

**Міністерство освіти і науки України
Сумський державний педагогічний університет
імені А.С.Макаренка**

Кондратюк С.М.

ОСНОВИ ПЕДІАТРІЇ

**Навчальний посібник для студентів спеціальності
«Дошкільна освіта»**

Суми – 2018

УДК 616- 053.2 (075.8)

ББК 57.3 73

К 64

*Рекомендовано Вченою радою
Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка
(протокол № 8 від 05 березня 2015 року)*

Рецензенти:

доктор педагогічних наук, професор *Лисенко Н.В.*;

доктор педагогічних наук, професор *Рогальська-Яблонська І. П.*;

доктор медичних наук, професор *Пристапа Л.Н.*

Кондратюк С.М.

К 64 Основи педіатрії. Навчальний посібник для студентів спеціальності «Дошкільна освіта» – Суми: СумДПУ імені А.С. Макаренка, 2018 – 286 с.

Навчальний посібник рекомендований для підготовки фахівців за спеціальністю «Дошкільна освіта», складений відповідно до навчального плану. При його створенні враховано нароби ряду дослідників з означених питань, нормативні документи: закони України «Про вищу освіту», «Про дошкільну освіту», Конвенція про права дитини та ін.

Матеріали посібника охоплюють широкий спектр проявів різних хвороб дітей дошкільного віку, гігієнічні основи організації життя дітей, особливості їх виховання і навчання в дошкільних закладах.

Навчальний посібник призначений для студентів спеціальності «Дошкільна освіта», також буде в нагоді всім, хто цікавиться питаннями збереження здоров'я дітей.

УДК 616- 053.2 (075.8)

ББК 57.3 73

© С.М. Кондратюк, 2018

© Сум ДПУ імені А.С. Макаренка, 2018

ЗМІСТ

ПЕРЕДМОВА.....	5
РОЗДІЛ І ПЕДІАТРІЯ ЯК НАУКА ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБИ ДИТИНИ.....	7
1.1. З ІСТОРІЇ РОЗВИТКУ ПЕДІАТРІЇ В УКРАЇНІ.....	8
1.2. ВІКОВА ПЕРІОДИЗАЦІЯ. ПСИХОФІЗИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІКОВИХ ПЕРІОДІВ	16
1.3. ПОНЯТТЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЙОГО ПОКАЗНИКИ	35
1.4. АДАПТАЦІЯ ДИТИНИ ДО ДИТЯЧОГО САДКА.....	43
1.5. ФУНКЦІЇ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ	57
1.6. ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ.....	66
1.7. ПОНЯТТЯ ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБУ	84
РОЗДІЛ 2 АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ХВОРОБИ СИСТЕМ І АПАРАТІВ ОРГАНІВ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ	99
2.1. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	99
2.2. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМ	112
2.3. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ.....	125
2.4. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ.....	140
2.5. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ	154
2.6. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ.....	164

2.7. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ	177
РОЗДІЛ 3 ІНФЕКЦІЙНІ ДИТЯЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ.....	190
3.1. ПОНЯТТЯ ПРО ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ. ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ІМУНІТЕТ, ЙОГО ВИДИ.....	190
3.2. ІНФЕКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ. ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ ТА ОТИТ У ДІТЕЙ	197
3.3. ІНФЕКЦІЙНІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ.....	211
3.4. ЗАХВОРЮВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У ДІТЕЙ	220
3.6. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА.....	225
3.7. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ	238
ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК	256
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	263
ДОДАТКИ.....	268

ПЕРЕДМОВА

Висока стресогенність соціально-економічних факторів, несприятливі демографічні процеси в нашому суспільстві, а також негативний вплив екологічних факторів, умови і спосіб життя сімей супроводжуються різким погіршенням фізичного, соматичного та психосоціального стану здоров'я дітей. Саме тому збереження та зміцнення здоров'я підростаючого покоління нині визнані проблемами загальнодержавного масштабу.

В Україні основні підходи до збереження і зміцнення здоров'я дітей визначені у Законі України «Про охорону дитинства», у Державних національних програмах «Діти України» та «Освіта» (Україна ХХІ століття), міжгалузевій комплексній програмі «Здоров'я нації на 2002 – 2011 рр.», національній доктрині розвитку освіти України ХХІ століття. Так, основним завданням національної програми «Діти України» є «створення оптимальних умов для фізичного, психічного, соціального і духовного розвитку дітей, формування гармонійно розвиненої особистості, виховання громадянина, здатного до повноцінної життєдіяльності в усіх сферах виробництва, освіти, науки і культури».

Для успішного здійснення здоров'язбереження дітей, починаючи з раннього віку, майбутній вихователь повинен оволодіти знаннями з основ педіатрії, що і передбачено освітньо-професійною програмою підготовки бакалаврів спеціальності 6.010101 «Дошкільна освіта», де однією з провідних фахових дисциплін є «Педіатрія». Завданням даного навчального курсу є ознайомлення майбутніх вихователів з питаннями фізіології дітей раннього і дошкільного віку; гігієнічними основами виховання здорової дитини та загартовування її організму; основними захворюваннями, які часто зустрічаються у дітей раннього та дошкільного віку з метою своєчасного виявлення, надання невідкладної долікарської допомоги. Знання профілактичних заходів і їхнє повсякденне застосування дадуть можливість вихователю своєчасно виявити та ізолювати хвору дитину, сприятимуть зниженню захворюваності дітей, а також допоможуть правильно організувати навчально-виховну та оздоровчо-профілактичну роботу.

У процесі вивчення дисципліни студенти повинні знати всі необхідні нормативи та правила, дотримання яких забезпечить успішне проведення навчально-виховної роботи; анатомо-фізіологічні особливості дітей раннього та дошкільного віку; гігієну нервової системи, органів дихання, травлення, зору та ін.; знати про гігієну навколишнього середовища: природній і штучний мікроклімат, планування, будівництво й обладнання дошкільних закладів; гігієну предметів дитячого вжитку (іграшок, одягу, взуття,

навчальних посібників, дидактичного матеріалу тощо) та ін.; раціональний режим життя різних вікових груп та фізичного виховання для збереження здоров'я дітей; гігієнічні основи харчування як джерела здоров'я та нормального фізичного розвитку; методи профілактики інфекційних хвороб для попередження їх виникнення та розповсюдження.

У навчальному посібнику «Основи педіатрії» описані основні закономірності фізичного та нервово-психічного розвитку дітей дошкільного віку; клінічне значення вікових анатомо-фізіологічних особливостей дитячого організму; семіотику синдромів ураження різних систем та найбільш поширених дитячих інфекційних захворювань; принципи раціонального вигодовування та харчування здорових дітей раннього віку відповідно до сучасних тенденцій нутриціології.

Пропонований навчальний посібник складено відповідно до діючої програми і включає зміст, передмову, основну частину, бібліографічний опис та додатки. Навчальний матеріал основного тексту посібника структуровано на розділи, назви яких відповідають назвам змістових модулів дисципліни «Педіатрія». Окрім переліку необхідної для засвоєння теми літератури, подано контрольні питання, тестові завдання та наведено термінологічний словник.

Посібник розрахований на студентів спеціальності «Дошкільна освіта», також буде в нагоді всім, хто цікавиться питаннями збереження здоров'я дітей.

РОЗДІЛ І

ПЕДІАТРІЯ ЯК НАУКА ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБИ ДИТИНИ

Кожний народ достойно живе і розвивається тільки у разі повноцінного забезпечення умов для росту і всебічного розвитку свого майбутнього – підростаючого покоління.

Педіатрія – галузь медицини, яка вивчає причини виникнення, механізм розвитку, особливості проявів, лікування і профілактики захворювань в період дитинства з урахуванням анатомо-фізіологічних особливостей організму дитини.

Основним завданням педіатрії є збереження або повернення (при хворобі) стану здоров'я дитини, що дозволяє їй максимально повно реалізувати свій природжений потенціал життя.

Умовно в єдиній практичній науці педіатрії виділяють: *профілактичну, клінічну, наукову, соціальну, екологічну педіатрію*.

Профілактична педіатрія - система заходів, що сприяють попередженню захворювань та інвалідизації (профілактичні щеплення, асептики, профілактика рахіту, скринінг-програми на виявлення спадкових захворювань, планові диспансеризації та ін).

Клінічна педіатрія має основним завданням діагностику, лікування і етапну реабілітацію хворої дитини.

Наукова педіатрія має завданням формулювання парадигм, якими керується на сучасному етапі лікар-педіатр у своїй практичній роботі.

Соціальна педіатрія розглядає два кола проблем: 1) оптимальна організація управління охорони здоров'я, в тому числі економіки і планування, 2) вплив соціальних факторів на здоров'я дітей; практика медичної допомоги, проведення профілактичних заходів, взаємовідносин між медиками та громадськими організаціями, фондами; медичну освіту і виховання населення.

Екологічна педіатрія вивчає вплив природних факторів на здоров'я дітей; кліматичних, географічних, а також шкідливих факторів навколишнього середовища в тому чи іншому регіоні (інсектициди, пестициди, фенол, діоксид, двоокис сірки, свинець, проникаюча радіація та ін.).

1.1. 3 історії розвитку педіатрії в Україні

1. Зародження та розвиток педіатрії в Україні.
2. Сучасні проблеми та перспективи розвитку вітчизняної педіатрії.
3. Стан здоров'я дитячого населення в Україні.

1. Зародження та розвиток педіатрії в Україні

Початок розвитку педіатричних знань відноситься до глибокої давнини. Медичне обслуговування дітей проводилось з найдавніших часів існування людства на планеті. Пильна увага приділялась цьому питанню в часи Київської Русі, куди знання та досвід лікування та догляду за дітьми надійшли з Греції та Риму. Онука Володимира Мономаха Євпраксія займалася лікуванням при княжому дворі, вона написала книгу грецькою мовою, де виклала весь свій досвід з медицини, і яка, по суті є медичною енциклопедією. Книга охоплює питання терапії, фармакології, акушерства, проблеми новонароджених дітей. Ця праця зберігається у Флоренції.

Значну роль в історії української медицини загалом і педіатрії зокрема відіграв Києво-Печерський монастир, заснований в XI ст. прп. Антонієм та Феодосієм. Перші ченці Печерського монастиря прийшли з Афонської гори, де за імператора Романа при монастирі була закладена св. Афанасієм «лікарня хворих ради», і принесли з собою лікарські знання. Печерський Патерик доносить до нас відомості про кількох подвижників печерських, що успавилися своїм лікарським мистецтвом. Монастирська медицина породила перші на Русі лікарні. Найперші згадки про монастирські лікарні відносяться до XI ст. В 1063 р. ігумен Києво-Печерської Лаври Феодосій Печерський (1036–1074) запровадив перший в Україні монастирський статут, який передбачав, зокрема, організацію при монастирях опікування хворих та калік.

До другої половини XIX ст. педіатрія розвивалась поряд з акушерством і гінекологією.

Засновником педіатрії, як окремої науки, вважається Степан Хомич Хотовицький (1796-1889рр.), українець за походженням, професор медико-хірургічної академії в Петербурзі. Завдяки його наполегливим вимогам, педіатрія була відокремлена від акушерства в окрему науку. У рукопису «Педіатрика» (1847р.) С.Х. Хотовицький зазначав, що дитина – це не доросла людина в мініатюрі. Організм дитини суттєво відрізняється від організму дорослої людини не тільки розмірами, а й тим, що вона постійно росте, розвивається і вдосконалюється. Це мають урахувати не лише батьки та ті

хто доглядає за дитиною, а й хто досліджує її ріст і розвиток.

Видатним педіатром був також українець за походженням О.А.Кисіль, який народився в Києві (1859-1938рр.) та закінчив Київський університет Св.Володимира. Він опублікував чисельну кількість наукових праць (понад 600), де були висвітлені питання туберкульозу, ревматизму та інших інфекційних хвороб у дітей.

Боротьбу з дитячою смертністю і роботу щодо підготовки лікарів-педіатрів в Україні проводив професор І.В.Троїцький (1856-1923рр.) Він автор 150 наукових праць і декількох підручників з педіатрії, історії педіатрії та дитячої гігієни. Його «Курс лекцій з хвороб дитячого віку» (1887р), по суті, був першим повноцінним підручником з педіатрії в Україні. Учений працював у галузі антенатальної профілактики, гігієни дітей, з'ясування етіології та патогенезу дитячих інфекційних хвороб. Він довів вплив соціально-економічних умов на розвиток рахіту і рівень дитячої смертності, а також необхідність заходів щодо охорони здоров'я матері для нормального розвитку дитини.

У 70 роки XIX ст. починає свою науково-педагогічну діяльність Ніл Федорович Філатов. Його заслуга перед світовою педіатрією в тому, що він значно випередив своїх колег лікарів-педіатрів у вивченні проявів дитячих хвороб, особливо гострих інфекційних захворювань дитячого віку. Філатов вперше почав лікувати дифтерієюною сироваткою дітей, хворих на дифтерію. Майже всі праці Н.Ф.Філатова були видані іноземними мовами.

Першу в Україні кафедру дитячих хвороб було організовано в 1889 році при Київському університеті св.Володимира. В 1920 році – Київський медичний інститут. І тільки в 1930 році при медінституті було відкрито факультет охорони материнства і дитинства.

Значну роль у розвитку педіатрії в Україні відіграли вчені, як то Т.Н.Сперанський, М.С. Маслов, О.Ф. Тур, О.М. Хохол та інші.

Діяльність Т.Н. Сперанського була спрямована на вирішення питань в галузях неонатології, алергії, захворювань травного каналу та органів системи дихання. Наукові праці М.С. Маслова були присвячені вигодовуванню здорової дитини раннього віку. О.Ф. Тур, найталановитіший учень М.С. Маслова, українець за походженням зробив значний внесок у галузі гематології, дієтики, фізіології та анатомії дитинства.

Професор, член академії наук О.М. Хохол очолювала кафедру пропедевтики дитячих хвороб і госпітальної педіатрії при Київському медичному інституті ім. О.О. Богомольця. Її наукова діяльність (1945-1964рр.) була спрямована на вдосконалення вигодовування дітей 1-го року життя. Багато наукових праць О.М. Хохол присвятила захворюванням

травної системи, нирок і шкіри у дітей.

Кафедри педіатрії Київського медичного інституту відіграли важливу роль у розвитку педіатрії в Україні. Наукові праці колективів цих кафедр відомі за межами України. Колективи десятиліттями розробляли найактуальніші проблеми педіатрії, розвивали славні традиції видатних педіатрів.

Значний внесок у розвиток педіатричної науки та вдосконалення медичного обслуговування дітей і майбутніх матерів належить Українському науково-дослідному інституту педіатрії, акушерства та гінекології Академії медичних наук України. Він є провідним науковим закладом України, який протягом багатьох років здійснює організацію і координацію науково-дослідних робіт, спрямованих на вивчення проблем охорони здоров'я матері і дитини.

2. Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні

Аналіз сучасних тенденцій розвитку науки переконливо свідчить, що в ХХІ столітті прогрес у галузі клінічної педіатрії визначатиметься активним міждисциплінарним вивченням причин виникнення та клітинно-молекулярних механізмів перебігу захворювань, а також широким запровадженням у практику методів молекулярної, клітинної та біохімічної генетики, морфології, біохімії, фізіології та інших фундаментальних дисциплін.

