Наказ МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751 «Про створення та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України» (із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я № 1422 від 29.12.2016 № 1752 від 26.09.2018).
11. Наказ МОЗ України від 14.09.2021 р. № 1945 Про затвердження Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги «Інтегроване ведення хвороб дитячого віку».
12. Наказ МОЗ України від 14.09.2021 р. № 1945 «Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги (УКПМД) Інтегроване ведення хвороб дитячого віку».
13. Наказ МОЗ України від 14.09.2021 р. № 1945 «Додаток до уніфікованого клінічного протоколу».
***14.*** Юрочко Ф. Б., Копанська Д. Б. Основи отоскопії. Дитячий лікар. 2020. № 1 (70). С. 5–9.

***Навчальне видання***

Єлоєва Заліна Володимирівна
Філонова Тетяна Олександрівна
Гарбар Катерина Борисівна
Матвієнко Сергій Олександрович
Кривошей Ганна Василівна

# ПРИНЦИПИ ІНТЕГРОВАНОГО ПІДХОДУ ДО НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ ДІТЯМ ПЕРШИХ П'ЯТИ РОКІВ ЖИТТЯ З ПРОБЛЕМАМИ ВУХА

***Навчальний посібник для самостійної роботи слухачів циклів тематичного удосконалення та спеціалізації, лікарів-інтернів, лікарів-педіатрів, лікарів загальної практики – сімейної медицини***

Відповідальний за випуск С. О. Матвієнко

Редактор М. В. Тарасенко
Комп'ютерна верстка О. Ю. Лавриненко

Формат А5. Ум. друк. арк. 2,5. Зам. № 23-34324.

**Редакційно-видавничий відділ**
**ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022**
**izdatknmurio@gmail.com**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від. 18.07.2008 р.