

Міністерство охорони здоров'я України  
Український центр наукової медичної інформації  
і патентно-ліцензійної роботи

*Медичні та організаційні питання щодо  
спостереження, профілактики та  
лікування найбільш поширених  
захворювань у дітей  
першого року життя*

(методичні рекомендації)

**УЗГОДЖЕНО**

Начальник Управління організації медичної допомоги дітям і матерям МОЗ України

Р.О.Моїсеєнко  
«03» серпня 2004

Медичні та організаційні питання щодо спостереження, профілактики та лікування найбільш поширених захворювань у дітей першого року життя

(методичні рекомендації)

*Установа - розробник:*

Запорізький державний медичний університет

*Укладач:* к.м.н. доцент Резніченко Ю.Г. тел. (0612) 64-66-37

*Рецензент:* головний педіатр МОЗ України докт. мед. наук, професор Бережний В.В.

*Список умовних скорочень*

ГРЗ - гострі респіраторні захворювання

ПУНС - перинатальні ураження нервової системи

*Список літератури*

1. Антипкін Ю.Г., Омельченко Л.І., Отт В.Д., Дудка І.В., Фісун В.М. Краплі «Мульти-табс АСД» в педіатричній практиці // Лікування та діагностика.-1997.-№ 1.-С.19-20.
2. Антипкін Ю.Г., Резніченко Ю.Г., Ципкун А.Г., Резніченко Г.І. Шляхи корекції порушень гомеостазу у вагітних - мешканок екологічно несприятливих районів великих промислових міст // Здоров'я жінки.-2003.-№ 4.-С. 7-Ю.
3. Бережній В.В., Крамарев С.А., Мартынюк В.Ю., Шунько Е.Е., Янковский Д.С., Дымент Г.С. Микроеккологические нарушения у детей и современные возможности повышения эффективности их коррекции // Здоровье женщины.-2002.-№ 4.-С.79-92.
4. Волосовец А.П. Ровамицин в лечении острых бронхолегочных заболеваний у детей младшего возраста (методические рекомендации).-К., 2000.
5. Лукьянова Е., Антипкин Ю., Омельченко Л. Рахит и рахитоподобные заболевания у детей // Doctor.- 2002.- № 3.- С.9-15.
6. Лукьянова Е.М., Отт В.Д. Проблемы здорового питания детей, беременных, кормящих матерей на современном этапе // Здоровье женщины.-2002.-№ 4.-С.51-54.
7. Майданник В.Г., Сміян І.С. Оцінка рекомендацій щодо вигодовування дітей першого року життя з позицій доказової медицини // ПАГ.- 2002.-№ 1.- С. 23-27.
8. Моїсеєнко Р.О., Мартишок В.Ю. Медико-організаційні технології в удосконаленні допомоги дітям з обмеженими можливостями здоров'я // Соціальна педіатрія. Вип. II.-К., 2003.-С.4-11.
9. Профілактика і лікування рахіту та порушень кальцій-фосфорного обміну при окремих захворюваннях у дітей з використанням препарату вітаміну Д3 - відеїн 3 / О.М.Лук'янова, Л.І.Омельченко, Ю.Г.Антипкін та ін.-К., 1997.-24с.
10. Резніченко Ю.Г., Резніченко Г.І. Хронічна плацентарна недостатність.-3., 2000.-144с.
11. Резніченко Ю.Г. Перинатальні ураження нервової системи. Погляд педіатра.-Х., 2004.- 96с.
12. Суліма О.Г., Терещенко Т.В. Асфіксія новонароджених - сучасний погляд на проблему // ПАГ,- 2002.-№ 1.- С.37-39.

Вступ

В Україні та окремих її регіонах на тлі соціально економічних перетворень в останні роки відмічається погіршення стану здоров'я населення, особливо дитячого. В динаміці 12-річного періоду відмічається стійка тенденція до зменшення частки дітей в структурі всього населення - від 21,4% в 1990 р. до 17,2% в 2001 р. Лише 1,1% дітей є практично здоровими, а в середньому на одну дитину припадає 2,5 захворювання. В Україні залишається високим рівень поширеності хвороб у дітей (1581,2 випадки на 1000 дітей), збільшується питома вага хронічної та поєднаної патології у загальній захворюваності, що, в свою чергу, зумовлює високий рівень інвалідності. Має тенденцію до зростання показник поширеності хвороб нервової системи у дітей, ПУНС є ведучою патологією малюків першого року життя, так як діагностуються у 74% дітей. За останнє десятиріччя у дітей першого року життя більше ніж вдвічі зросла частота анемії (з 6,1% до 14,9%) та гіпотрофій (з 14,4 до 31,4%). Особливого значення в останній час набуває зростання частоти поліморбідної патології у дітей (поєднання декількох захворювань у однієї дитини), яка є основною причиною формування інвалідності. Якщо в 1992 році в умовах великого промислового міста поліморбідна патологія (часті захворювання ГРЗ, рахіт, гіпотрофія, анемія, ПУНС) відмічалась у 14,5% дітей першого року життя, то через 5 років - в 1997 році її частота збільшилась до 34,2%, а в 2002 році вона сягала вже 36,4%. 30,9% дітей з поліморбідною патологією мали прояви дисбактеріозу кишечника, в той час серед дітей без наявності вище зазначених захворювань він зустрічався лише в 4,7% дітей. Це свідчить про те, що зростання частоти поліморбідної патології вимагає пошуку шляхів лікування і, що особливо важливо, її запобігання.