Перспективними напрямками наукових досліджень у педіатрії є:

- вивчення стану основних функціональних систем, механізми адаптації та адаптивну норму в дітей, включаючи недоношених і підлітків у період постнатального онтогенезу в різних соціально-екологічних умовах;
- наукове обґрунтування й розробка комплексних критеріїв оцінки стану здоров'я дітей, стандартизація протоколів комплексної оцінки стану здоров'я дитячого населення різних вікових груп і створення системи моніторингу здоров'я дітей у регіонах із різними соціально-економічними та екологічними умовами;
- обґрунтування епідеміологічних та клініко-статистичних показників для формування системи моніторингу стану здоров'я дітей, що визначають фактори його ризику;
- розробка комплексів біометричних показників (нервово-психічного розвитку, середніх статистичних показників фізичного розвитку, периферичної крові, імунної системи тощо) для кожного критичного періоду розвитку дітей;
- оцінка особливостей фактичного харчування дітей критичних груп,

його вплив на формування здоров'я дітей та показати його взаємозв'язок із розвитком поширених хвороб дитячого віку, а також розробка методів харчової та медикаментозної корекції недостатності харчування;

- вивчення факторів ризику розвитку соціально значущих хвороб і розробити нові профілактичні технології, що забезпечать підвищення адаптаційних резервів дітей до несприятливих умов навколишнього природного та соціального середовища;

- розробка скринінг-програми виявлення вродженої, спадкової та набутої патології, а також комп'ютеризованих програм масових профілактичних оглядів дітей і підлітків;

- розробка нових алгоритмів діагностики й терапії різних захворювань періоду новонародженості, що передбачають зниження медикаментозного навантаження на недоношених дітей;

- наукове обґрунтування стандартів надання медичної допомоги та розробка протоколів діагностики й лікування соціально значущих захворювань дитячого віку;

- вивчення сучасної етіологічної структури інфекційної патології у дітей та розробка ефективних методів профілактики й лікування, приділення особливої уваги проблемі вакцинопрофілактики;

- сприяння розвитку нейропсихології раннього дитячого й підліткового віку, розвивання системи надання психологічної допомоги дітям і підліткам, створивши умови для формування їх соціально ефективного життєвого стилю;

- розробка наукових основ фізичного виховання, початкової, професійної освіти та підготовки до праці й служби в армії, а також створення стійкої системи управління здоров'ям дітей і підлітків у закладах освіти;

- розробка нових форм амбулаторно-поліклінічної та стаціонарної допомоги, нормативи, функціональних обов'язків діяльності лікаря-педіатра та удосконалення системи надання медичної допомоги дітям і підліткам;

- удосконалення системи додипломної та післядипломної підготовки спеціалістів у медичних та педагогічних вузах із проблем росту й розвитку здорової дитини, навчальних програм й посібників, особливо для післядипломної підготовки, з питань профілактики, діагностики та лікування різних захворювань дитячого та підліткового віку, створення інформаційних та навчальних комп'ютерних систем з основних розділів педіатрії.

3. Стан здоров'я дитячого населення в Україні

Із 2012 року вперше в Україні впроваджується обов'язкова дошкільна освіта для дітей п'ятирічного віку. Важливим завданням реформи освіти є створення умов не лише для зміцнення інтелектуального потенціалу нації, а також і для збереження фізичного і психічного здоров'я кожної дитини. На сьогодні лише 2-5 % першокласників можуть бути визнані здоровими, 53-68% мають різні функціональні відхилення, 30-42% - хронічні захворювання.

Здоров'я нації визначається насамперед станом здоров'я її дітей. Дані численних досліджень показують, що джерело виникнення відмінностей у здоров'ї дорослих треба шукати в їхньому дитинстві. Здоров'я дітей є інтегральним показником загального благополуччя суспільства, а також тонким індикатором усіх соціальних та екологічних негараздів.

Останнім часом ситуація зі здоров'ям дітей наблизилась до критичної: підвищується рівень загальної захворюваності та поширеність захворювань окремих органів і систем. Цьому сприяє зростання інтенсивності впливу на здоров'я дітей і підлітків факторів екологічного та медико-соціального ризику, погіршення структури харчування, зниження ефективності проведення традиційних профілактичних заходів. Важливою особливістю сучасності є стрімке зростання кількості та зміна співвідношення факторів ризику, які впливають на гомеостатичні, імунологічні показники, розвиток і стан здоров'я дитини.

У сучасних умовах стан здоров'я дітей має неабияке значення, оскільки саме від стану здоров'я підростаючого покоління залежить розвиток суспільства у майбутньому. Результати різноманітних досліджень свідчать про наявну тенденцію погіршення показників здоров'я дітей в Україні. Спостерігається кількісне зростання функціональних розладів, гострої та хронічної соматичної захворюваності, синдрому дезадаптації, вроджених вад розвитку, морфофункціональних відхилень, зростає число дітей інвалідів, викликає чималу стурбованість і той факт, що збільшується кількість дітей із розладами психіки та поведінки, відповідно зменшується група здорових дітей.

Це можна пов'язувати не тільки з погіршенням екологічної ситуації, зниженням рівня соціального забезпечення та медичної культури населення, а і з недостатніми можливостями поширених методик оцінки стану здоров'я дітей для виявлення патологічних відхилень у дитини на донозологічному етапі. Наявність виражених несприятливих тенденцій у стані здоров'я підростаючого покоління зумовлює потребу у прийнятті якісно нових рішень під час організації та проведення медико-профілактичних заходів. Найбільш

пріоритетним завданням сучасної педіатрії є розробка нових та удосконалення існуючих технологій щодо збереження здоров'я здорової дитини. Насамперед це пов'язано з тим, що, не вивчаючи ґрунтовно особливості стану здоров'я дітей у сучасних умовах, ми практично втрачаємо можливість ранньої профілактики його порушень.

У науковій літературі існує багато визначень поняття «здоров'я». Вперше офіційне визначення здоров'я подав Річард Сігеріст (США) на початку 1940 р.: «Здоров'я – це не просто відсутність хвороб: це щось позитивне, радість життя, бадьоре сприйняття особистістю всієї відповідальності, покладеної на людину життям». Він зазначав, що ми повинні сприймати здоров'я не тільки як фізичний чи душевний стан людини, але і як соціальне явище. Це надихнуло експертів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на визначення поняття «здоров'я» у контексті концепції Р. Сігеріста, що й було в 1946 р. прийнято як частину преамбули Статуту ВООЗ: «Здоров'я – це стан цілковитого фізичного, психічного та соціального благополуччя людини, а не лише відсутність хвороб».

Отже, здоров'я – це природний стан організму, який характеризується врівноваженістю його з навколишнім середовищем і відсутністю яких-небудь хворобливих станів, де врівноваженість організму із зовнішнім середовищем – це ступінь його пристосованості, адаптованості до умов біологічного та соціального середовища, дієздатності.

Такий підхід до характеристики здоров'я особливо важливий стосовно дітей, оскільки врівноваженість із зовнішнім середовищем забезпечує своєчасність росту та розвитку дитячого організму. Це дає можливість відвідувати дошкільні заклади і оволодівати знаннями та навичками, відповідними до їх віку, без виникнення ознак дезадаптації.

У педіатрів завжди виникало питання стосовно критеріїв оцінки стану здоров'я дитини. Комплексне оцінювання стану здоров'я дитини – це інтегрований показник впливу на її організм як позитивних, так і негативних чинників. За даними відділення проблем здорової дитини Інституту педіатрії, акушерства та гінекології АМН України, найбільш суттєвими критеріями, що характеризують індивідуальне та колективне здоров'я дітей, є:

- досягнутий фізичний, нервово-психічний та інтелектуальний розвиток дитини, що відповідає його хронологічному віку;
- достатня функціональна та соціальна адаптація дитини в досить широкому діапазоні пристосування;
- високий ступінь резистентності до несприятливих впливів з оптимальною імунологічною реактивністю та швидким подоланням стресових реакцій;

– відсутність у дитини пограничних станів та ознак хронічних захворювань.

Характеристика здоров'я дітей більш складна у порівнянні з характеристикою здоров'я дорослого населення. Вона включає рівень фізичного, розумового, функціонального розвитку в різні вікові періоди, фізичну та нервово-психічну адаптацію до мінливих умов зовнішнього середовища, рівень неспецифічної резистентності та імунного захисту. Тому здоров'я дитини слід розглядати як відповідний біологічному віку стан життєдіяльності, гармонійної єдності фізичних та інтелектуальних характеристик, що зумовлені генетичними факторами і впливом зовнішнього середовища, формуванням адаптаційно-приспосувальних реакцій у процесі росту.

На сьогодні неможливо зрозуміти та визначити якість здоров'я дитини окремо від її соціального стану, конкретного середовища та місця проживання. Вплив цих факторів протягом життя дитини змінюється. Тобто здійснюється складна і постійна взаємодія, коли в одних випадках переважає спадкова основа, в інших – вплив оточуючого середовища. Так, у перші місяці життя дитини переважають біологічні фактори, а в наступні вікові періоди – соціально-гігієнічні та медик-організаційні. Вплив біологічних та соціально-гігієнічних факторів на процес формування здоров'я дитини в основному залишається на рівні сім'ї.

За результатами проведених досліджень встановлено, що режим дня значної частки дітей старшого дошкільного віку не відповідає їх віковим потребам та характеризується переважно статичною діяльністю з сенсорним, статичним та інформаційним компонентом. Визначено, що лише 46,0 % дітей міських дошкільних навчальних закладів (ДНЗ) та 28,0 % – сільських мають задовільну соціально-психологічну адаптацію до умов навчання. Порушення постави мають 67 % дітей на порозі школи (з них сколіотичну поставу – 8,4%); плоску стопу – 36 %, зниження зору – 26 %, порушення бінокулярного зору – 8,7 %. Доведено, що умови та організація навчання впливають на загальну захворюваність дітей, гармонійність фізичного розвитку, формування склепіння стопи; умови та організація занять з фізкультури впливають на формування постави вихованців, гармонійність фізичного розвитку, формування склепіння стопи.

Встановлено, що збереження високого рівня розумової працездатності та віддалення розвитку стомлення серед дітей старшого дошкільного віку залежать від функціонального стану кардіореспіраторної системи, вегетативної нервової системи, опорно-рухового апарату та розвитку дрібної моторики. Це визначає спрямування підготовки дітей до школи в старших

групах ДНЗ, в першу чергу, на підвищення резервів здоров'я дошкільників, розвиток у них дрібної моторики та координації рухів, формування правильної постави.

Таким чином, одним із важливих умов забезпечення здоров'я дошкільників є організація оздоровчого режиму дошкільного навчального закладу, який розробляють для кожної вікової групи з урахуванням корекції (за умов функціонування груп компенсуючого типу).

У Базовому компоненті дошкільної освіти – Державному стандарті дошкільної освіти України – «зведено норми і положення, що визначають Державні вимоги до рівня освіченості, розвиненості та вихованості дитини дошкільного віку; сумарний кінцевий показник набутих дитиною компетенцій перед її вступом до школи». Однією зі складових життєвої компетентності є, зокрема, здоров'язберігаюча компетентність. Процес формування всебічно розвиненої, здорової особистості на різних вікових етапах неможливий без постійного взаємозв'язку ДНЗ, сімейного та суспільного виховання.

Контрольні питання

1. Дайте визначення педіатрії як клінічній галузі медицини.
2. Назвіть видатних українських вчених-педіатрів.
3. Охарактеризуйте напрями досліджень у педіатрії: профілактичний, клінічний, науковий, соціальний та екологічний.
4. Назвіть етапи зродження педіатрії на українських землях.
5. Визначте перспективні напрями наукових досліджень у педіатрії.
6. Визначте чинники, які впливають на стан здоров'я дітей дошкільного віку в Україні.

Література

1. Волков, К.Н. Психологи о педагогических проблемах / К. Н. Волков, Под ред. А.А. Бодалева. – М.: Просвещение, 1981.
2. Історія медицини. В 2-х т. – К., 2000.
3. Майданник, В.Г. Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні / В. Г. Майданник // Здоров'я України. – 2006. – №8.
4. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С.К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991. – 442 с.
5. Ткаченко, С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунпрофілактики / С. К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. – К., 2009.

1.2. ВІКОВА ПЕРІОДИЗАЦІЯ. ПСИХОФІЗИЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ВІКОВИХ ПЕРІОДІВ

1. Віковий період, його якісні особливості.
2. Претанальна (дородова) та постнатальна стадії та їх фази.
3. Ранній дитячий вік
4. Переддошкільний вік та дошкільний вік

1. Віковий період – відрізок життя індивіда, який досягає певного ступеня розвитку і має характерні, відносно стійкі якісні особливості. Визначення періодів, стадій, фаз розвитку особистості необхідне для створення оптимальної системи навчання й виховання, використання в повному обсязі можливостей дитини на кожному віковому етапі.

Вікова періодизація є умовним поділом цілісного життєвого циклу на вікові періоди, що вимірюються роками. Відомо, що розвиток дитини відбувається за кілька періодів, які послідовно змінюють один одного. Цей процес є обов'язковим і передбачуваним. Оскільки не можна молодшого школяра повернути до дошкільного рівня розвитку, але можна передбачити, яким він стане у підлітковому віці. Критеріями їх визначення є системні суттєві якісні ознаки – психічні й соціальні зміни на певному етапі життя дитини.

У межах періоду відбуваються кількісні та якісні зміни психіки, що дає змогу виділити певні стадії, які послідовно змінюють одна одну. Тобто розвиток психіки людини має періодичний і стадійний характер. У межах стадій розрізняють менші часові відрізки розвитку – фази (наприклад, у періоді раннього дитинства виділяється стадія немовляти, а в межах цієї стадії – фаза новонародженості).

Важливе значення має розуміння зв'язку між періодами і стадіями розвитку, оскільки набуті знання і навички на попередній стадії переходять у наступну і використовуються в нових, складніших взаємовідносинах особистості із суспільним середовищем.

Здавна педагоги і психологи намагалися вирішити проблему визначення вікових періодів розвитку особистості. Зокрема, грецький філософ Арістотель (IV ст. до н.е.) зробив першу спробу визначити основні етапи розвитку людської психіки, вбачаючи в них повторення етапів родової еволюції органічного світу. Він розглядав цей процес як матеріалізацію природних можливостей, які згодом перетворюються на реальність і поєднують людину із зовнішнім світом. Арістотель розділив розвиток дитини

на три періоди (по сім років кожен) назвавши їх відповідно: рослинний, тваринний, розумний.

Під впливом суспільних вимог до навчання й виховання молодого покоління визначний чеський педагог Ян-Амос Коменський (1592–1670) обґрунтував принцип «природовідповідності» процесу навчання, обстоював потребу вивчати природу дітей і молоді, їх вікові особливості, зважати на них під час визначення змісту і методів шкільного навчання. Своє розуміння вікових особливостей психічного розвитку дітей він застосував під час вироблення теорії навчання. Його вікова періодизація складається з чотирьох етапів (по шість років кожен): дитинство, отроцтво, юність, змужнілість. В основі її – особливості розвитку і виховання дітей відповідно до періодів шкільного навчання.

На сучасному етапі розвитку педагогіки існують різні підходи до визначення вікової періодизації: за психолого-педагогічними критеріями, що враховують характерні для кожного віку рівень розвитку, зміст і форми навчання й виховання, основну діяльність, відповідний їй рівень свідомості й самосвідомості особистості. Природною основою вікових особливостей розвитку є анатомо-фізіологічне дозрівання організму, його органів, центральної нервової системи, залоз внутрішньої секреції.

Цілком обґрунтованою вважається вікова періодизація В. Крутецького: новонароджений (до 10 днів); немовля (до року); ранній дитячий вік (1–3 роки); переддошкільний період (3–5 років); дошкільний (5–6(7) років); молодший шкільний (6(7)–11); підлітковий (11 – 15 років); вік старшокласників (15–18 років). Перехід від попереднього періоду до наступного часто має кризовий характер.

Вікова криза – нетривалий за часом (до 1 року) період розвитку людини, що характеризується бурхливими психологічними змінами.

Кризи проявляються в негативних симптомах поведінки, фактах важкої виховуваності, тимчасового зниження навчальної працездатності, маючи не тільки негативне, а й позитивне значення у розвитку особистості. У дошкільному віці виділяють: кризу першого року життя, кризу трьох років, кризу 6–7 років.

Внаслідок багатьох причин розвиток дошкільнят відбувається по-різному, тому особистість кожної дитини поряд із загальними, типовими для певного віку має також індивідуальні риси. Здебільшого від них залежить ефективність виховних впливів. Тому вихователів важливо знати риси, якості кожної дитини на певному етапі розвитку. Знаючи причини появи у дитини нових рис або якостей, педагог ефективніше вирішуватиме конкретні виховні завдання.

Отже, глибокі знання загальних закономірностей психічного розвитку дитини, чинників, що сприяють формуванню її особистості на різних вікових етапах, дають змогу вихователеві оптимізувати навчально-виховний процес.

2. Пренатальна та постнатальна стадії та їх фази

Розвиток людини розпочинається ще до її народження і проходить такі етапи: зародження (утворення зі статевих клітин зародка), розвиток в організмі матері, народження дитини.

В організмі матері створюється оптимальні умови для розвитку зародка, які відповідають його фізіологічним особливостям, і в яких він найкраще захищений від температурних коливань, травм та впливу хвороботворних мікробів. Зародок із самого початку існування взаємодіє з організмом матері. У його розвитку реалізується спадково закріплена і передана в генах батьків програма побудови людського організму, систем його органів та їх функцій.

Період від запліднення яйцеклітини до народження дитини триває дев'ять місяців (280 днів). Розвиток дитячого організму протягом цього часу проходить дві фази: ембріональну (перші три місяці) та фетальну (від трьох місяців до народження). В ембріональній фазі людський зародок у стислі строки проходить скорочено основні стадії еволюції живих організмів – від одноклітинних істот до приматів. У фетальній стадії він стає плодом, набуваючи виразних людських рис у будові тіла, нервової системи. Швидко розвивається головний мозок. У його корі, утворення якої починається вже на восьмому тижні, після чотирьох місяців посилюється ріст зовнішнього її шару. Внутрішній шар росте повільніше, внаслідок цього утворюються борозни й звивини. Формуються інші шари головного мозку, утворюються механізми безумовних рефлекторних актів.

Протягом пренатального періоду всі життєві потреби дитячого організму забезпечує мати, її організм здійснює зв'язок плоду із зовнішнім середовищем. Вже на цьому етапі розвитку дитячого організму виявляються різні рефлекторні акти і мимовільні рухи плода, зачатки тактильної, температурної, больової, вестибулярної, звукової, вібраційної, смакової, нюхової чутливості. При повторенні одного й того ж подразника реакція плода згасає.

Це свідчить про їх рефлекторну природу, про виникнення явищ внутрішнього гальмування у корі головного мозку плода. Експериментально доведено можливість утворення умовних рефлексів у плода та в недоношених дітей. Це означає, що в останні місяці свого утробного

існування плід може не тільки реагувати на різні зміни середовища, а й переживати перші відчуття.

Постнатальна стадія - *стадія немовляти*, фаза новонародженості. У позаутробному житті дитини, а саме у першій стадії немовляти (від народження до року) виділяють коротку, але надзвичайно важливу фазу новонародженості (триває до чотирьох тижнів). Починається вона з акту народження – радикальної зміни способу життя дитини, перевірки її готовності до позаутробного існування, пристосування до нових умов. Відокремившись фізично від матері, немовля починає дихати легенями, отримуючи кисень з повітря, а не з крові матері, ззовні приймати їжу, перетравлювати її і виділяти непотрібні організму речовини. Протягом перших тижнів життя організм певною мірою адаптується до нового (сухішого, холоднішого, світлішого, різноманітно озвученого) середовища, в якому безупинно відбуваються зміни, часом різкі й несподівані. Новонароджена дитина має своєрідні анатомо-фізіологічні ознаки: вагу, довжину тіла, розвиток м'язів і кісток, нервової системи. Так, 70 % її тіла становить вода, вага – приблизно 3–3,5 кг, довжина тіла – 48–50 см. М'язи, зв'язки, кістки ще дуже слабкі, нервові механізми не сформовані. Проте нервова система дитини морфологічно (за зовнішнім виглядом, будовою) вже складена. Вага головного мозку становить приблизно 372–400 г. У корі великих півкуль є основні борозни й звивини, така сама кількість нервових клітин, що й у мозку дорослої людини. Проте більшість нервових провідних шляхів ще не покриті мієліновою оболонкою, наслідком чого є дифузний (розсіяний) характер усіх реакцій дитини. Нервові клітини головного мозку малої дитини мають ще невеликий потенціал працездатності, швидко втомлюються. Тому в перші тижні життя дитина майже увесь час спить. Активність її виявляється у вроджених чуттєвих і рухових реакціях.

Основним пізнавальним органом дитини є рот. Але більш сформованими та енергійними є пов'язані з харчуванням рухи (ссання, ковтання, випльовування, мімічні рухи). Тому важливе значення має природне годування дитини, яке позитивно впливає на її фізичний і психічний розвиток. Крім харчових рефлексів дитині потрібні також рухи грудної клітки та діафрагми, що забезпечують нормальне дихання.

У перші дні після народження найбільше значення в життєдіяльності дитини мають аналізатори (тактильні, смакові, нюхові, температурні, вестибулярні) і відповідні їм форми чутливості. На звукові подразники новонароджені реагують легким тремтінням повік, незначною зміною пульсу та дихання. Звуки людського голосу викликають більш жваву реакцію. Дещо пізніше починає функціонувати зоровий аналізатор. З появою зорового і

слухового зосередження помітно збільшується час неспання дитини, який заповнюється своєрідною активністю, що стає джерелом нових вражень; виникає елементарна пізнавальна активність, пов'язана з потребою в нових враженнях.

Наприкінці першого місяця дитина вперше ніби впізнає матір: пильно й осмислено дивиться в її очі, неквапно й широко їй усміхається. У маляти з'являється весела міміка, блиск оченят, воно глибоко дихає, простягає ручки, перебирає ніжками. Тривалість такого емоційно-мімічного стану стає довшою, він переноситься й на інших людей, які звертаються до дитини. Це – потреба в людині, у спілкуванні з нею.

Друга фаза розвитку немовляти. Під впливом природних і нових потреб, що виникають на їх основі (у враженнях, спілкуванні з дорослими), у дитини швидко розвиваються форми активності й функції, які їх задовольняють. Цьому сприяють: фізичний ріст; розвиток нервової, сенсорної, моторної систем; поява перших форм спілкування з дорослими.

До кінця першого року життя немовля росте швидко: його зріст становить 70–75 см, а вага – 9–10 кг. Прорізаються молочні зуби. Інтенсивно розвивається нервова система. Вага мозку однорічної дитини досягає в середньому 850–900 г. Швидко розвиваються аналізатори, зокрема центральні їх мозкові частини; у корі великих півкуль головного мозку відбуваються процеси аналізу і синтезу зовнішніх сигналів. Протягом першого півріччя життя аналізаторні функції швидко вдосконалюються, про що свідчить чіткіше диференціювання різноманітних сигналів. У дев'ять місяців діти розрізняють основні кольори, форми тіл (куб, куля, циліндр, конус).

З'являються перші форми спілкування дитини з дорослими. Протягом першого півріччя дитина починає розрізняти серед інших об'єктів людину. Вже з трьох місяців вона пізнає матір, зосереджує увагу на інших людях, фіксує їх зором і слухом, у чотири-п'ять – розрізняє близьких та чужих людей; у вісім-дев'ять – при спілкуванні з дорослими виникають і перші ігри. Згодом дитина починає гратися сама, надаючи перевагу грі з дорослими.

Диференціюються і функції різних форм домовного спілкування. Якщо спочатку дитина кричить від болю, голоду, реагуючи на дискомфортну ситуацію, то з часом її крик стає звертанням, засобом впливу на інших, у ньому з'являються різні модуляції (гнів, радість, нетерплячість, скарга, переляк). Збагачуються звукові інтонації та арсенал виразних рухів дитини, виникає зв'язок між ними і певними реакціями на них дорослих.

Постійно взаємодіючи з дорослими, дитина починає реагувати на їх мову, розуміти слова. Поступово у процес спілкування дитини з дорослими залучаються і мовні засоби, спочатку у формі розуміння їх мовлення.

Важливе значення у підготовці мовлення має з трьох місяців гуління (а-а-а, е-е-е тощо) – мимовільна неусвідомлена гра звуками, стимулом до якого спершу є голос, поява дорослого. Після шести-семи місяців виникає лепетання – багаторазове повторювання (часом по 20–30 разів поспіль) складів (ба-ба-ба, ма-ма-ма тощо). Після дев'ятого місяця дитина починає відповідати дорослому звуками, повторюючи ті, які чує від нього.

Слово дорослого починає регулювати поведінку дітей уже наприкінці першого року їх життя. Діти в цей час розуміють до 10–20 слів. Вони можуть виконувати завчені рухи при їх називанні, виконувати прості доручення – вибирати предмети за вказівкою, припиняти дію з ними під впливом заборони «не можна!». На кінець першого року життя діти вимовляють перші слова: «мама», «тато», «на», «дай» тощо. Спілкування з дитиною на цій стадії розвитку її мовлення ще досить ускладнене і доступне лише близьким їй людям. Але це вже мовне спілкування, що відкриває можливості дитини для засвоєння людського досвіду, нових перспектив її виховання.

Протягом першого півріччя відбувається сенсорний розвиток, а починаючи з другого – прискорюється розвиток рухів (моторики) дитини. Приблизно на п'ятому місяці виникають зорово-тактильно (на дотик) - кінестетичні (стосується положення і руху тіла) відчуття, що складають основу початкового орієнтування дитини у просторі. Відбувається і диференціація кінестетичних відчуттів у долонях і пальцях, що зумовлює розрізнення функцій пальців у акті хапання. Важливим для підвищення практичних і пізнавальних можливостей є розподіл функцій між правою і лівою руками.

На шостому місяці дитина здатна до сидіння, що вимагає від неї значного напруження, потрібного для підтримання рівноваги тіла. Поза сидіння – важливий здобуток у розвитку статичності дитини. Саме у цій позі починає формуватися характерне для людини вертикальне положення хребта, пов'язане з функціонуванням внутрішніх органів. Сидіння значно розширює можливості дитини отримувати враження від навколишнього світу, контакту з дорослими.

За нормальних умов розвитку восьми-десятимісячна дитина вже може стояти самостійно, за щось тримаючись, пересуватись, а на кінець року робити перші кроки. У формуванні статичності дітей виявляються індивідуальні особливості, зумовлені, як їх фізичним станом, так і особливостями виховних впливів. У цій фазі життя дитина виявляє невеликий набір вроджених емоцій.

Емоції – елементарні переживання, що виникають у людини під впливом загального стану організму. До емоцій належать переживання задоволення і незадоволення, страху і гніву. На основі вроджених емоційних

реакцій формуються умовні емоційні реакції: позитивна реакція на матір, усмішка, пожвавлення, коли дитина чує голос або бачить людину, яка піклується про неї. Емоції значною мірою виявляються у мимовільному наслідуванні. На усмішку маля відповідає усмішкою, плач інших дітей викликає у нього плач. З 7–8 місяців емоції дитини стають різноманітнішими, а їх вияви частіше стають засобом спілкування. Виникають емоційно-рухові умовні реакції на вигляд предметів, передусім іграшок, формується емоційне ставлення до них. У збагаченні емоцій дитини важливими є слова дорослих, пов'язані із цікавими чи приємними для неї діями. Наприкінці першого року виразно виявляються й індивідуальні відмінності в емоційній сфері немовлят, зумовлені особливостями їх життя.

3. Ранній дитячий вік

Ранній дитячий вік (від одного до трьох років) – період істотних змін в анатомо-фізіологічному, психічному розвитку, спілкуванні з дорослими.

Анатомо-фізіологічні особливості. Розвиток дитини характеризується подальшим інтенсивним фізичним ростом організму, хоч темп його уповільнюється. За перший рік життя дитина виростає на 20–25 см, за другий – на 10–12, за третій – лише на 7 см. До трьох років зріст її сягає 80–90 см, вага становить 14,8–15 кг. Змінюється співвідношення між величиною голови, тулуба та кінцівок. До двох років прорізуються всі 20 молочних зубів. Ритмічніше функціонує серце. До третього року життя вага мозку дитини досягає 1000 г, що становить 2/3 ваги мозку дорослої людини. Розвиваються нервові механізми, енергійно відбувається мієлінізація нервових шляхів у півкулях мозку. Концентрованішими стають процеси збудження й гальмування. Підвищується працездатність нервової системи, що виявляється і в збільшенні часу неспання.

Розвиток психіки і пізнавальної діяльності. Цей період характеризується значним розвитком психічних процесів і пізнавальної діяльності дитини.

Психіка – здатність мозку відображати об'єктивну дійсність у формі відчуттів, уявлень, думок, інших суб'єктивних образів об'єктивного світу.

Психічні процеси – різні форми єдиного, цілісного відображення суб'єктом об'єктивної дійсності (відчуття, сприймання, пам'ять, уява, уявлення, мислення, увага, почуття, воля).

Основою розвитку психічних процесів у дитини є її власна активність, що виявляється в спілкуванні з дорослими, маніпулюванні предметами, самотійному пересуванні та ін. Рухаючись самотійно, дитина знайомиться з

новими предметами, виявляє їх якості, створює їх цілісні образи. Тобто дії зумовлюють розвиток відчуття й сприймання.

Відчуття – психічний процес, що полягає у відображенні мозком властивостей предметів і явищ, станів організму під безпосереднім впливом подразників на відповідні органи чуття.

Сприймання – психічний процес відображення предметів і явищ дійсності за безпосередньої їх дії на органи відчуття, що супроводжується розумінням цілісності відображуваного.

Особливо інтенсивно розвивається в дитини зорова чутливість, а також дотикова і кінестетична чутливість рук.

Виникають різноманітні міжаналізаторні зв'язки, найважливішими з яких є координація рухів рук та очей. Швидко розвивається й слух у дітей, які уже розрізняють музичні тони, різні звуки, голоси людей і тварин. Розширюються можливості сенсорного (чуттєвого) виховання, що забезпечує їх перцептивну, моторну й мовну активність, зумовлює розвиток фонематичного й музикального слуху.

Сприймання предметів стає цілісним. Дворічні діти при виборі однакових предметів часто орієнтуються передусім на їх форму, потім на розміри (величину), а дещо згодом і на колір. Розвиток сприймання предметів у цьому віці значною мірою залежить від використання в роботі з дітьми дидактичних ігор, завдань (геометричних вкладок, матрьошок, пірамідок), які дають можливість співвідносити предмети із зразками, здійснювати вибір за кольором, формою і величиною.

На початку третього року життя дитина вже орієнтується в найближчому просторовому оточенні – у знайомій кімнаті, дворі, розрізняє напрями «вперед» і «назад», «догори» і «донизу», помічає зміни в розташуванні предметів. У неї виникають перші орієнтації і в часовій послідовності подій, але дитині ще важко розрізняти значення слів «сьогодні», «завтра», «вчора».

Увага в ранньому дитинстві розвивається від мимовільної її форми до перших виявів довільної (дія за вказівкою, долаття труднощів). Увага – форма психічної діяльності людини, що виявляється в її спрямованості й зосередженості на певних об'єктах з одночасним абстрагуванням від інших. Обсяг уваги ще дуже малий, її легко відволікає кожний новий, яскравіший об'єкт. Ця особливість дає змогу дорослим легко відвертати увагу дитини від небажаної дії. Наприкінці третього року слово може викликати увагу і спрямувати її, що створює умови для проведення коротких занять у групах дітей.

У ранньому дитинстві відбуваються значні зрушення в пам'яті. Пам'ять

– закріплення, збереження в мозку того, що відбувалося у минулому досвіді людини. Будучи одним із феноменів розумової діяльності людини, вона фіксує набутий дитиною сенсорний (чуттєвий), моторний, емоційний досвід. Зазнають перших змін основні процеси пам'яті (запам'ятовування, зберігання і відтворення інформації). Значно впливає на процеси запам'ятовування мовлення, відкриваючи можливість групувати численні елементи досвіду, позначати їх словом, міцніше закріплювати й оперативніше відтворювати. Це означає, що до народження, в утробному періоді розвитку, дитина ще не має пам'яті, живучи пам'яттю матері. З моменту сприйняття нею звуків, світла, смаку, запаху з'являється пам'ять.

Завдяки пам'яті кожне покоління передає свої знання і досвід наступному.

Пам'ять розвивається в образному, руховому, словесному й емоційному її видах. Образна пам'ять – пам'ять на уявлення, картини природи й життя, звуки, запахи, смаки. Моторна пам'ять – запам'ятовування, збереження й відтворення рухів, їх величин, амплітуди, швидкості, темпу, послідовності. Емоційна пам'ять – пам'ять на почуття.

Загалом процеси пам'яті на ранньому етапі мають мимовільний характер. Мимовільна пам'ять – запам'ятовування та відтворення, які не мають спеціальної мети щось запам'ятати чи пригадати. Дитина мимоволі запам'ятовує життєво значуще, емоційне, яскраве. Вона легше сприймає образний матеріал, ніж словесний, не підкріплений малюнком. Розуміння дитиною слова й особливо оволодіння активним мовленням робить можливими й перші вияви довільності в роботі пам'яті.

У поведінці дитини, в її діях з предметами, іграшками, у перших спробах малювати виявляються образи її уяви, хоча в ранньому віці не легко їх відокремити від образів пам'яті.

Уява – психічний процес створення образів предметів, ситуацій, обставин через використання наявних у людини знань в новій комбінації.