В методичних рекомендаціях, на основі літературних даних та власних досліджень, запропоновані 5-ти етапна комплексна профілактика та лікування найбільш поширених захворювань у дітей першого року життя. На основі аналізу перебігу вагітності та пологів у жінок промислового міста визначені найбільш оптимальні величини прибавки маси тіла за вагітність, тривалість безводного періоду та пологів. Для запобігання перинатальних ускладнень розроблені більш оптимальні медикаментозні заходи оздоровлення вагітних. Вперше в методичних рекомендаціях пропонується проведення профілактичних заходів при загрозі розвитку поліморбідної патології і наводиться алгоритм ризику розвитку патології, пропонується застосування для лікування поліморбідної патології антигомотоксичної терапії, обґрунтовується необхідність диспансерного нагляду за дітьми одним лікарем, застосування стаціонарзамінюючих технологій. Методичні рекомендації призначені для педіатрів, акушерів-гінекологів, лікарів загальної практики.

Основна частина

*Для запобігання захворюваності дітей нами розроблений 5-ти етапний комплекс профілактики, який включає в себе:*

1. Оздоровлення жінок до вагітності.
2. Ведення вагітних.
3. Оптимізація ведення пологів.
4. Надання адекватної допомоги малюкам в ранньому неонатальному періоді.
5. Диспансерний нагляд дітей першого року життя.

На першому етапі передбачається оздоровлення дівчаток та жінок, які страждають соматичною та гінекологічною патологією задовго до вагітності, санітарно - освітня робота, направлена на раціональне харчування, запобігання шкідливих звичок: паління, вживання алкоголю, наркотичних засобів, небажаної вагітності. Особливу увагу необхідно приділяти своєчасній діагностиці анемії та латентних форм дефіциту заліза у жінок і проводити їм профілактичне лікування та оздоровлення з застосуванням препаратів заліза, а в зимовий період - проводити вітамінотерапію полівітамінними препаратами з мікроелементами, такими як прегнавіт, мульти-табс-прегнакомплекс застосовувати адаптогени. З профілактичною метою ми призначали дівчатам та жінкам препарат

актіферин щомісячно протягом 5-10 днів під час менструацій. Важливим є планування вагітності та пологів після проведення оздоровлення жінок з соматичною та гінекологічною патологією.

На другому етапі передбачається виявлення в жіночій консультації вагітних, які мають фактори ризику ускладнень вагітності та пологів і виділення цього контингенту в групу підвищеного ризику.

Особливу увагу слід приділяти набуванню маси упродовж вагітності. Оптимальною прибавкою маси тіла за вагітність, яка сприяє зменшенню ускладнень як в пологах, так і в періоді новонародженості, є 7-10 кг. Діти в матерів з меншою прибавкою маси є менш дозрілі і хворобливі. При прибавці понад 10 кг зростає відсоток ускладнень в пологах і, як наслідок, необхідність більшої кількості оперативних втручань.

Для корекції змін гомеостазу нами був розроблений та впроваджений комплекс профілактичних медикаментозних заходів з урахуванням необхідності застосування його у широкого кола умовно здорових вагітних, які проживають в промислових містах. Свій вибір ми зупинили на вітчизняних препаратах, які забезпечують антиоксидантний, седативний та ентеросорбентний ефекти і доступні за ціною: кратал, кверцетин та полівітаміни з мікроелементами. Кратал по 1 табл. 2 рази на добу та кверцетин з яблучним пектином по 1 г 2 рази на добу призначались протягом 2 тижнів в терміні вагітності 16-20, 26-30 та 34-37 тижнів, а полівітаміни з мікроелементами - протягом всієї вагітності.

При наявності відхилень від нормального стану внутрішньоутробного плода і розвитку плацентарної недостатності з метою зменшення частоти перинатальних уражень нервової системи плода та нормалізації діяльності нервової системи вагітної жінкам слід проводити до 3-4 курсів профілактичної терапії та ширше застосовувати призначення ноотропних препаратів з седативним ефектом (пікамілон по 50 мг 2-3 рази на добу протягом 3 тижнів). Важливим є проведення занять психолога, оздоровлення жінок в умовах санаторного відділення для вагітних. Жінкам з анемією вагітних, як найбільш частим ускладненням перебігу вагітності (понад 50-60%) необхідно призначення препаратів заліза. Погіршення імунітету, обміну речовин у вагітних, особливо мешканок промислового центру, нерідко призводить до порушень фізіологічного мікробіоценозу та системного дисбактеріозу і інфекційних захворювань, для зменшення проявів яких необхідно застосовувати мультипробіотичний препарат вітчизняного виробництва «Симбітер».