На другому і третьому році життя дитини активізується її репродуктивна (відтворювальна) уява. У перших іграх, в яких ще немає ні сюжету, ні ролі, уява виявляється в перенесенні дитиною відомої їй дії в нову ігрову ситуацію (годує ляльку, вкладає її спати, умиває, одягає тощо).

У предметних практичних діях зароджується мислення дитини, яка може мислити тільки про ті предмети, які бачить, з якими щось робить. Вона ще не здатна спочатку думати, а потім робити. Її мислення здійснюється в наочній ситуації практичними діями, тому і називається наочно-дійовим. Намагаючись переборювати різні перешкоди в досягненні наочно сприйманої й бажаної мети, дитина вдається до практичного аналізу (розламає іграшку, з'ясовуючи, що в

ній пищить), до практичного синтезу (складає будиночок з кубиків). Переміщуючи предмети в просторі, розподіляючи на частини і групуючи в певну цілісність, дитина здобуває нові знання про властивості предметів, їх просторові, кількісні відношення, причинні зв'язки. Вона вчиться мислити, відкривати для себе властивості об'єктів не просто на власному досвіді, а в процесі практичного і мовного спілкування з дорослими.

Перші узагальнення в ранньому мисленні здійснюються на основі окремих, найпомітніших ознак, а часом і зовсім несуттєвих. Запитання до дорослих («Це що?», «Хто це?» тощо) свідчать про зростаюче прагнення дитини пізнати навколишнє середовище. Серйозне ставлення дорослих до запитань дитини підтримує її допитливість, спрямовує увагу на непомічені нею особливості об'єктів, стає важливим фактором розвитку мислення.

Спілкування з дорослими. Воно є необхідною умовою забезпечення життя, розвитку й діяльності дитини. Нові фізичні та психічні якості, сформовані протягом першого року життя, і подальший розвиток дитини викликають якісні зміни у її взаєминах з дорослими. Вони виявляються у самостійності дитини, яка невпинно росте. Оволодіваючи у спільній діяльності з дорослими і під їх опікою предметними діями, способами пересування, дитина починає згодом виконувати їх вже без участі чи прямої допомоги дорослих (знаходити іграшку, гратися нею тощо). За таких обставин керувати поведінкою дитини стає складніше, бо доводиться зважати і на можливу внутрішню стимуляцію.

Якщо дорослі не враховують цих якісних змін у психіці дитини, в її стосунках з оточенням, прагненнях, виникають конфлікти, які спричиняють зриви в її поведінці, перші прояви неслухняності, примхи. За таких умов виникає описана у психологічних працях «криза першого року», що є результатом невідповідності між новими прагненнями і можливостями дитини та застарілими формами її взаємодії з дорослими. Якщо дорослі враховують все це, надають дитині більшої самостійності у межах її можливостей, кризи вдається уникнути.

Від одного до трьох років настає стадія сензитивності (особливої чутливості) дитини до мовних впливів. Пасивний словник дитини швидко поповнюється. До двох років вона розуміє всі слова, що стосуються її оточення.

Якщо дорослі мало розмовляють з дитиною, не стимулюють її до засвоєння й активного використання слів або ж довго говорять нарочито дитячою мовою, розвиток мовлення дитини гальмується.

Важливим досягненням дитини є оволодіння нею слуханням мовлення, зокрема вказівок щодо її дій та розповідей дорослих. На другому-третьому

році життя діти охоче слухають оповідання, казки, вірші, які вперше виводять їх за межі безпосереднього спілкування з дорослими, дають їм відомості про те, чого вони ще не бачили. Це збагачує дітей пізнавальною інформацією, знайомить їх з моральними ситуаціями й оцінками, що сприяють початковому моральному вихованню.

Наприкінці другого року життя удосконалюється граматична структура мовлення дитини: з'являються складніші речення, морфологічні елементи множини, теперішній і минулий час дієслів, родовий, давальний, знахідний відмінки.

Мовні надбання дітей стимулюють позитивні зрушення у їх психічному розвитку, позначаються на всіх психічних процесах (відчуттях, сприйманні, мисленні, пам'яті). Наприкінці раннього дитячого віку мовлення починає виконувати у житті дитини не тільки комунікативну функцію, а й деякі інші – планування дій, інструктування самої себе. Воно виявляє себе і як засіб усвідомлення власних можливостей, саморегуляції поведінки, певної її самостійності. Недоліки в розвитку мовлення позначаються на подальшій поведінці дитини: формуються неповноцінні взаємини між нею та іншими дітьми, дорослими. Це призводить до пасивності, нерішучості, безініціативності, несамотійності дитини. Важливу роль у розвитку дитини відіграють слова-оцінки дорослих. Пов'язані з відповідним виразом обличчя, мімікою, жестами, ставленням до дитини чи ситуації, слова «добре», «погано», «гарно», «соромно», «можна», «не можна» стають сильними стимулами для вияву її емоцій, підкріплення її дій. Можна помітити стійке ставлення до певних осіб (симпатії, антипатії, страх).

З розвитком активності, самостійності дітей різноманітнішими стають їх стосунки з дорослими. Розвиваються взаємини й між самими дітьми, виникають спільні ігри. Спочатку в іграх дитя частіше займається чимось своїм, хоч і любить, щоб поряд були діти (так звані «ігри поряд»).

Наприкінці другого року життя виникає так звана «криза трьох років». Її сутність полягає у психологічному відокремленні дитячого «Я» від оточуючих дорослих, що супроводжується певними специфічними проявами – впертістю, негативізмом, норовистістю. Їх причини – невдоволеність взаєминами з дорослими, прагнення знайти власну позицію.

У період «кризи трьох років» у дітей виробляється певний комплекс поведінки. Вони прагнуть самоствердитись, самостійно досягти позитивного результату в своїй діяльності. Самолюбство дитини проявляється в переживаннях гордощів за досягнення, позитивно оцінених батьками й вихователями («я вже великий», «слухняний», «самотужки одягаюсь» і т. ін.), постійних заявах і вимогах «Я сам!», бажанні бути схожим на дорослих,

наслідувати їх. Негативне чи байдуже ставлення вихователя, батьків до результатів діяльності викликає у дитини образ, смуток. Загалом, цей період характеризується підвищеною вразливістю й чутливістю малюка до оцінювання його досягнень дорослими.

Отже, протягом перших трьох років життя дитини відбуваються якісні зміни, які забезпечують поступове перетворення малюка з безпомічної істоти на активного діяча в найближчому суспільному середовищі.

4. Переддошкільний та дошкільний вік

Переддошкільний вік (від 3 до 5 років) має свої анатомофізіологічні особливості розвитку, особливості психіки і пізнавальної діяльності, особистісного формування дитини.

Анатомо-фізіологічні особливості. Високий темп фізичного розвитку, що був характерним для перших двох років життя малюка, на третьому році дещо уповільнюється. У середньому за рік маса тіла збільшується на 2 кг, а зріст – на 7–8 см. Саме з цього віку починається помітне накопичення м'язової сили, збільшується витримка, зростає рухливість. Кісткова система зберігає ще в окремих місцях хрящову будову (кисті рук, гомілки, деякі частини хребта). Тому необхідно постійно стежити за поставою, положенням тіла дитини під час сидіння, сну тощо. Нервова система ще дуже вразлива і вимагає дбайливого ставлення до неї з боку дорослих.

Розвиток психіки і пізнавальної діяльності. У переддошкільному віці вдосконалюються сенсорні можливості дітей. Вони можуть добирати за зразком основні геометричні фігури з різного матеріалу, предмети основних кольорів та називати ці кольори. Протягом переддошкільного віку дитина навчається розрізняти всі спектральні кольори.

Інтенсивно розвивається зорова, тактильна і кінестетична чутливість, координуються дії рук та очей. Швидко розвивається фонематичний і музикальний слух, здатність розрізняти різні шуми, голоси людей, звуки й тони музики.

Має свої вікові особливості й пам'ять. Оскільки довільні процеси не досить розвинені, дитина ще не вміє цілеспрямовано запам'ятовувати, тому основним ще є мимовільне запам'ятовування та згадування. Переважає наочно-образна і рухова пам'ять. Діти цього віку можуть відтворити у середньому не більше 4 предметів (їх відображень) з 10–15. Ця обмеженість виявляється і в запам'ятовуванні окремих слів у середньому не більше 2 слів з 10.

Як і молодші діти, дошкільники найлегше запам'ятовують те, що справило на них сильне враження. «Пам'ять дитини – це її інтерес», –

твердять психологи. Тому впродовж усього дошкільного дитинства дуже важливо зробити для дітей цікавим те, що вони повинні запам'ятати: слова, образи, предмети. Водночас вихователі, батьки повинні подбати, щоб пам'ять дітей збагачувалась знаннями, конче потрібними для їх подальшої діяльності.

Дітям властиве активне дійове мислення, їм легше що-небудь зробити, аніж розповісти про зроблене, оскільки в них ще не розвинуте словесне мислення, вони не вміють уявно вирішувати завдання. Звідси розходження між тим, що дитина робить, і тим, як вона пояснює свої дії. Тому дітей слід спрямовувати на вирішення маленьких, але конкретних завдань: спочатку навчити їх розуміти питання, а потім – відповідати на нього, тобто мислити. Для розвитку словесного мислення використовують дидактичні ігри, бесіди, інші мовні завдання. І чим старшою стає дитина, тим більше вона вдається до наочно-образного, а потім і логічного мислення.

Характерні особливості у цей період має увага: підвищується стійкість мимовільної уваги, збільшується її обсяг. Стійкість уваги – це проміжок часу, протягом якого дитина може зосереджуватися на певній діяльності. Якщо у трирічному віці вона триває у середньому 25–27 хв., то в переддошкільному – упродовж 50 хв. Діти можуть безперервно гратися. В інших видах діяльності дитина ще не здатна довго зосереджувати увагу.

Слово дорослого є засобом формування перших виявів довільної уваги. Процес її починається від мовних вказівок, котрі сигналізують, що можна робити, а що – ні, на що обов'язково слід звернути увагу. Правильне формулювання завдань, їх мотивація, вироблення певних умінь, необхідних для певної діяльності, розвивають увагу. Тривалість та обсяг уваги у різних дітей не однакові й залежать від способів роботи з ними, виховних прийомів.

Не досить стійкими у дітей є образи уяви, що виникають у процесі гри або інших видів діяльності, хоч вони бувають надзвичайно яскравими. Жвавість уяви дітей виявляється в тому, як вони перевтілюються, про що свідчать їх переживання при сприйманні казок, малюнків, вистав. Дорослі повинні бути уважними до вибору книжок для читання, розповідей дітям, обережними у розмовах у їх присутності. Не слід викликати у них почуття страху нагадуванням про можливі небезпеки – це породжує полохливість, страх самотності, темряви, незнайомих людей.

У переддошкільному віці досягає свого розвитку мовлення дитини. У неї загострюється інтерес до мови оточуючих людей. Швидко поповнюється активний словник (1500–2000 слів). Значно змінюються пасивне й активне мовлення, яке на п'ятому році наближається до мовлення дошкільника. Відбувається подальше освоєння – граматичної будови мови. Діти вживають багатослівні складні речення. Мова стає основним засобом спілкування з

дорослими і однолітками.

Формування особистості. Відбуваються значні зміни у спілкуванні дитини з дорослими та однолітками, ігровій діяльності. Висока чутливість до емоційного спілкування зберігається, але здебільшого під час спільних предметних чи ігрових дій з дорослими. Дітям уже не достатньо однієї доброзичливої уваги – їм потрібно, щоб дорослі брали участь в їхніх діях. У практичній взаємодії діти, наслідуючи дорослих, засвоюють предметні дії, досягаючи завдяки цьому певного рівня розвитку навичок предметної діяльності.

Саме на цьому етапі в основному формується потреба дитини у спілкуванні з однолітками. Якщо раніше одноліток сприймався як об'єкт навколишньої дійсності, то тепер дитина ставиться до нього як до рівного собі суб'єкта.

Ігрова діяльність різноманітніша й змістовніша. Зміст сюжетної рольової гри розкривається завдяки виконанню дитиною взятої на себе ролі й дотриманню правил гри. Роль набуває організуючого значення, а дії стають узагальненими. Крім того, діти вже не просто відтворюють окремі дії, а об'єднують і підпорядковують їх. Виникає колективна гра.

Великого значення набувають творчі ігри, де діти беруть на себе певні ролі і підпорядковують їм свої вчинки. У цих іграх виявляється інтерес до світу дорослих, які для них є взірцем поведінки. Спільні ігри дітей починають переважати над індивідуальними та іграми поруч, проте достатньої узгодженості між учасниками ще немає і тривалість гри невелика. У процесі ігрової діяльності відбувається й особистісний розвиток переддошкільника.

Характерною особливістю дітей цього віку є значне емоційне збудження, нестриманість і недостатня стійкість емоцій, які швидко виникають і швидко минають, змінюються на протилежні. Потрібен особливий такт, який не допускав би грубого втручання в діяльність дитини, бо це може викликати сильні афективні реакції. Чим менша дитина, тим більше слід уникати впливу на неї сильних подразників. Водночас потрібно поступово виховувати і гальмівні процеси, які складають основу уміння стримувати себе, свої почуття.

Основні життєві потреби дитини цього віку – любов, доброта, увага дорослих, ігри та спілкування з однолітками, яскраві переживання. Але необхідно пам'ятати, що нервова система дитини настільки не сформована, що навіть маленький колектив є для неї сильним подразником і дуже втомлює.

Попри зростаючу самостійність дітей, роль дорослих в їхньому житті

ще дуже велика. Основні потреби у спілкуванні з дорослими починають переходити із практичної сфери (спільного виконання дій) у пізнавальну: дорослі стають джерелом різноманітних знань про навколишнє середовище. Діти виявляють підвищену чутливість до тону розмови, настрою співбесідника, ставлення до себе оточуючих. Вони також дуже чутливі до емоційного стану ровесників, легко переймаються їхніми почуттями. У цьому віці дуже важливо приділяти увагу вихованню гуманних почуттів та уявлень про доброту, чуйність, взаємодопомогу, дружелюбність.

Дошкільний вік (від п'яти до шести-семи років) – останній віковий період дошкільного дитинства.

Анатомо-фізіологічні особливості. На п'ятому році характерний для переддошкільників швидкий ріст організму дещо уповільнюється і знову прискорюється наприкінці дошкільного дитинства. Середнє щорічне збільшення зросту дошкільника становить близько 6 см, дівчатка дещо випереджають хлопчиків. Щорічно вага дитини збільшується на 1,5–2 кг, змінюються пропорції тіла, видовжується тулуб і особливо ноги.

Для кісткової системи дитячого організму характерне недостатнє окостеніння, хрящова будова її окремих ланок, значна гнучкість та еластичність хребта. Працездатність м'язів дошкільника значно нижча, а стомлюються вони швидше, ніж у школяра. Загальний розвиток опорно-рухового апарату виявляється у підвищенні координації, вправності й точності рухів.

Удосконалюється діяльність серцево-судинної системи. Збільшуються розміри серця (до п'яти років у 4 рази порівняно з новонародженою дитиною). Змінюється ритм його роботи (у новонародженій дитини – 120–140 ударів на хвилину, у старшого дошкільника – 70–100). За надмірних фізичних навантажень ритм серцевих скорочень легко порушується, виникає втома серцевого м'яза.

Завдяки загальному фізичному розвитку дошкільників удосконалюється структура і функції мозку, відбуваються прогресивні зміни вищої нервової діяльності, для якої характерною стає особлива жвавість орієнтувальних реакцій. Розвивається умовне гальмування, посилюється регулятивний вплив кори великих півкуль головного мозку на функціонування підкірки, що зумовлює фізіологічну основу цілеспрямованості й організованості поведінки.

Розвиток психіки і пізнавальної діяльності. Функціональні зміни в роботі центральної нервової системи дитини пов'язані з морфологічними змінами в будові головного мозку, збільшенням його ваги, яка наприкінці шостого року досягає 1350 г (90 % маси мозку дорослої людини),

розвиваються його функції. Ускладнюється структура аналітико-синтетичної діяльності, розширюється сфера впливу словесних подразників, сигналів на розвиток діяльності дитини, що є передумовою психічного розвитку дитини.

Відбувається помітне підвищення чутливості аналізаторів, їх здатності диференціювати оптичні, акустичні та інші властивості предметів і явищ, продовжує розвиватися кольоровідчуття, розрізнення світлових відтінків. Мовний слух дитини розвивається швидше, ніж звуковисотний, який є основою музикальних здібностей.

Прискорено розвиваються кінестетичні відчуття завдяки рухливим іграм, ритмічним і фізкультурним вправам, малюванню, ліпленню, ручній праці. Розвиток їх виявляється у збільшенні точності й вправності рухів, швидкості вироблення рухових навичок.

Сприймання дошкільників розвивається в різних видах діяльності (ігрової, практичної). Поступово воно виокремлюється у відносно самостійні дії, спрямовані на пізнання предметів навколишнього світу, на виконання перших перцептивних (чуттєвих) завдань. Дитина вдається до спеціальних прийомів детального обстеження предмета, сприймання її стає активнішим, цілеспрямованішим, збільшується тривалість розглядання об'єктів.

Дитина вчиться керувати своїм зором, рукою. Більшого значення набувають мисленнєві процеси: упізнаючи предмети, дитина порівнює їх, використовуючи свої знання, хоч при цьому нерідко ще не вміє відділити те, що бачить, від того, що знає про предмет.

Інтенсивно розвивається просторова орієнтація дошкільників та орієнтування в часі.

Пам'ять їх розвивається в осмисленій діяльності, в якій розуміння є основою як мимовільного, так і довільного запам'ятовування. У процесі спілкування з дорослими у дітей все частіше виникає потреба запам'ятати і пригадати, від цього значною мірою залежить результативність їх діяльності. Тому саме в цьому віці починається формування власне мнемічних (мнемоніка – мистецтво запам'ятовування) дій, які мають свої специфічні цілі та способи їх досягнення.

Розширення зв'язків дошкільника з середовищем, виникнення нових їх видів і форм закономірно виявляється в розвитку його уяви. Збагачується репродуктивна уява, здійснюється процес формування довільності уяви. У цьому віці відбувається цілеспрямоване створення образів. Розвивається наочно-дійове мислення, виникають нові його форми. Мислення стає образно-мовним, набуває певної самостійності: поступово відділяється від практичних дій, стає розумовою дією, спрямованою на вирішення пізнавального мислительного завдання. Тому мовлення набуває все більшого

значення в його функціонуванні. За допомогою мовлення діти починають мисленно оперувати об'єктами, зіставляти їх, розкривати їх властивості й відношення, виражати цей процес і його результати в судженнях, міркуваннях.

Розвиток мислення у дітей дошкільного віку пов'язаний із позитивними зрушеннями в їх мовленні. Швидко збагачується словник дошкільняти. Спостерігаються значні індивідуальні відмінності в збагаченні словника, зумовлені середовищем, в якому росте дитина, різноманітністю її мовних контактів з дорослими.

У дошкільників виникає внутрішнє мовлення, що стає засобом формування й функціонування внутрішніх розумових дій. Поява внутрішнього мовлення є ознакою розвитку словесно-логічного мислення. Розвивається чуття мови, яке допомагає успішніше користуватися мовою, виправляти помилки свого мовлення і помічати такі помилки в інших.

У цей період активно починає формуватись довільна увага. Діти вже можуть виділяти об'єкти, які потрібні в їхній діяльності, і спеціально зосереджуватися на них. Значно зростає стійкість, збільшується обсяг мимовільної та довільної уваги. Але підвищена збуджуваність, невисока працездатність при кисневому голоді різко знижують увагу. Можливість довільної уваги в цьому віці ще надто обмежена, тому необхідно цілеспрямовано працювати над її розвитком.

Дошкільне дитинство здавна називають віком гри. Вважаючи гру основною діяльністю дошкільника, психологи виходять з визнання соціальної обумовленості її розвитку. Гра – особлива форма життя дитини в суспільстві, причому дуже важлива для неї. Вона є діяльністю, в якій діти виконують ролі дорослих, відтворюючи в ігрових умовах їх життя, працю та взаємини між ними.

Якщо в ранньому дитинстві основним моментом гри є оволодіння предметами і способами дій з ними, то у грі дошкільника головним стає людина, її дії та взаємини з іншими людьми. Гра набуває рольової форми, дитина вчиться гратися. Головне при цьому дотримання правил, обумовлених роллю і сюжетом гри, яка стає спільною, справді колективною. У колективній грі між учасниками виникають реальні стосунки. Дитині не байдуже, з ким гратися. Вона обирає партнера. Коли до гри залучається особисте ставлення, вибір, симпатії, це створює сприятливий ґрунт для підвищення її виховної ролі в житті дитини.

Окрему групу становлять дидактична гра, гра-драматизація, гра-фантазування. Вони не мають властивості дошкільній грі мотивації: у них головне результат, а не процес. Дидактична гра – кілька підготовчих

операцій до виконання ігрового завдання. Гра-драматизація відтворює дію, типovu для персонажа. У ній важливий не тільки процес зображення, а й якість відтворення. Гра-фантазування – особливий вияв вигадки, де немає дії, правил, завдання. Усі ігри можна вважати перехідними формами до неігрової, продуктивної діяльності, а також до ігор школярів.

Особистісний розвиток. У зв'язку із задоволенням зростаючої потреби дитини в товаристві ровесників розвиваються соціальні емоції (симпатії, антипатії, уподобання тощо). Діти вибірково ставляться до об'єктів прихильності, а приязнь чи неприязнь до когось втрачає ситуативність і стає постійним почуттям. Фактором розвитку почуттів є оволодіння формами експресії: виразу почуттів за допомогою слів, інтонації, міміки. У процесі спілкування в дітей формуються моральні почуття. Важливе значення у їх становленні мають оцінні відношення. Переживання гордошів виникають внаслідок схвалення дорослими актів поведінки. Урізноманітнюються вияви почуття власної гідності. У дошкільному віці стає важливим не просто вміння, а його якісний вияв, наприклад швидко і вправно одягатися, стрибати високо, далеко. З усвідомленням цінностей діти пишаються трудовими успіхами, професійною майстерністю батьків.

Розвиток почуття сорому, ніяковості пов'язаний із зростанням їх морального досвіду й самосвідомості. У малюка осуд вчинку викликає страх перед покаранням, збентеження і незадоволення собою. У дошкільному віці осуд стає внутрішнім, вчинене неподобство супроводжується зніяковінням, навіть уявлення про негідний вчинок викликає почуття сорому. Деякі діти ніяковіють через невпевненість, занижену самооцінку, надмірну чутливість до критичних зауважень. У них соромливість може стати рисою характеру.

Важливими для формування моральних почуттів дітей є уявлення про позитивні зразки поведінки. Наявність їх дозволяє дитині передбачати емоційні наслідки вчинку, переживати задоволення від схвалення своєї поведінки або невдоволення від негативного її оцінювання. Таке передбачення є вирішальним у формуванні моральної поведінки. Почуття самолюбства, гордошів, власної гідності, сорому стають мотиваційними компонентами моральних якостей особистості.

Воля дитини розвивається як здатність досягати мети, переборювати зовнішні та внутрішні перешкоди, свідомо регулювати свою поведінку. Мета, яку ставлять перед собою діти, ще не стійка, а задуми – плинні. Різні зовнішні фактори відволікають дітей, стають на заваді в досягненні мети.

Дошкільний вік – період засвоєння прикладу дорослих (норм, правил поведінки), формування механізмів особистісної поведінки, підкорення свого ставлення до речей та людей ідеальним зразкам, засвоєним від дорослих.

Зазнає змін спілкування дошкільників з дорослими. Воно набуває нових форм: від зовнішнього контакту дитина переходить до свідомого й добровільного підкорення дорослому. Крім практичного спілкування з дорослими, виникає інтелектуальне співробітництво, що знаходить свій вияв у дитячих запитаннях. Прагнення до активного спілкування з дорослими виявляється у намаганні прилучити їх до власних переживань, почути думку про свої дії або обговорити чийсь вчинки. Отже, комунікативна діяльність розгортається на основі пізнавальних та особистісних мотивів і містить елемент ініціативи та самостійності.

Обмеження самостійності, ініціативи породжує вияви впертості, негативізму, вередливості, егоїзму, самолюбства, опір вимогам дорослих навіть тоді, коли ці вимоги не суперечать бажанням і намірам самої дитини. Для дитини опір – вияв власної активності. Він виявляється у різних формах негативізму – нерозумному, безпідставному, демонстративному запереченні вимог дорослих, відмові їх виконувати. Це трапляється при гальмуванні дитячої активності й ініціативи, запровадженні системи заборон або необмеженої свободи, яка породжує свавілля й розбещеність. Дорослі, які розумно організовують своє спілкування з дитиною, стають об'єктом свідомого наслідування, здобувають авторитет.

У дошкільників розвивається й потреба у спілкуванні з ровесниками. Вони входять у товариство ровесників, вчаться зважати на пропозиції товаришів, поступатися своїми бажаннями, допомагати один одному, уболівати за загальні інтереси, відповідати за спільну справу. Це – ознаки становлення дитячого колективу. У дошкільників лідерами стають діти, здатні верховодити в іграх, інших справах. Популярність їх спочатку визначається не тільки справжніми достоїнствами чи внутрішніми перевагами, а й зовнішніми особливостями – привабливий вигляд, охайність тощо. Поступово набувають значення інші якості: уміння працювати, організовувати гру, кмітливість, спритність, доброта.

Самооцінка дітьми вчинків, умінь формується на основі оцінних суджень дорослих. Самооцінка – судження людини про наявність у неї якостей, характерних для певного еталону, зразка. Вона постає як вияв самооцінного ставлення до себе людини, як результат аналізу, порівняння, синтезу. Будучи основним структурним елементом самосвідомості особистості, особливу роль відіграє у саморегулюванні поведінки та діяльності. Суттєвою якісною характеристикою самооцінки є ступінь самокритичності. У цьому процесі діти спершу засвоюють і послуговуються оцінною думкою дорослого, потім вона стає власним переконанням. З віком об'єктивність самооцінок зростає. Вони схильні до самоствердження перед

дорослими, товаришами, а також перед самими собою, що є серйозною проблемою для батьків і вихователів.

Контрольні питання

1. У чому сенс знання вихователем вікових особливостей дітей?
2. Обґрунтуйте різні підходи до визначення вікової періодизації розвитку особистості.
3. Охарактеризуйте динаміку фізичного розвитку дітей дошкільного віку.
4. Які особливості розвитку психіки та пізнавальної діяльності дітей дошкільного віку у різні вікові періоди?
5. Які новоутворення виникають у дітей дошкільного?

Література

1. Аршавський, І.А. Основи вікової періодизації. - В кн.: Вікова фізіологія/ І.А. Аршавський - Л.: Наука, 2005 - С. 60.
2. Денисенко М.Ф., Крутій К.Л. Организация двигательного режима детей дошкольного возраста / М.Ф. Денисенко, К.Л. Крутій – Запоріжжя. – 1993. – 56 с.
3. Довідник дошкільного працівника. Упор. Л. Ф. Венжик, Є. А. Таранова. - К.: Радянська школа, 1980. - 400 с.
4. Костюк, Г. С. Вікова психологія / За ред. Г.С. Костюка. – К.: Рад. школа, 1976.

1.3. ПОНЯТТЯ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ТА ЙОГО ПОКАЗНИКИ

1. Фізичний розвиток дітей дошкільного віку.
2. Ріст та розвиток. Основні закономірності фізичного розвитку.
3. Порушення фізичного розвитку дітей.

1. Фізичний розвиток дітей дошкільного віку

У дошкільному віці закладаються основи гармонійного розвитку особистості, її фізичні досконалості - основи здоров'я, довголіття, формується багато рухових навичок, розвиваються фізичні якості (спритність, швидкість, сила та ін.). Своєчасне та успішне формування рухової функції людини, особливо в дошкільний період її життя, має першочергове значення для повноцінного фізичного розвитку.

Правильний фізичний розвиток - фізіологічний та педагогічний процес, спрямований на досягнення фізичної досконалості, зміцнення здоров'я,

підготовку підростаючого покоління до дорослого життя та праці.

Фізичний розвиток безпосередньо залежить від фізичного виховання, яке впливає не лише на зміцнення опорно-рухового апарату дитини, але й тісно пов'язане з іншими напрямками виховання, зокрема з розумовим - передбачає повідомлення дітям певних знань з фізичної культури, зокрема правил рухливих ігор, найраціональніших способів виконання рухів.

З особливою чіткістю виявляється зв'язок фізичного виховання з трудовим, адже в основі трудової діяльності лежать різноманітні рухи. Удосконалення рухового апарату дитини підвищує працездатність організму; розвиток фізичних та вольових якостей сприяє практичній та психологічній підготовці дошкільників до високопродуктивної праці в майбутньому.

Під час виконання фізичних вправ удосконалюються функції аналізаторів: зорового, слухового, рухового. Чіткішими стають оцінки простору, у дітей розвивається почуття ритму, підвищується точність і чіткість рухів та ін. Усе це створює необхідні передумови для кращого сприймання навколишнього середовища і певною мірою впливає на естетичний розвиток.

Для прищеплення дітям емоційних смаків у процесі фізичного виховання велике значення має додержання відповідних гігієнічних умов на заняттях, гарна фізкультурна форма, яскраве художнє оформлення фізкультурного інвентарю (м'ячів, прапорців, обручів тощо).

На виховання естетичних почуттів значною мірою впливає музика, яка супроводжує заняття та ранкову гімнастику. Вона сприяє ритмічнішому й координованішому виконанню рухів, задає темп вправ, допомагає виконати їх виразніше. Усе це поліпшує настрій дітей, викликає в них загальне емоційне піднесення.

Під фізичним розвитком дітей розуміють безперервний біологічний процес. На кожному віковому етапі він характеризується визначеним комплексом пов'язаних між собою та зовнішнім середовищем (при керівній ролі центральної нервової системи) морфологічних та функціональних властивостей організму та зумовлені цими властивостями запасом фізичних сил.

Фізичний розвиток, стан здоров'я, так як і народжуваність та дитяча смертність відображає стан дитячого колективу. Постійний нагляд за фізичним розвитком та станом здоров'я дітей, які проводять лікарі та медичні сестри дитячих закладів, необхідний, так як дозволяє своєчасно намітити та здійснити ряд індивідуальних та масових оздоровчих мір.

Вивчення фізичного розвитку та стану здоров'я кожної дитини та всього дитячого колективу знаходиться в безперервному зв'язку. Без

індивідуальної оцінки фізичного розвитку та стану здоров'я неможливо відобразити характеристику групи, так як і без знання середніх показників фізичного розвитку, притаманного даному віку, статі та колективу, неможливо об'єктивно оцінити фізичний розвиток кожної дитини.

Показниками фізичного розвитку є:

- антропометричні та біометричні дані: зріст, маса тіла, життєва ємкість легень, об'єм грудної клітки;
- розвиток основних рухів (ходьби, бігу, стрибків, метання, лазіння та ін.);
- рівень фізичних якостей (швидкості, спритності, сили, витривалості, гнучкості);
- рівень показників формування постави (вигинів хребта, відстані між кутами лопаток та ін.).

Індивідуальну оцінку фізичного розвитку проводять шляхом зіставлення антропометричних показників дитини до нормативів і стандартів, розроблених спеціально для даного регіону з урахуванням етнічної приналежності дитини і кліматогеографічних умов проживання. Такі нормативи розроблені для центральних і багатьох інших регіонів країни.

Гармонійність включає взаємозв'язок антропометричних та функціональних показників фізичного розвитку дитини в конкретний період розвитку, надає повноцінне уявлення щодо порушень стану її здоров'я та дозволяє своєчасно прийняти рішення щодо забезпечення її повноцінним харчуванням та гігієнічної оцінки шкідливих факторів навколишнього середовища.

Частота обстеження дітей визначається темпами їх фізичного розвитку. Діти першого року життя обстежуються 1 раз на місяць, від 1 року до 3 років - 1 раз на 3 місяці, від 3 до 7 років - не рідше 1 разу на півроку. Залежно від медичних показань ослаблених, які відстають у фізичному розвитку дітей обстежують частіше.

При проведенні антропометричних вимірів користуються тільки спеціальним стандартним інструментарієм, суворо дотримуються офіційної уніфікованої методики. Вимірювання роблять натщесерце або після легкого сніданку.

Зріст (довжина тіла) - один з основних показників фізичного розвитку дитини. Довжина тіла - найбільш стабільний показник, що характеризує стан пластичних процесів в організмі. Довжина тіла у дошкільнят служить одним з критеріїв рівня соматичної зрілості, а також є підставою для правильної оцінки маси тіла і окружності грудної клітини.