Третій етап включає в себе своєчасну госпіталізацію вагітних до акушерського стаціонару для поглибленого обстеження стану плода та діагностики фетоплацентарної недостатності. В останні роки середня тривалість пологів у жінок промислового міста становить  $328,4 \pm 3,4$  хв., що значно менше даних класичного акушерства. Оптимальною для перебігу пологів та стану новонароджених є тривалість перших строкових пологів в промислового центрі півдня України 6-9 годин; повторних - 3-6 год.; безводного періоду - до 3-х годин. При веденні пологів необхідно враховувати встановлені нами оптимальні тривалість безводного періоду та строкових пологів у жінок промислового центру.

На четвертому етапі велику увагу слід надавати реанімаційним заходам новонароджених, які народилися в асфіксії та організаційним методам виходжування новонароджених (спільному перебуванню матері та дитини, грудному вигодовуванню, сімейним пологовим відділенням).

П'ятий етап включає диспансерний нагляд дітей на педіатричних дільницях.

Враховуючи найбільшу питому вагу у структурі захворювань дітей першого року життя перинатальних уражень нервової системи (ПУНС), їм слід приділяти першочергову увагу. З метою ранньої діагностики необхідно вже в пологовому будинку проводити консультацію невролога і УЗД- обстеження головного мозку дітям з підозрою на неврологічну патологію.

Після виписки з пологового будинку диспансерний нагляд за дітьми з ПУНС повинен проводити дільничний педіатр (сімейний-лікар). Важливо всім дітям першого року життя

проводити об'єктивне обстеження нервової системи та шоквартальну, а при необхідності - і щомісячну оцінку динаміки статокінетичного, психічного та мовленнєвого розвитку дитини. Їх відхилення від норми є показанням для направлення на консультацію до дитячого невролога, який, після обстеження, надає рекомендації по нагляду та лікуванню дитини дільничному педіатру. Безпосередню диспансеризацію дитячий невролог проводить лише у дітей першого року життя з органічною патологією (дитячий церебральний параліч, епісіндром та ін.). Терапію необхідно проводити щадно в залежності від наявного синдрому та періоду ПУНС (робити опір на лікувальну фізкультуру, масаж, фізіотерапію, мозкові метаболіти, судинні препарати). Гемолітична хвороба новонароджених вимагає лікування за своїми стандартами, метаболічні порушення потребують адекватної корекції з включенням посиндромної терапії ЦНС. Вроджені вади і спадково-дегенеративні захворювання є причинами розвитку не менше 10% випадків ПУНС, але для їх діагностики необхідне складне дороговартісне обстеження і підбір терапії в спеціалізованих неврологічних центрах. Завданням первинної ланки охорони здоров'я є своєчасне виявлення цих захворювань та направлення хворих до спеціалізованих центрів.

Важливою є своєчасна діагностика внутрішньоутробних інфекцій, які супроводжуються неврологічною клінікою, для чого необхідно проводити дослідження на TORCH-інфекцію всіх вагітних з підозрою на наявність інфекції. При наявності у дитини з ПУНС підозри на ТОК.СН-інфекцію необхідно провести обстеження і, при виявленні етіологічного збудника, застосувати специфічну для кожної інфекції терапію. При явних клінічних ознаках внутрішньоутробної інфекції ще до проведення етіологічної діагностики антибіотиком вибору є роваміцин, у зв'язку з тим, що на сьогодні він є єдиним препаратом широкого спектру дії, до якого чутливі більшість патогенних збудників внутрішньоутробних інфекцій. При наявності герпетичної інфекції, в т.ч. цитомегаловірусної, необхідно застосовувати противірусну терапію (ацикловір, рекомбіновані інтерферони, імуноглобуліни людини проти вірусу герпесу і антицитомегаловірусний); при токсоплазмозі - роваміцин та імуноглобулін людини антитоксоплазменний. При краснусі специфічна терапія не застосовується. Враховуючи, що розвиток внутрішньоутробної інфекції в більшості випадків супроводжується пригніченням імунітету, обов'язковим при її наявності є застосування імунокорегуючої терапії.

У дітей першого року життя в більшості випадків спостерігається залізодефіцитна анемія або змішана її форма, де ведучою причиною розвитку, поряд з дефіцитом білків, вітамінів, мікроелементів, є дефіцит заліза. Змішана форма превалює у дітей з гіпотрофією, коли порушуються всі види обміну речовин. Відомо, що анемія розвивається значно рідше у дітей, які знаходяться на грудному вигодовуванні. Вона може виникати у них лише у випадку, коли сама матір не раціонально харчується і в її молоці з'являється дефіцит білка, вітамінів, мінеральних речовин, що вимагає необхідності забезпечення повноцінного харчування матерям-годувальницям. Велике значення слід надавати багатоплановій роботі по збереженню природного вигодовування. В разі його неможливості дітям слід використовувати сучасні адаптовані молочні суміші, які містять підвищену кількість заліза. В останні роки змінилися рекомендації стосовно більш пізнього застосування соків та інших видів докорму. Проведений аналіз показав, що при штучному вигодовуванні пізнє введення соків може призводити до розвитку анемії, що вказує на необхідність їх введення при штучному вигодовуванні з 2 місячного віку. Фармакологічною основою профілактики та лікування анемії дітей першого року життя повинна бути феротерапія. У недоношених новонароджених дітей для профілактики розвитку дефіциту заліза або залізодефіцитної анемії з урахуванням шлунково-кишкового тракту дитини необхідно раннє - з 20-25 доби життя застосування актіферину протягом 3-6 місяців в дозі 0,5 мг/кг на добу з поступовим збільшенням її до 2-3 мг/кг на добу з урахуванням заліза, яке поступає з їжею. З лікувальною метою доза препарату може бути підвищена до 5 мг/кг на добу. Для доношених новонароджених з групи ризику препарати заліза призначаються