Зростання вимірюють за допомогою стандартного ростоміра в положенні стоячи. До ростоміра торкаються 3 точками: лопатками,

сідницями, п'ятами. Вимірювання проводиться в ранкові години, не менше 2 рази на рік. Висота тіла до вечора може виявитися меншою через стиснення міжхребетних дисків і розслаблення м'язів у наслідок втоми до кінця дня.

Маса тіла відображає ступінь розвитку кісткової і м'язової систем, внутрішніх органів, підшкірної жирової клітковини. Вагу тіла визначають на перевірених медичних вагах. Вимірювання маси тіла дітей старше 3 років відбувається стоячи на підлогових вагах, натщесерце, після сечовипускання і випорожнення кишечника.

Вимірювання окружності грудної клітки дає уявлення про розвиток грудної клітки, грудних і спинних м'язів. Вимірювання окружності грудної клітки дитини роблять за допомогою сантиметрової стрічки в стані спокійного дихання, від 2 до 7 років з витягнутими руками при спокійному диханні. На спині сантиметрову стрічку прикладають під нижніми кутами лопаток, спереду на рівні сосків.

Вимірювання м'язової сили здійснюється з допомогою динамометрів: кистьового, станового в один і той час - вранці. Сила м'язів кисті вимірюється кистьовим динамометром, сила м'язів розгиначів спини - становим динамометром. При вимірі сили м'язів кисті рука повинна бути відведена убік (на рівні плеча), динамометр стискають з максимальним зусиллям без ривка. Виробляють 2 вимірювання кожною рукою, фіксують кращий результат.

Антропометричні вимірювання доповнюють дані зовнішнього огляду, дозволяючи точніше визначити рівень фізичного розвитку.

Зовнішній огляд (соматоскопія) оцінює поставу, стан опорно-рухового апарату.

Постава - це звична поза людини (його манера триматися) у положенні стоячи і сидячи. Вона зазвичай оцінюється в положенні обстежуваного стоячи. При визначенні постави обстежуваний повинен стояти невимушено, не напружуючи м'язів.

Уміння і невміння правильно тримати своє тіло впливає не тільки на зовнішній вигляд дитини, але й на стан її внутрішніх органів, її здоров'я. Постава формується в процесі росту дитини. Правильною поставою прийнято називати звичну позу, коли дитина невимушено стоїть, з невеликими природними вигинами хребта: в шийному і поперековому відділах - вперед, в грудному та крижовому - назад. Найкраще можна визначити поставу, поставивши дитини в профіль. У такому положенні добре помітні природні фізіологічні вигини. Надмірна або недостатня величина природних вигинів хребта свідчать про неправильну поставу.

При правильній поставі фізіологічні вигини хребта добре виражена,

мають рівномірний, хвилеподібний вигляд, лопатки розташовані паралельно, і симетрично, плечі розгорнені, ноги прямі. Правильна постава має не тільки естетичне, але і фізіологічне значення - вона сприяє нормальній діяльності внутрішніх органів.

Оцінка фізичного розвитку проводиться медичною сестрою у присутності вихователів групи за загальноприйнятими методиками. Важливо не тільки зібрати антропометричні дані, але і провести їх аналіз: визначити гармонійність (зрілість морфофункціональних можливостей організму в певний період його розвитку та відповідність вимогам навколишнього середовища фізичного розвитку за ростовим показником (вираховується за довідковими таблицями і індексами), а також встановити відхилення у фізичному розвитку, до якого відноситься:

- завищена маса тіла або її дефіцит;
- низький зріст;
- занижений показник окружності грудної клітки;
- низький загальний фізичний розвиток.

Особливу увагу при оцінці фізичного розвитку слід звертати на поставу і стопу дитини, оскільки порушення в цій сфері є в даний час найбільш частими.

Важливою характеристикою фізичного розвитку дітей є його гармонійність.

До групи з гармонійним фізичним розвитком належать діти, у яких маса тіла та окружність грудної клітки відповідають даній довжині тіла, а також ті, у яких маса тіла збільшена на 1,1-28 за рахунок розвитку мускулатури. Дисгармонійно розвинутими вважають дітей, у яких маса тіла і окружність грудної клітки більші від належних за рахунок збільшеного жировідкладання або менші на 1,1-25. Діти з перевищенням або зменшенням цих показників на 2,18 зараховуються до групи з різко дисгармонійним розвитком.

2. Ріст та розвиток. Основні закономірності фізичного розвитку

Організм дитини відрізняється від організму дорослого рядом особливостей в будові та функціях окремих органів та систем.

Перш за все організм дитини на відміну від організму дорослого знаходиться в стані безперервного росту та розвитку. Під ростом розуміють кількісні зміни організму, під розвитком – якісні: формоутворення, диференціювання органів та тканин. Кількісні зміни, постійно накопичуючись, переходять в якісні. Це і є єдність та взаємозалежність росту та розвитку.

В окремі вікові періоди процеси росту та розвитку проходять нерівномірно та неоднаково. Більш того, кожний орган, кожна система органів мають свої закономірності по відношенню до процесів росту та розвитку, причому інтенсивність їх виражена тим більше, чим менший вік.

Окремі тканини на протязі всього періоду розвитку підлягають безперервному та складному диференціюванню.

Збільшення маси тіла проходить неоднаково із року в рік. Періоди швидкого темпу росту змінюються періодами його уповільнення. Під час уповільнення росту відмічається збільшення ваги. Уповільнення та прискорення росту співпадають з гістологічними змінами, під які підпадає кісткова система.

Важливу роль в процесах перебудови кісткової тканини грає харчування. Так, збіднення їжі мінеральними солями та вітамінами в період глибокої морфологічної перебудови кісткової тканини приводить до остеопорозу та значному уповільненню росту. Встановлено, що збільшення органів не йде пропорційно загальному росту організму та паралельно процесам їх внутрішнього диференціювання. Остаточне формування структури органів, так як і їх ріст, закінчується в різні вікові періоди. Періоди стрімкого росту змінюються періодами уповільнення, на протязі яких проходить диференціювання та вдосконалення функцій.

Ріст та розвиток окремих органів та систем органів пов'язані між собою. Так, наприклад, вдосконалення органів дихання позитивно відображається на функціях серця та дихання, а діяльність органів кровообігу сприяє розвитку дихального апарата. Формування функцій нервової системи позитивно впливають на розвиток рухової діяльності і, навпаки, розвиток м'язової системи сприяє вдосконаленню нервової діяльності.

Безперервний процес диференціювання тканин, незакінченість функціонального розвитку окремих органів та систем роблять організм дитини, в порівнянні з організмом дорослого, менш стійким до всілякого роду негативного впливу зовнішнього середовища. Тому у дітей нерідко виникають різні функціональні розлади, а захворювання мають схильність до загострення.

У кожний віковий період організм характеризується визначеними морфологічними та фізіологічними особливостями, та своєрідною властивістю реагувати на різні чинники зовнішнього середовища. Особливо це різко виражено у дітей під час вікової кризи. Інтенсивне збільшення довжини та ваги тіла проходить на протязі першого та другого років життя. За перший рік довжина тіла дитини збільшується на 25 см, а за другий - 10 - 15 см; вага на першому році збільшується на 6 - 7 кг, а на другому - на 2 - 3 кг; потім щорічний приріст довжини тіла знижується до 4 - 5 см, а вага - до

1,5 - 2 кг. Збільшення темпів росту знову відмічається в 6 - 7 років - річний приріст довжини тіла складає 8 -10 см.

3. Порушення фізичного розвитку дітей.

Порушення фізичного розвитку дітей зустрічаються досить часто, оскільки дитячий організм дуже чутливо реагує на зміни оточуючого середовища. У результаті цього інтенсивність фізичного розвитку може суттєво змінюватися. Серед різних форм порушень фізичного розвитку, які викликають найбільшу увагу лікарів і батьків, важливе місце посідає затримка зросту.

Поширеність затримки зросту серед дітей та частота виявлення окремих її форм досить варіабельні. У нашій країні у 3,5% дітей спостерігається затримка зросту, причому вона зустрічається у 2 рази частіше у міських школярів, ніж у сільських, у хлопчиків – в 1,5-2,5 рази частіше, ніж у дівчаток.

Епідеміологічні дослідження, проведені в інших країнах, показали, що затримка зросту зустрічається у 1-16% дітей. Таке високе варіювання пов'язане з відсутністю єдиного методу оцінки довжини тіла і підходу до визначення межі між нормальним і низьким зростом.

Затримка зросту у дітей в багатьох випадках є поліетіологічною. Існує багато факторів, що регулюють процеси зросту (генетичні, середовищні, ендокринні, соціально-економічні та ін.). Інтенсивність їх впливу в різні періоди розвитку дитини неоднакова. Тому важливо встановити головну причину затримки зросту на момент обстеження, оскільки від цього залежить лікувальна тактика.

Вважають, що на затримку зросту у дітей впливають не менше 8 основних причин.

Умовно до першої групи причин затримки зросту належать діти з ендокринопатіями і ураженнями головного мозку, що спричиняють порушення функції гіпоталамусу, яке врешті-решт проявляється зміною секреції гормонів гіпофіза. Порушення процесу росту спостерігається також у хворих на цукровий діабет.

До другої групи належать спадкові захворювання, для яких затримка зросту є провідним симптомом і зберігається, незважаючи на лікування

Третю групу причин затримки зросту становлять хронічні захворювання різних органів та систем дитячого організму, які обумовлюють порушення росту скелета за рахунок порушення гемодинаміки. Тривалий перебіг деяких захворювань травного каналу, серця, нирок, печінки, легень та

інших органів може бути причиною затримки розвитку у дітей.

Четверту групу становлять діти, у яких затримка зросту обумовлена порушенням всмоктування і засвоєння харчових продуктів, а також порушеннями обміну речовин.

До п'ятої групи належать діти з затримкою зросту спадково-конституціонального генезу. Для дітей цієї групи характерні пізні статеве дозрівання і типовий сімейний анамнез (низький зріст батьків).

Шосту групу становлять діти, причиною затримки зросту у яких є хронічна екзогенна інтоксикація свинцем, фосфором, вісмутом та іншими хімічними речовинами, що впливають на росткову хрящову тканину.

До сьомої групи причин затримки зросту у дітей належить кількісно недостатнє або якісно неповноцінне харчування, що призводить до білково-енергетичної недостатності, порушення обміну речовин і процесу росту .

До восьмої групи входять діти з так званою психосоціальною низькорослістю. Ця форма затримки зросту вивчена недостатньо. Поряд з наявністю великої кількості соматогенних факторів, що затримують зріст дитини (поганий догляд і харчування, частий травматизм, недостатнє лікування гострих і хронічних захворювань).

Найбільш поширеною формою затримки зросту у дітей є спадково-конституціональна, яка становить 6%.

Даних літератури про поширеність серед дітей високорослих мало. В тих випадках, коли величина зросту перевищує, мають на увазі гігантизм. Високий (прискорений) зріст, який на +25 перевищує середні показники зросту, спостерігається у 6,5% міських і 8,8% сільських школярів.

Останнім часом у розвинутих країнах відмічається тенденція до збільшення кількості дітей з надмірною масою тіла (НМТ) усіх вікових груп. За даними ВООЗ, ожиріння зустрічається у 10-18% дітей, причому 80% дорослих хворіють на ожиріння з дитинства. Статистичні дані свідчать, що з кожним роком поширеність тучності серед дітей збільшується приблизно на 1%.

Серед інших клінічних форм порушення фізичного розвитку дітей першого року життя важливе місце посідає гіпотрофія (зменшення ваги відносно зросту). Серед дітей першого року життя гіпотрофія діагностується у 7,4-13,7%. Але слід відзначити, що поширеність гіпотрофії, особливо її тяжких форм, в дитячій популяції останніми роками значно зменшилась.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте особливості фізичного розвитку дітей дошкільного віку.
2. Визначте показники комплексної оцінки фізичного розвитку дитини.
3. Поясніть причини змін основних антропометричних показників у дітей.

4. Дайте характеристику поняття «здоров'я» та параметри його оцінки.
5. Проаналізуйте основні порушення фізичного розвитку дошкільнят.
6. Запропонуйте інструментарій для антропометричних вимірів та соматоскопії.

Література

1. Вільчковський Е.С. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку : навч. посібник / Е.С. Вільчковський. – Львів : ВНТЛ, 1998. – 334 с.
2. Вільчковський Е.С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку: Навч. посібник. / Е.С. Вільчковський. – Київ.: ІЗМН, 1998. – 94 с.
3. Глазырина Л.Д. Физическая культура - дошкольникам: Программа и программные требования. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 144с.
4. Сависько А. А. Популяционно-генетические исследования детей, рожденных от ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, и их родителей / А. А. Сависько, В. Н. Чернышов, М. М. Батюшин // Дитина і суспільство: проблеми здоров'я, розвитку та харчування : І Конгрес федерації педіатрів країн СНД, 19–21 травня 2009 р. : тези доп. – К., 2009. – С. 121.
5. Шабалов Н.П. «Детские болезни». - С.-Пб:Питер .- т.1,2,2004 .- 648с., 687с.
6. Хвороби ендокринної системи у дітей. Сенаторова Г.С., Чайченко Т.В., Тельнова Л.Г., Гриф МОН України, 2012 - 61 с.

1.4. АДАПТАЦІЯ ДИТИНИ ДО ДИТЯЧОГО САДКА

1. Психічний розвиток дитини.
2. Психолого-педагогічні умови адаптації дитини до дошкільного навчального закладу.
3. Підготовка дитини до відвідування дитячого садка.
4. Готовність дошкільника до навчання в школі.

1. Психічний розвиток дитини

Ранній дитячий вік охоплює період від 1 до 3 років і є одним із ключових у житті дитини. Він характеризується новою соціальною ситуацією розвитку, оскільки на цьому етапі її життя провідною стає предметно-маніпулятивна діяльність, яка заміняє емоційне спілкування з дорослим (провідну діяльність немовляти), виникають важливі новоутворення.

Особливе значення раннього дитячого віку полягає в тому, що він безпосередньо пов'язаний з ходьбою. Здатність до переміщення, будучи фізичним надбанням, має відчутні психічні наслідки. Завдяки їй дитина починає вільніше та самостійніше спілкуватися із зовнішнім світом. Ходьба розвиває вміння орієнтуватися в просторі, розширює можливості

ознайомлення з оточенням, а також забезпечує перехід до самостійної предметної діяльності. Малюк повністю захоплений предметами, внаслідок чого змінюються його стосунки з дорослими. Все рідшим стає емоційне спілкування з ними, поступаючись місцем ситуативно-дійовому спілкуванню, практичному співробітництву, спільним діям з предметами. Дорослий, як правило, спонукає до спілкування завдяки своїм діловим якостям, а не емоційності. Соціальна ситуація розвитку в ранньому дитинстві має таку структуру: «дитина – предмет – дорослий».

Для раннього дитинства основними видами діяльності є предметна діяльність, мовлення і гра. Розвиток предметної діяльності пов'язаний з оволодіннями виробленими людством способами користування предметами. Дитина вчиться від дорослих використовувати предмети, досягає значення речей. Відмінність предметної діяльності від характерного для періоду немовляти простого маніпулювання предметами, полягає в підпорядкуванні способів дії дитини з предметами, функціональному їх призначенні у житті культурної людини.

Засобом здійснення предметної діяльності, знаряддям оволодіння суспільними способами використання предметів є спілкування. Попри те, що емоційне спілкування перестає бути провідною діяльністю в ранньому дитячому віці, воно продовжує дуже інтенсивно розвиватися і стає мовним. Адже пов'язане з предметними діями спілкування не може бути тільки емоційним, воно повинне опосередковуватися словом, яке стосується предмета.

Ранній дитячий вік є *сенситивним* (сприятливим) періодом для розвитку мовлення, оскільки саме в цей час оволодіння мовою є найефективнішим. До трьох років дитина оволодіває мовленнєвим диханням, засвоює майже всі звуки рідної мови. Її словниковий запас становить 1200–1500 слів, вона використовує поширені речення (5-6 слів), що свідчить про опанування основ синтаксису, виявляє активність у мовному спілкуванні з дорослими та дітьми, оволодіває експресивно-мімічними діями (усмішка, контакт очей, рухи, пози, дотики тощо).

До новоутворень зараховують психічні та особистісні якості, які вперше виникають на конкретному етапі розвитку людини. Наприкінці першого року життя малюки вже можуть легко упізнавати предмети, на початку другого року – розвивається здатність до використання предметів у грі не за прямим призначенням. Якщо немовлята, сприймаючи будь-яку нову подію, створюють перцептивні схеми, які реально відображають її ознаки, то на другому році життя діти не просто пристосовують свої дії до фізичних якостей об'єкта, а співвідносять з ним власні ідеї.

Уже в ранньому дитинстві вони виявляють здатність до символічних

дій – створення нових відношень між предметом і його використанням.

У грі дитина починає активно наслідувати людей, які її оточують. Наслідування (відтворення дій, ідеалів, рис характеру, творчої манери інших осіб) малюка є вибірковим, тобто його реакція виникає лише після певної поведінки дорослого або інших дітей. Однак на початку другого року життя він здатен наслідувати поведінку дорослого не відразу і не всі його дії. Це залежить від характеру самої дії. Найлегше дітям дається наслідування моторних дій, значно важче – соціальних.

Про формування самосвідомості (образу себе і ставлення до себе) дитини на другому році життя свідчить її здатність впізнавати себе у дзеркалі, активно використовувати займенник «Я». У період від одного до трьох років відбувається перетворення малюка з істоти, яка вже стала суб'єктом (зробила перший крок на шляху становлення особистості), на істоту, що усвідомлює себе як особистість. Саме в цьому віці виникає психологічне новоутворення – «Я»– глибинна суть людини, самостійність, справжність, що дає їй змогу відрізнити себе від інших людей, відчувати, переживати, усвідомлювати реальність свого існування (діяння).

У ранньому дитинстві «Я» має тілесне вираження: розкутість, вільність чи скутість, напруженість, усмішка чи сум, доброта і щирість чи зверхність і зухвала поведінка.

Дошкільне дитинство охоплює молодший дошкільний вік (4-й рік), середній дошкільний вік (5-й рік), старший дошкільний вік (6-й рік, у деяких дітей ще й кілька місяців 7-го року життя). На цьому етапі складається нова соціальна ситуація розвитку, провідною діяльністю стає гра, під час якої дошкільники опановують інші види діяльності, виникають важливі новоутворення у психічній та особистісній сферах, відбувається інтенсивний інтелектуальний розвиток дитини, формується готовність до навчання у школі.

У ранньому дитинстві малюк відкрив для себе існування дорослих, складний їхній світ. Якраз відокремлення дитини від дорослого створює нову соціальну ситуацію, в якій вона прагне до самостійності. Ця тенденція є природною і постійною. Однак дитина продовжує жити разом з дорослим, входить у його світ. Її основною потребою є участь у житті й діяльності дорослих, оскільки в цьому віці дитина не може реалізувати себе через брак сил, умінь, знань. Тому вона стає дорослим у думках, уяві, орієнтується на нього як на зразок, перебираючи на себе властиву дорослим певну роль, наслідує дорослих, діє, як дорослий, але у формі сюжетно-рольової гри. У дитини з'являються елементарні обов'язки, її зв'язок з дорослим набуває нових форм, що виявляється у заміні спільної діяльності з самостійним виконанням його вказівок.

Особливості соціальної ситуації розвитку дитини дошкільного віку виражаються в характерних для нього видах діяльності, передусім у сюжетно-рольовій грі, яка є формою творчої діяльності. Граючись, дитина поєднує в собі роль автора п'єси та актора, декоратора й техніка. У грі вона пізнає світ, стосунки, ролі, поведінку людей, моделює міжособистісні стосунки в ньому, вчиться орієнтуватися в різних сферах людської життєдіяльності, оволодіває правилами та нормами життя. У грі відбувається самопізнання, усвідомлення свого внутрішнього світу, оволодіння першими формами саморегуляції.

Гра є провідною діяльністю дошкільняти не тому, що займає найбільше вільного від сну часу в його житті, а тому, що зумовлює найважливіші зміни у психічних процесах і психічних особливостях його особистості. В ній виникають і диференціюються нові види діяльності, зокрема учіння (цілеспрямований процес засвоєння знань, оволодіння уміннями й навичками), яке готує перехід дитини до наступної стадії розвитку – етапу молодшого шкільного віку.

У рольових іграх діти використовують різноманітні ігрові предмети, що замінюють реальні предмети діяльності дорослих. Як феномен, рольова гра є соціальною за своєю природою, походженням і змістом. Вона розгортається, за твердженням Д. Ельконіна, від конкретної предметної дії до узагальненої рольової дії: їсти ложкою, годувати ложкою ляльку, як мама, – такий схематичний шлях до рольової гри.

У психічному розвитку дитини *гри* належить особливо важлива роль. Вона формує її здатність до довільної діяльності й поведінки, символічних замінів, саморегуляції, тренує пам'ять, розвиває сприймання, мислення, фантазію, здатність до спілкування, волю. Гра сприяє фізичному розвитку дитини, створює його перспективу. Як стверджував Л. Виготський, «у грі дитина завжди вища від свого середнього віку, вища від своєї звичайної повсякденної поведінки; вона в грі ніби на голову вища від самої себе. Гра кондесовано містить у собі, як у фокусі збільшувального скла, всі тенденції розвитку; дитина в грі ніби пробує зробити стрибок над рівнем своєї звичної поведінки».

Протягом дошкільного віку у психіці дитини виникають особливо важливі для її подальшого життя новоутворення. Зокрема, починає розвиватися творча діяльність, яка виражається у здатності перетворювати навколишню дійсність, створювати нове. Творчі здібності у дітей виявляються в конструкційних іграх, технічній і художній творчості.

Формуються у дошкільників і розумові дії та операції, які стосуються розв'язування пізнавальних та особистих завдань. Тоді у дитини з'являється внутрішнє, особисте життя, спершу в пізнавальній сфері, а потім і в

емоційно-мотиваційній. Для її пізнавальних процесів характерний синтез зовнішніх і внутрішніх дій, об'єднаних у єдину інтелектуальну діяльність. У сприйманні він представлений перцептивними діями; в увазі – вмінням керувати і контролювати зовнішній і внутрішній плани дій; у пам'яті об'єднанням зовнішнього і внутрішнього структурування матеріалу під час його запам'ятовування і відтворення; в мисленні – об'єднанням у цілісний процес наочно-дійового, наочно-образного і словесно-логічного способів розв'язання практичних завдань.

Діти засвоюють мову дуже швидко. До 6-ти років він у середньому охоплює 14 тис. слів. Паралельно вони оволодівають умінням сполучати слова у речення за законами граматики, у 4-5-річному віці без спеціального навчання засвоюють елементарні правила граматики і синтаксису рідної мови.

Розвиток мовлення відбувається у процесі вдосконалення практичного використання мови у спілкуванні з іншими людьми. Водночас мовлення стає основою перебудови психічних процесів, знаряддям мислення. Засвоєння мови супроводжується великою активністю дитини. У дошкільному віці вона є найчутливішою до мовних явищ. Одночасно з орієнтацією на зміст слів вона виявляє неабияку цікавість до звукової форми слова, часто спеціально змінює слова, створює нові.

На 5-му році життя діти намагаються усвідомити значення слів і пояснити їх будову. Діти старшого дошкільного віку вже відрізняють слова на позначення існуючих предметів від слів, які складаються із довільного набору літер.

Цілковите розуміння значень слів приходить до дітей лише через кілька років, коли ці слова вони починають активно використовувати у своєму лексиконі. Це означає, що у дошкільників використання слова випереджає його розуміння.

Світ за допомогою мислення – суспільно зумовлений психічний процес, який полягає в узагальненому й опосередкованому відображенні дійсності. Його розвиток у дошкільнят залежить від розвитку уяви. Дитина механічно замінює у грі одні предмети іншими, надаючи їм невластивих, але окреслених правилами гри нових функцій. Пізніше предмети вона замінює їх образами, у зв'язку з чим відпадає необхідність практичної дії з ними.

У дошкільному віці дитина розв'язує життєві завдання трьома способами: наочно-дійовим (реальне випробування властивостей предметів), наочно-образним (оперування конкретними образами предметів і ситуацій) і завдяки логічним судженням з опорою на поняття. Чим вона старша, тим рідше використовує практичні спроби і частіше наочно-образні, а пізніше й логічні способи.

У дошкільному віці дитина починає спрямовувати свою психічну діяльність на предмети і явища, які мають для неї важливе значення, цікавлять її. Це є свідченням певного рівня розвитку її уваги – спрямованості і зосередженості свідомості на певному предметі. Увага як процес і етап налаштування дитини на сприйняття значущої інформації і виконання поставлених завдань у дошкільному віці відображає її цікавість до навколишніх предметів і дій, які вона виконує. Малюк зосереджений тільки до тих пір, поки не згас його інтерес. З появою, наприклад, нового предмета увага переключається на нього. Тому діти рідко тривалий час займаються однією справою (молодші дошкільнята можуть грати в одну гру 30–50 хв., то в 5–6 років тривалість її збільшується до 2-х годин).

У дошкільному віці відбувається інтенсивний розвиток здатності до запам'ятовування і відтворення. Якщо людині важко чи майже неможливо згадати що-небудь із раннього дитинства, то дошкільне дитинство, особливо старший дошкільний вік, залишає багато яскравих спогадів. Пам'ять дошкільняти, як правило, має мимовільний характер. Запам'ятовування і пригадування відбуваються незалежно від волі та свідомості, вони реалізуються у діяльності, зумовлюються нею. Довільні форми запам'ятовування і відтворення, що починають складатися у середньому дошкільному віці, суттєво вдосконалюються у старших дошкільнят. Найсприятливіші умови для опанування довільного запам'ятовування і відтворення формуються у грі, коли запам'ятовування є умовою виконання дитиною взятої на себе ролі.

Дитина дошкільного віку уже здатна уявляти, тобто створювати образи тих предметів і явищ, яких вона безпосередньо не бачила. Уява дитини формується у грі. Відбувається інтеріоризація – перехід у грі до уявної дії з предметом, якого насправді немає, а також до ігрового перетворення предмета, надання йому нового змісту та уявних дій з ним. Сформувавшись у грі, уява переходить і в інші види діяльності дітей (малювання, створення казок, віршів).

На 4-му році життя дитина знає своє ім'я, прізвище, стать, вік, ставить запитання про себе, свій організм, позитивно відгукується про себе. Через рік починає усвідомлювати свої вміння, знання, оволодіває уявленнями про деякі особливості свого організму, призначення органів. Малюк усвідомлює свої стани, бажання, настрої, вміє ідентифікувати свої дії з діями інших людей («Я... так само, як...», «Ми... з ... вміємо...»).

У старшому дошкільному віці поглиблюються уявлення про себе, виникають почуття самоповаги, власної гідності, розвиваються вміння самоконтролю та саморегулювання дій і стосунків з оточуючими, ієрархія мотивів. Дитина у словесній формі виражає свої переживання, настрої,

почуття («Я мрію», «Мене хвилює», «Я думаю», «Я хочу»). Відбувається усвідомлення свого Я в системі людських стосунків.

У дошкільному дитинстві формуються вищі почуття. Особливі переживання супроводжують ставлення дітей до батьків, спілкування з якими у спільній діяльності живлять радісні емоції. Тривожні переживання викликають конфлікти у сім'ї, суперечки з ровесниками, несправедливе ставлення до них. Дитина часто впадає у ревність, якщо їй здається, що братик чи сестричка (в дитячому садку – інша дитина) користується більшою увагою дорослих.

Глибшими стають у цьому віці почуття гордості та самоповаги, які є основою самооцінки дитини, зумовлюють її поведінку. Іноді ці почуття закривають від дитини іншу людину, внаслідок чого формуються самолюбство, егоїзм. Важлива роль у розвитку особистості дошкільника належить естетичним почуттям (прекрасного, гармонії, ритму, божественного).

Найяскравішими інтелектуальними почуттями дошкільників є почуття здивування і допитливості. Успіх у діяльності викликає у них яскраві позитивні переживання, які можуть виявлятися стримано, однак невдача зумовлює бурхливе незадоволення. Пов'язані з діяльністю неприємні переживання часто породжують невпевненість у своїх силах, боязнь нових завдань.

У період 1-6 років закладаються основи психічного здоров'я дитини, характеру, здібностей, особливості самосвідомості тощо. Досягнення у психічному та особистісному розвитку є передумовою для гармонійного розвитку дитини на наступних етапах.

2. Психолого-педагогічні умови адаптації дитини до дошкільного навчального закладу

Адаптація - це пристосування організму до нових обставин. З наукової точки зору відвідування дитячого садка - фактор позитивний в усіх питаннях, необхідний для повноцінного виховання та розвитку малюка.

Проблема адаптації до умов дошкільного навчального закладу виникає у дитини будь-якого віку, коли вона вперше поступає до ясел або дитячого садка. Для такої дитини незвичне все: відсутність близьких, незнайомі дорослі, велика кількість дітей, новий розпорядок дня, нове приміщення тощо. Змінені звичні умови життя вимагають від дитини перебудови раніше сформованого стереотипу поведінки. Як відомо, він формується вже з перших днів життя дитини в сім'ї і до 2–3 років стає досить усталеним. Така різка зміна звичних форм життя викликає, насамперед, нервово-психічне

напруження, не завжди проходить без утруднень, а в деяких дітей супроводжується важкими емоційними переживаннями. У дітей у період адаптації можуть порушуватися сон, апетит, настрій, інколи підвищується температура тіла. У деяких може простежуватися тимчасова втрата мовлення, порушуватися раніше набуті позитивні навички.

Як показують педагогічні та медичні дослідження, характер та тривалість адаптаційного періоду залежать від таких факторів, як:

- вік дитини (найважче адаптуються до нових умов діти у віці 10–11 місяців до 2 років; після 2 років діти значно легше пристосовуються до нових умов життя);
- стан здоров'я та рівень розвитку дитини (здорова, добре розвинена дитина значно легше переносить труднощі соціальної адаптації);
- індивідуальні особливості дитини (значною мірою поведінка дитини залежить від типу нервової системи);
- рівень натренованості адаптаційних механізмів (діти, які до дитячого садка неодноразово перебували в різних умовах життя, легше звикають до дитячого закладу);
- досвід спілкування з дорослими та ровесниками (уміння позитивно ставитися до вимог дорослих та адекватно спілкуватися з іншими дітьми).

Залежно від зазначених факторів адаптація дитини до умов дошкільного закладу може проходити по-різному. Виділяються групи дітей з «легкою адаптацією», «адаптацією середньої важкості» та з «важкою адаптацією».

За *«легкої адаптації»* негативний емоційний стан дитини триває недовго. У перші дні в неї погіршується апетит та сон, вона мляво грається з іншими дітьми. Але під час подальшого звикання до нових умов усе це проходить протягом першого місяця перебування дитини в дитячому закладі.

За *«адаптації середньої важкості»* емоційний стан дитини нормалізується повільніше. Протягом першого місяця вона хворіє, як правило, на гострі респіраторні інфекції. Хвороба триває 7–10 днів і завершується без будь-яких ускладнень.

За *«важкої адаптації»* емоційний стан дитини нормалізується досить повільно. Інколи цей процес триває кілька місяців. За цей період дитина або хворіє ще раз, часто зі значними ускладненнями, або виявляє стійкі порушення поведінки (намагається сховатися, кудись вийти, сидить та кличе маму тощо). У таких дітей простежується *бурхлива негативна емоційна реакція і негативне ставлення до оточення дитячого закладу в перші дні, згодом ця поведінка досить часто змінюється в'ялим, байдужим станом.*

Легку адаптацію і певною мірою адаптацію середньої важкості можна

вважати закономірною реакцією дитячого організму на змінені умови життя. Важка ж адаптація свідчить про надмірність психоемоційних навантажень на організм дитини і потребує відповідної уваги як із боку вихователя й батьків дитини, так і з боку практичного психолога.

Можливими причинами «важкої адаптації» можуть бути:

1. Несформованість у дитини позитивної установки на відвідування дитячого закладу.