по 0,5-1 мг/кг на добу з поступовим збільшенням дози до 2-3 мг/кг на добу протягом 2-6 місяців. Для лікування анемії дітям грудного віку актиферин необхідно призначати по 10-15 кр. 1 раз, або сироп 5 мл/12 кг 1 раз на добу. При неефективності одного курсу феротерапії, в разі дотримання раціонального вигодовування та догляду за дитиною, або при наявності анемії III ступеня дитини необхідно направити на консультацію до гематолога для з'ясування етіології анемії та призначення індивідуалізованої терапії.

Профілактика рахіту мас починатися ще до народження дитини. Згідно методичних рекомендацій, розроблених в ШАГ АМН України (1997), профілактику проводять протягом 6-8 тижнів, починаючи з 28-32 тижня вагітності, призначаючи щодня вітамін D3 у дозі 1000-2000 МО. Жінкам, що годують груддю, для забезпечення дитини вітамінами необхідно з перших днів після пологів регулярно призначати полівітамінні препарати та відеїн 3 по 1000 МО вітаміну O3 на добу. Для профілактики рахіту у дітей раннього віку згідно з рекомендаціями експертів ВООЗ та провідних вітамінологів вітамін D3 призначається у дозі 400 - 500 МО на добу. При вигодовуванні адаптованими сумішами, які містять вітамін D3, щоденна профілактична доза призначається з урахуванням його вмісту в суміші, до сумарної дози в 400 - 500 МО. Для профілактики рахіту у дітей з групи ризику призначають вітамін D3 з 2-3 тижня життя по 500 МО на добу протягом 2-3 років з можливими перервами влітку (травень-серпень). Доза вітаміну D3 для недоношених дітей з групи ризику може бути підвищена з 500 МО до 1000-2000 МО на добу. Для лікування рахіту призначається вітамін D3 по 2000-5000 МО на добу протягом 30-45 днів. В разі неефективності терапії рахіту дитину необхідно обстежити на наявність рахітоподібних захворювань.

На першому році життя діти мають нерідко до 5-6 випадків захворювань на ГРЗ. Основною причиною ГРЗ, навіть частих, є порушення санітарно-гігієнічних вимог. Тому головним профілактичним заходом по запобіганню ГРЗ є суворе дотримання санітарно-гігієнічних вимог, а також раціональне виходжування та вигодовування дітей першого року життя. Навіть при наявності тих чи інших змін показників функціонального стану імунної системи при частих ГРЗ першочергові профілактичні заходи треба спрямувати на забезпечення санітарно-гігієнічних вимог, збалансоване вигодовування дитини, лікування супутніх захворювань (рахіт, анемія, ПУНС). При загрозі ГРЗ слід застосовувати рекомбінантні інтерферони (лаферон по 0,25 мл в кожний носовий хід 6 разів на добу протягом 2-3 днів, віферон-1 по 1 свічці 2 рази на день протягом 5 днів), гомеопатичний препарат "афлубін" по 1 краплі 3-8 разів на день. Для профілактики частих ГРЗ дітям першого року життя лише при стійких змінах в імунній системі слід використовувати імуномодулятори (рібомуніл).

Враховуючи наявність у дітей першого року життя високої частоти захворювань, пов'язаних з порушенням живлення, важливою складовою реабілітаційних заходів повинно стати вигодовування. Харчування дітей першого року є необхідною складовою їх правильного фізичного і психічного розвитку та стану здоров'я і тут незамінним буде грудне вигодовування. Близько половини дітей з тих чи інших причин до шестимісячного віку переводиться на вигодовування молочними сумішами, у зв'язку з чим важливо підібрати адекватну молочну суміш. Проаналізувавши склад сумішей для вигодовування дітей, які є на ринках України, ми прийшли до висновку, що дітям перших місяців життя з ризиком розвитку поліморбідної патології, при неможливості забезпечення їм природного вигодовування, доцільно використовувати такі суміші, як «Нутрилон-1» та «Нутрилон-2». Особливість цих сумішей полягає в тому, що до їх складу, як і до складу материнського молока, входять олігосахариди (фрукто- і галактоолігосахариди), які є харчовим субстратом для власних біфідобактерій, що сприяє їх розмноженню та росту. В результаті знижується рН кишечника, зменшується кількість патогенних мікроорганізмів, подавляється їх активність і спроможність до адгезії. Крім того, олігосахариди, поряд з продуктами життєдіяльності біфідобактерій, мають захисні властивості по відношенню до слизової оболонки товстого кишечника. Сукупність цих факторів обумовлює укріплення місце-

вого імунітету організму на рівні товстого кишечника, що сприяє розвитку і становленню імунітету в цілому. Особливої уваги заслуговують діти з гіпотрофією. При внутрішньоутробній гіпотрофії необхідно застосовувати «Нутрилон Ненатал». Ця суміш містить підвищену кількість білка та калорійність, до її складу не входять середньолаищогові триглицериди. В цьому випадку, а також при порушенні всмоктування з кишечника, алергії до білка коров'ячого молока, які часто відмічаються у дітей з поліморбідною патологією, добре зарекомендувала себе суміш «Пепті-Юніор». Перевагу останній слід надавати і при наявності у немовлят загрози розвитку анемії. При ПУНС у дітей нерідко відмічаються порушення регуляції функціонування шлунково-кишкового тракту і, як наслідок цього, бувають зригування та блювання. В цьому випадку добре себе зарекомендувало застосування молочної суміші «Нутрилон Антирсфлюкс». Діти, які вживали вказані суміші, рідше хворіли на рахіт та анемію, а їх клінічні прояви були мінімальними.

Як зазначено нами вище, у дітей першого року життя часто відмічається дисбактеріоз кишечника. Його наявність призводить до погіршення стану здоров'я дітей та ефективності лікувально-профілактичних заходів основного захворювання. Тому важливо своєчасно проводити як лікувальні, так і профілактичні заходи щодо покращення мікробіоценозу кишечника у дітей з групи ризику та наявності поліморбідної патології. Важливим є етап формування нормобіоценозу, починаючи з антенатального періоду, у зв'язку з чим при наявності факторів ризику та неможливості їх усунення необхідно проводити «агресивну» пробіотикотерапію як вагітним, так і їх новонародженим. В останні роки все більшу перевагу в профілактиці та лікуванні дисбіотичних станів у дітей першого року життя падають вітчизняному мультибіотичному препарату «Симбітер», який необхідно призначати по одній дозі щоденно.

Абсолютна більшість дітей першого року життя мають ті чи інші захворювання, які часто поєднуються у однієї дитини. Частота поліморбідної патології суттєво зростає і є основною причиною інвалідизації дітей.

Для проведення профілактичних заходів серед дітей першого року життя важливо створити групу ризику по поліморбідній патології (враховуючи найбільшу частоту серед дітей першого року життя гіпотрофій, анемії, рахіту, частих ГРЗ, ПУНС до цієї групи необхідно віднести дітей, які мають два та більше з вище перерахованих захворювань). Для створення групи ризику нами був на основі послідовного аналізу створений алгоритм ризику розвитку поліморбідної патології у дітей першого року життя з урахуванням як клініко-біологічних, так і соціально-побутових та психологічних чинників (табл. 1).

Наявним ознакам у пацієнта присвоюється отримане в результаті розрахунків значення прогностичних коефіцієнтів після чого проводиться їх алгебраїчне додавання. При наявності ознак, які характеризують одну якість, використовується один коефіцієнт з більшим абсолютним значенням ПК. При значенні ПК > 3 виноситься рішення про вірогідність розвитку у пацієнта поліморбідної патології і він буде віднесений в групу ризику по розвитку поліморбідної патології. До групи ризику необхідно віднести і дітей при неповній середній освіті у матері та при регулярному прийомі алкоголю батьком. Крім того, до цієї групи ризику повинні бути віднесені діти з масою при народженні менше 3000 г (недоношені діти, з внутрішньоутробною гіпотрофією).

Використання алгоритму при таких по рогових значеннях забезпечує помилку менше 20%, що достатньо для профілактичного напрямку роботи та проведення диспансеризації. Це дозволяє говорити про можливість раннього виявлення дітей, які мають ризик розвитку поліморбідної патології, створення такої диспансерної групи дітей ставити питання про необхідність проведення диспансерного нагляду одним спеціалістом (педіатром або сімейним лікарем). Враховуючи широку розповсюдженість неврологічної патології серед дітей першого року життя, наявність спільних з різноманітними соматичними захворюваннями факторів ризику, накопичення при наявності одного з захворювань у дитини і іншої патології, а відтак і проведення профілактично-лікувальних заходів, направлених на запобігання розвитку одночасно декількох захворювань у широкого кола

дітей першого року життя необхідно ставити питання про доцільність формування дільничним педіатром (лікарем загальної практики) диспансерної групи по поліморбідній патології. Лікарі суміжних спеціальностей при цьому повинні проводити консультативне забезпечення. При формуванні ризику розвитку поліморбідної патології та створення диспансерної групи необхідно враховувати соціально-побутові, психологічні, медико-біологічні фактори та використовувати розроблений нами алгоритм.

Як видно з табл. 1, ризик розвитку у дітей поліморбідної патології зменшується при покращенні умов харчування, проживання, фінансового забезпечення від поганого до задовільного, при подальшому їх покращенні відсоток дітей з поліморбідною патологією майже не змінюється або навіть збільшується. В ході аналізу індивідуального розподілу ознак ми звернули увагу на наявність серед дітей з поліморбідною патологією не лише традиційно дітей з бідний сімей, які не мають можливостей забезпечити задовільні умови проживання, харчування, медичного забезпечення. У великому промисловому місті підвищений ризик мати поліморбідну патологію спостерігається і у дітей батьків з доходом вище середнього. Цей достаток сім'ї (фінансовий, житловий, харчовий та ін.) забезпечується отриманням вищої освіти, інтенсивною роботою в умовах стресів, професійних шкідливостей, що негативно відбивається на психологічному кліматі в сім'ї, стані здоров'я жінок. Певною мірою на це може впливати спосіб життя, особливо його динаміка в останні роки. Нами встановлено, що діти з бідних сімей мають більший ризик розвитку гіпотрофії, анемії, рахіту, а діти з заможних сімей - ризик розвитку перинатальних уражень нервової системи та дисбактеріозів кишечника.

**Таблиця 1**

**Алгоритм ризику розвитку поліморбідної патології у дітей першого року життя**

Ознаки	Градації ознак	ПК
Освіта у матері:	вища або незакінчена вища	+ 1,74
	середня або середня спеціальна	-1,18
	неповна середня	група ризику
Соціальний стан матері:	робоча	+ 3,12
	службовка	-0,55
	студентка або учениця	+0,11
	домогосподарка	-0,69
	працює неофіційно	1,36
Профшкідливості у матері:	є	+3,95
	немає	-0,31
Часті стреси на роботі у матері:	є	+0,73
	немає	-0,31
Освіта у батька:	вища або незакінчена вища	-1,64
	середня або середня спеціальна	0,86
	неповна середня	1,83
Соціальний стан батька:	робочий	+0,37
	службовець	+0,09
	студент або учень	
	працює неофіційно	+0,69
	безробітний	-4,75
Профшкідливості у батька:	є	+ 1,68
	немає	-0,37
Часті стреси на роботі у батька:	є	+ 1,45
	немає	-0,93
Вживання алкоголю батьком:	не вживає	+0,27
	рідке або епізодичне	-0,24
	регулярне	група ризику
Психологічний клімат в сім'ї:	нестійкий або несприятливий	+9,46
	сприятливий	-0,54
Сім'я проживає:	у пласкому будинку чи квартирі	-0,16
	комунальній квартирі або гуртожитку	+2,43
	знімає помешкання	-1,72

Ознаки	Градації ознак	ПК
Житлові умови:	погані	+3,92
	задовільні	-0,37
	добрі	-0,17
Соціальний стан сім'ї:	бідні	+2,21
	нижче середнього рівня	+0,27
	середній рівень	-0,51
Доход на 1 члена сім'ї:	вище середнього рівня	+ 1,42
	менше мінімальної заробітної плати	-1,49
	проміжний рівень доходу	0,94
Харчування в сім'ї:	більше мінімального прожиткового мінімуму	1,91
	погане	+3,14
	задовільне	-0,4
Проживання:	добре	-0,38
	у великому промисловому місті	+0,24
Соматичні захворювання у матері:	місті середньої величини	-1,12
	є	+ 1,65
в т.ч. ожиріння:	немає	-0,93
	немає	-0,30
	Іст.	+0,11
Гінекологічні захворювання у матері:	ожиріння II-III ст.	+6,34
	с	+ 1,10
Ускладнення вагітності:	немає	-0,87
	є	+ 1,36
	в т.ч.: анемія:	
	немає	-2,00
	немає	-1,38
	I ст.	-2,45
хронічна плацентарна недостатність:	II ст.	+6,05
	є	+6,75
Пологи:	немає	-1,65
	перші	+0,39
Ускладнення пологів:	повторні	-0,71
	є	+ 1,82
Оперативні втручання в пологах:	немає	-0,73
	є	+0,77
в т.ч. кесарський розтин:	немає	-0,25
	є	+2,16
Клінічні прояви діатезів:	немає	-0,23
	є	+2,18
Дисбактеріоз кишечника:	немає	-0,19
	є	+8,19
Грудне вигодовування:	немає	-1,40
	менше 3 міс.	+ 1,12
	3-6 міс.	+0,87
	більше 6 міс	-0,91

**Примітка:** Прогнозування проводиться методом алгебраїчного складання прогностичних коефіцієнтів (ПК) тих ознак, які мають місце у пацієнта. При досягненні в результаті алгебраїчного складання прогностичних коефіцієнтів, наявних у пацієнта ознак, порога +3,0 та більше виноситься рішення про вірогідність розвитку поліморбідної патології з помилкою у 18%, а при досягненні порога -3,0 та менше - про вірогідність відсутності поліморбідної патології з помилкою у 12 %, при значенні алгебраїчної суми -3 - + 3 (31,8% дітей) відповідь неоднозначна і в більшості (61,6%) цих дітей розвивається одне захворювання (проміжна група). Для остаточного визначення з дітьми при значенні - 3 - + 3 необхідно продовжувати діагностичний пошук.

Вище наведені результати пояснюють і низькі значення ПК при проживанні в умовах великого промислового міста. Діти великого промислового міста в цілому не мають значного збільшення ризику розвитку поліморбідної патології, так як при наявності збільшеної кількості факторів навколишнього середовища, які можуть негативно впливати на частоту захворювань дітей (екологічні, психологічні), проживання в великому промисловому місті дозволяє забезпечити кращі соціально-побутові умови та медичне забезпечення.

Для проведення ранньої первинної профілактики захворювань та вторинної профілактики їх ускладнень необхідний пошук нових підходів. При виборі лікувально-реабілітаційних заходів

серед дітей першого року життя необхідно враховувати високу поширеність захворювань, наявність поліморбідної патології, загрозу токсичних та алергічних ускладнень при застосуванні чисельних фармакологічних препаратів. Це вимагає напрацювання комплексних заходів для профілактики, лікування та реабілітації у великого контингенту дітей раннього віку одночасно декількох захворювань. Звичайно, при цьому повинна бути мінімізована вірогідність побічних ефектів. В певній мірі цим вимогам відповідають антигомтоксичні препарати, які знаходять все більше застосування в лікуванні дітей різних вікових груп починаючи з періоду новонародженості. Нами апробовано та пропонується для впровадження для лікування дітей першого року життя з поліморбідною патологією антигомтоксичні препарати «Лімфоміозот» та «Ехінацея-композитум». Лімфоміозот стимулює функцію лімфатичної системи; ехінацея-композитум, завдяки своїй універсальності, має імуномодельючу, протимікробну, дезінтоксикаційну, протизапальну, анальгезуючу, гемостатичну і седативну дію. Лімфоміозот дітям першого року життя необхідно застосовувати по 5 крапель 2 рази на день протягом 10 днів, ехінацею-композитум - по 0,4 мл внутрішньом'язово 2 рази на тиждень протягом 3 тижнів. В тяжких випадках необхідно проводити декілька курсів лікування.

Результати лікування поліморбідної патології показали, що застосування антигомтоксичних препаратів «лімфоміозот» і «ехінацея-композитум» у дітей першого року життя дозволяє знизити захворюваність на ГРЗ, збільшити недостатню прибавку маси тіла; застосування препарату «Лімфоміозот» дозволяє зменшити прояви ендотоксикозу і покращити показники імунітету; застосування препарату «ехінацея-композитум» покращує показники стрес-напруги, функції мембран, ендотоксикозу і системи імунітету. Це дозволяє рекомендувати їх впровадження при лікуванні поліморбідної патології для профілактики ускладнень та інвалідності у цих дітей.

Покращенню здоров'я дітей з ризиком розвитку або наявністю поліморбідної патології будуть сприяти і сучасні підходи до імунопрофілактики, профілактичне застосування вітамінів. Причому, як свідчить досвід, вітаміни «Мульти-табс АСД» в краплях нерідко слід застосовувати дітям вже з неонатального періоду.

В сучасних умовах погіршення стану здоров'я населення, зниження народжуваності, недостатнього фінансування галузі охорони здоров'я актуальним є пошук нових підходів до організації лікувально-діагностичного процесу в акушерсько-педіатричних закладах.

*Головним має стати профілактичне направлення, удосконалення і пріоритетний розвиток амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям та вагітним, які передбачають:*

- впровадження стаціонарзамінюючих технологій;
- скорочення кратності профоглядів при підвищенні їх якості;
- зменшення рутинних комплексних оглядів дітей лікарями-спеціалістами;
- інтенсифікація роботи діагностичних служб;
- нагляд і лікування дитини єдиним лікарем - педіатром або лікарем загальної практики;
- підвищення рівня кваліфікації медичного персоналу, лікарів загальної практики;
- підвищення етико-правової відповідальності медичних працівників.

На сьогодні основне місце в проведенні лікувально-діагностичного процесу традиційно займає найбільш дорога стаціонарна допомога. Не в повній мірі використовуються ресурси первинної медичної допомоги і госпіталізація в стаціонари визначається не тяжкістю стану хворої дитини, а необхідністю проведення лікувально-діагностичних заходів.

Для вирішення цього протиріччя нами пропонується більш ширше впровадження стаціонарзамінюючих технологій. Більшість дітей потребує проведення лікувально-реабілітаційних заходів саме амбулаторно в умовах поліклініки під безпосереднім наглядом дільничного педіатра або лікаря загальної практики. Для цього необхідно використовувати можливості реабілітаційного та фізіотерапевтичного відділення поліклініки. Важливо в повній мірі оснастити та задіяти кабінети в лікарській амбулаторії, що розширить доступність реабілітації дітей та можливість отримання базової терапії, фізіотерапії та лікувальної фізкультури. Це дозволить проводити всебічні лікувально-реабілітаційні заходи не лише однієї, а й поліморбідної патології. Такий підхід буде сприяти проведенню лікування дитини, а не хвороби, збережуться сімейні взаємовідносини, виходжування та природне вигодовування дитини. Щомісяця діти

мають отримувати консультацію вузьких спеціалістів центральної районної або дитячої лікарень, при необхідності - проведення додаткових досліджень, індивідуальну корекцію лікувально-реабілітаційних заходів з урахуванням динаміки, клінічної картини і розвитку дитини.

Для уточнення діагнозу, проведення поглибленого обстеження дітей необхідно направляти в обласну дитячу лікарню, де в більшості випадків воно проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах з залученням вузьких спеціалістів; з використанням лабораторних та інструментальних методів дослідження. Переміщення обсягів допомоги з високозатратного стаціонарного сектора в амбулаторний дасть можливість значно знизити економічні витрати на організацію медичної допомоги дітям і суттєво покращити її якість та доступність. Одною з головних переваг надання медичної допомоги в позастаніонарних умовах є виключення психотравмуючої ситуації, пов'язаної з госпіталізацією як для дитини, так і для сім'ї.

Діти з сільської місцевості при необхідності направляються до спеціалізованого відділення для проведення обстеження та встановлення діагнозу. Лише хворі з тяжкими ураженнями потребують госпіталізації до спеціалізованих відділень відповідного профілю для проведення етапного лікування. При поліморбідній патології комплекс лікувальних заходів має проводитися в педіатричному відділенні (рис. 1).

Безумовно, такий підхід повинен передбачати: багатоканальне фінансування як бюджетне, так і позабюджетне; відповідне кадрове забезпечення, підготовку дільничних педіатрів та сімейних лікарів; науково-методичне забезпечення лікувально-реабілітаційних заходів дітям в амбулаторних умовах; санітарно-освітню роботу серед населення, створення шкіл для батьків хворих дітей.

Стаціонарзамінюючі технології знаходять все ширше застосування і дозволяють при менших затратах значно покращити медичне обслуговування, в тому числі і дитячого населення, їх розвиток більше ніж на 30% скоротив направлення хворих до вузьких спеціалістів, забезпечив активізацію динамічного нагляду за хворими дітьми з хронічними захворюваннями на дому, самостійний патронаж медсестрами загальної практики вагітних.

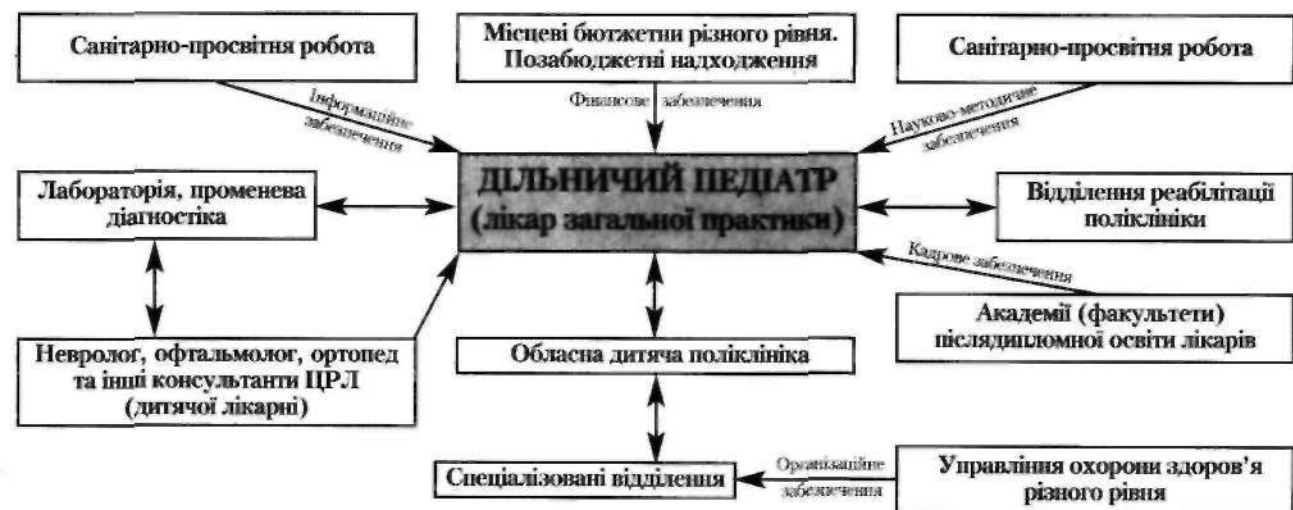


Рисунок 1. Схема організації надання допомоги дітям

#### Підсумки

Впровадження розробленого 5-ї етапного комплексу заходів профілактики та лікування в роботу жіночої та дитячої консультації одного з районів показало, що у дітей першого року життя зменшилась частота гіпотрофій на 14%, рахіту - на 37%, анемії - на 41%, ПУНС - на 50%, дисбактеріозу кишечника - в 2 рази, індекс захворюваності ГРЗ зменшився на 10%, а частота поліморбідної патології - на 26%.

Це свідчить про достатню ефективність застосування 5-етапного комплексу профілактично-реабілітаційних заходів найбільш поширених захворювань в т.ч. поліморбідної патології у дітей першого року життя і дозволяє рекомендувати його для широкого впровадження в установи акушерського та педіатричного профілю.