Для того, щоб негативні емоції не стали перешкодою для дитини в період адаптації, важливо сформувати в неї позитивне очікування майбутніх змін. Часто батьки, відправивши дитину до дитячого садка, ставляться до неї зі співчуттям та з жалістю. Дитина внаслідок такого ставлення теж починає жаліти себе, вередує, відмовляється відвідувати дитячий садок. Нерідко батьки залякують дитину: «Не будеш слухатися – віддам до дитячого садка». Коли дитина починає відвідувати дитячий заклад, батьки погрожують залишити її в ньому, якщо вона не припинить плакати та вередувати. Подібні установки викликають у дитини страх перед дошкільним закладом та погіршують самопочуття в період звикання до незнайомого оточення. У деяких випадках дитина не має ніяких уявлень про життя в дитячому садку і про те, що там на неї чекає. Це теж негативно впливає на процес адаптації.

2. Несформованість навичок самообслуговування.

У деяких сім'ях дорослі досить довго ставляться до дитини як до маленької, не хочуть або не вміють помічати, що вона стає дорослішою, занадто опікуються нею, блокуючи тим самим розвиток самостійності. Інколи, бажаючи заощадити час, батьки поспішають нагодувати й одягнути дитину, стримуючи своїми діями формування необхідних практичних навичок

3. Несформованість предметно-практичної діяльності в дитини.

Несформованість у дитини практичної взаємодії з близькими людьми негативно впливає також на взаємостосунки з іншими дорослими, передусім із вихователем. Вихователю у дитячому закладі пропонує дитині діловий стиль спілкування, який відрізняється від емоційного, звичного для дитини в сім'ї. Діти, батьки яких мало уваги приділяли розвитку ситуативно-ділового спілкування (воно передбачає сумісні практичні дії з предметами), не вміють гратися іграшками, часто згадують про батьків, не вміють активно долучатися до колективних ігор, довго адаптуються до умов дитячого закладу.

4. Несформованість вміння спілкування з ровесниками.

Значних труднощів у період адаптації зазнають діти, які до відвідування дитячого садка мало спілкувалися з ровесниками. У деяких випадках батьки свідомо обмежують спілкування своєї дитини з однолітками з метою її безпеки – щоб запобігти можливим інфекційним захворюванням,

ушкодженням, конфліктам, щоб дитина не спілкувалася з «поганими» дітьми тощо. Починаючи відвідувати дитячий садок, така дитина насторожено та з недовірою ставиться до інших дітей, часто конфліктує з ними, ні з ким не ділиться своїми іграшками, забирає іграшки в інших, тому що не вміє попросити; якщо іграшка одна, вона не може зачекати, поки інший пограється нею.

5. Значна невідповідність домашнього режиму режимові дитячого закладу.

У випадках, коли домашній режим і режим дитячого закладу кардинально відрізняються в часі та послідовності режимних моментів, дитина в період адаптації до нових умов життєдіяльності може відчувати психофізіологічний дискомфорт. Буває так: дитині пропонують поїсти, а вона не голодна; через деякий час у неї виникає почуття голоду і вона починає вередувати або майже засинає перед обідом, хоча перед цим, на прогулянці, плакала, тому що хотілося їсти. Інколи почуття голоду та втоми можуть збігатися і бути подвійним подразником. Фізіологічний дискомфорт призводить до емоційних зривів, нервового перенапруження, що спричинює психосоматичні захворювання.

6. Затримка формування емоційних зв'язків між дитиною та вихователем.

Відомо, що головна роль у період звикання дитини до нових мікросоціальних умов життя відводиться вихователю. На успішність адаптації впливають його інтенсивні педагогічні впливи з достатньо виразною емоційною забарвленістю. У випадках, коли емоційний контакт між дитиною та вихователем не встановлюється, виникає «важка адаптація», її причинами можуть бути: незнання вихователем індивідуально-психологічних особливостей дитини; намагання вихователя якнайшвидше адаптувати дитину до нового оточення; вихователь авторитарний, вимогливий та суворий, рідко усміхається та жартує, карає за будь-які порушення. Під час спілкування з таким вихователем дитина постійно напружена, боїться помилитися, не впевнена у своїх можливостях, замикається в собі, відмовляється виконувати вимоги і навіть відвідувати дитячий садок.

3. Підготовка дитини до відвідування дитячого садка

Для того, щоб дитина могла швидко і безболісно адаптуватися до умов суспільного виховання, необхідно готувати її до вступу в дитячий сад. Батьки повинні розповідати дитині, що таке дитячий сад, навіщо туди ходять діти. Проходячи повз дитячий садок, з радістю нагадувати дитині, як їй пощастило - восени вона також зможе його відвідувати.

Необхідно заздалегідь поступово домашній режим дня дитини перебудувати під розпорядок дитячого саду: піднімати малюка зранку не пізніше, ніж за 1 годину до виходу в дитячий сад. Дитина повинна приймати їжу в той же час, що і в дитячому садку. Одним з важливих режимних моментів є денний сон. Його також необхідно перемістити на час, у який він проходить в дитячому саду.

Велике значення має те, як у дитини сформовані культурно-гігієнічні навички та навички самостійності. У дворічному віці малюк повинен вміти тримати ложку і їсти сам, самостійно помити руки і вмити обличчя, вміти користуватися носовою хусткою, грати з іграшками, повинен бути привчений до горщика і проситися на нього за потребою. Крім цих вимог, дворічний малюк повинен вміти одягатися і роздягатися за допомогою дорослого.

Для того, щоб процес адаптації не затягувався, батькам необхідні такі поради:

- підтримувати позитивну настанову, бажання йти в садок;
- прислухатися до порад педагогів, якщо дитина відчуває між батьками та вихователем повне розуміння – вона швидше звикає;
- в перші дні рекомендоване короткочасне перебування в групі - 1-2 години;
- наблизити домашній режим до садкового;
- провести всі профілактичні заходи, рекомендовані лікарем;
- утримуватись від шумних масових вистав, щоб зменшити емоційне навантаження;
- навчати навичкам самообслуговування (одягання, умивання, складання іграшок).

Правильна поведінка рідних в період адаптації:

- говорити дитині, що вона вже доросла,
- не залишати надовго – на цілий день в групі,
- погуляти після відвідування на майданчику садка,
- давати із собою улюблені іграшки,
- повідомляти вихователя про особливі звички дитини,
- довіряти працівникам установи,
- придумати ритуал «прощання» і обіграти вдома,
- зустрічати дитину з посмішкою,
- розповідати дитині якомога більше доброго про садок,
- підтримувати самостійність дитини вдома,

Чого не потрібно робити:

- негативно відгукуватись про спеціалістів закладу,
- наказувати вдома дитину за капризи в садку,

- виявляти тривогу, неспокій, плакати з приводу важкого звикання малюка,
- забороняти контакти з іншими дітьми,
- залякувати дитину дитячим садком.

Ознаки готовності дитини відвідувати дитячий садок – хороший апетит, спокійний сон, адекватна реакція на діяльність з вихователем, бажання спілкуватись з дітьми, йти в групу, нормальний емоційний стан.

Вважається, що четвертий рік життя є одним із сприятливих періодів для початку відвідування дошкільного навчального закладу.

Оскільки, закінчився період раннього дитинства, в якому дитина активно росла і розвивалася (освоїла ходьбу, різноманітні дії з предметами, навчилася розуміти мову і активно говорити сама), їй потрібні були близькі люди, контакти з якими були провідними в її розвитку. За перші три роки малюк підріс, зміцнів, багато чому навчився. Стосується це, насамперед, таких найважливіших навичок, як самообслуговування (малюк самостійно їсть, відвідує туалет, частково сам уміє одягатися і роздягатися, за допомогою дорослого підтримувати і наводити елементарний порядок в особистих речах і іграшках), вміння самостійно грати і налагоджувати контакти з оточуючими. Крім того, дитина вже має досвід «розлучення» з мамою на деякий час.

Найбільш оптимальним часом року для початку відвідування дитячого садка вважається початок літа або осені. Комплектація нових груп дітьми відбувається саме навесні.

Тоді ж йде планування навчально-виховної роботи на новий навчальний рік, виділення коштів на приведення групових приміщень в порядок, комплектація груп іграшками та посібниками, відповідно до віку дітей.

Тоді навчальний рік почнеться вже укомплектованою дітьми групою для всіх вихованців. Але це не означає, що в інший час року малюка не візьмуть в дитячий садок.

Головною педагогічною умовою успішної адаптації дитини до умов виховання в дитячому садку є єдність вимог до малюка в сім'ї та в садку. З цією метою батьків знайомлять з умовами життя дітей в групі, а також вихователь дізнається про умови виховання малюка в сім'ї, його індивідуальних особливостях, звичках. Бажано, щоб умови та вимоги до дитини з боку дорослих максимально збігалися. Стосується це, насамперед, режиму дня, навичок самообслуговування, культури поведінки.

За статистикою, дітей, які вдало адаптувалися у садку, не так багато – біля третини. Більша частина дітей відчуває різного роду труднощі адаптації.

Серед них діти, для яких досвід відвідин дитячого саду став причиною хронічних страхів, тривожності. Таких дітей теж біля третини.

Діти, які відвідують дошкільні установи, краще адаптуються в школі, простіше встановлюють соціальні контакти. У них накопичується досвід взаємин з однолітками, і при вступі до школи вони можуть на нього спиратися. Ось чому батьки, чиї діти зазнають труднощів у спілкуванні з однолітками, часто сподіваються на садок як на засіб вирішити цю проблему, сподіваючись на те, що відвідування його автоматично забезпечить дітям кращу адаптацію. У цій переоцінці можливостей дитячого садка і полягає помилка.

4. Готовність дошкільника до навчання в школі.

Більшість дітей наприкінці дошкільного віку прагне стати школярами, пов'язуючи це бажання передусім із зовнішніми ознаками зміни свого соціального статусу (портфель, форма, власне робоче місце, нові взаємини з людьми тощо). Однак справжня мотиваційна готовність зумовлюється пізнавальною спрямованістю дошкільника, яка розвивається на основі притаманної дітям допитливості, набуваючи характерних рис перших пізнавальних інтересів (бажання опанувати грамоту, читання та ін.). Якщо ж пізнавальна активність не сформована, дитину приваблюють різноманітні другорядні мотиви, пов'язані зі сприйняттям школи як місця для розваг, і дитина виявляється неспроможною взяти на себе обов'язки учня.

Навчання у сучасній школі вимагає також розумової готовності. Діти приходять до школи з досить широким колом знань і умінь, а головне – із розвинутим сприйманням і мисленням (вони вже мають освоїти операції аналізу, синтезу, порівняння, узагальнення, класифікації, групування тощо), які дозволяють систематично спостерігати за предметами та явищами, виділяти в них істотні особливості, міркувати й робити висновки. Крім того, діти повинні володіти початковими навчальними вміннями (концентрація уваги не на результаті, а на процесі виконання навчальних завдань, самоконтроль, самооцінка та ін.).

Велику роль відіграє і емоційно-вольова готовність, зокрема, вміння дошкільника доволіно керувати своєю поведінкою, пізнавальною активністю, спрямовувати її на розв'язання навчальних завдань тощо. Навчання в школі має бути для нього джерелом позитивних емоцій, що допоможе знайти своє місце серед однолітків, підтримає впевненість у собі, у своїх силах. Важливо, щоб ці позитивні емоції пов'язувались із навчальною діяльністю, її процесом та першими результатами. За рядом даних М.П. Лешенко, майже третина

дітей готова до школи.

У шестирічних дітей зберігаються притаманні дошкільному віку особливості мислення: домінує мимовільна пам'ять, внаслідок чого запам'ятовується не те, що потрібно, а те, що цікаве; специфіка уваги дозволяє продуктивно виконувати певну роботу лише протягом 10–15 хвилин; переважає прагнення вивчати нове передусім у наочно-образному та наочно-дієвому аспектах тощо. Однак важливою особливістю психічного розвитку старшого дошкільника є гостра чутливість (сенситивність) як до засвоєння морально-психологічних норм і правил поведінки, так і до оволодіння цілями й способами систематичного навчання.

Пізнавальні мотиви в цьому віці ситуативні та нестійкі: під час навчальних занять вони з'являються й підтримуються лише завдяки зусиллям педагогів. Оцінка навчальної роботи сприймається як оцінка особистості, тому негативні оцінки спричиняють тривожність, стан дискомфорту, апатії. Усе це потрібно враховувати під час організації навчального процесу дітей шестирічного віку, незалежно від того, де він здійснюється – у підготовчих групах дитячих садків чи в перших класах шкіл.

Готовність до навчання у школі є інтегративною характеристикою психофізичного розвитку дитини, яка охоплює всі компоненти (готовність мотиваційну, емоційно-вольову, розумову, фізичну, психологічну готовність до спілкування та спільної діяльності та аспекти зрілості (розумові, соціальні, емоційні), що забезпечують її успішну адаптацію до умов і вимог школи.

Контрольні питання

1. Назвіть особливості психічного розвитку дитини у перший рік.
2. Поясніть етапність психічного розвитку дитини від 1 до 6 років.
3. Визначте фактори, від яких залежить тривалість адаптаційного періоду дитини до дитячого закладу.
4. Назвіть можливі причини «важкої адаптації» дитини до ДНЗ.
5. Дайте необхідні поради батькам для швидкої адаптації дитини у дошкільному закладі.
6. Охарактеризуйте ознаки готовності дитини відвідувати дитячий садок.

Література

1. Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В. С. Мухина. – М.: Академия, 2000.
2. Поніманська Т.І. Дошкільна педагогіка / Т.І. Поніманська. – К.: Академвидав, 2004.
3. Распопов, І. В. Основи педагогіки: Навч. посібник / І.В. Распопов, Н. П. Волкова, О. І. Переворська та ін. – Дніпропетровськ: ДДУ, 1999.
4. Слостенин, В. А. Педагогика: Учебн. пособие / В.А. Слостенин, И. Ф. Исаев, А. И. Мищенко, Е.Н. Шиянов. – М.: Школа-Пресс, 1997.

5. Соколова, Е.Т. Проективные методы исследования личности / Е. Т. Соколова. – М.: МГУ, 1980.
6. Харламов, И. Ф. Педагогика: Учебник / И. Ф. Харламов. – Минск, 1998.
7. Шпалинский, В.В. Основы психолого-педагогических исследований / В. В.Шпалинский, И.В.Распопов, В.И. Ткачук. – Дн-ск.: ДГУ, 1989.

1.5. ФУНКЦІЇ ТА ПОВНОВАЖЕННЯ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДІВ СИСТЕМИ ДОШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ

1. Дошкільний навчальний заклад та його повноваження.
2. Типи дошкільних навчальних закладів.
3. Посадові інструкції вихователя дошкільного навчального закладу.

1. Дошкільний навчальний заклад та його повноваження

Дошкільний навчальний заклад є ланкою системи освіти та інституційною основою педагогіки і виконує такі функції:

- задоволення потреби громадян відповідної території в здобутті дошкільної освіти;
- забезпечення відповідності рівня дошкільної освіти вимогам Базового компонента дошкільної освіти;
- створення безпечних та нешкідливих умов розвитку, виховання та навчання дітей, режиму роботи, умов для фізичного розвитку та зміцнення здоров'я відповідно до санітарно-гігієнічних вимог та забезпечує їх дотримання;
- формування у дітей гігієнічних навичок та основ здорового способу життя, норм безпечної поведінки;
- сприяння збереженню та зміцненню здоров'я, розумового, психічного і фізичного розвитку дітей;
- здійснення соціально-педагогічного патронату, взаємодія з сім'єю;
- осередок поширення серед батьків психолого-педагогічних та фізіологічних знань про дітей дошкільного віку;
- тримання фінансової дисципліни, зберігання матеріально-технічної бази;
- здійснення інших повноважень відповідно до статуту дошкільного навчального закладу.

Режим роботи дошкільного навчального закладу незалежно від

підпорядкування, типу і форми власності, тривалість перебування в ньому дітей встановлюються його засновником (власником) відповідно до законодавства України за погодженням з відповідними органами управління освітою та відповідними органами управління охорони здоров'я.

За бажанням батьків або осіб, які їх замінюють, у дошкільному навчальному закладі може встановлюватися гнучкий режим роботи, який передбачає організацію різнотривалого, цілодобового перебування дітей, а також чергові групи у вихідні, неробочі та святкові дні.

У дошкільному навчальному закладі незалежно від підпорядкування, типу і форми власності не допускаються створення і діяльність організаційних структур політичних партій та релігійних організацій.

2. Типи дошкільних навчальних закладів

Відповідно до потреб громадян України створюються такі дошкільні навчальні заклади, де забезпечуються догляд за дітьми, а також їх розвиток і виховання відповідно до вимог Базового компонента дошкільної освіти:

1. Дошкільний навчальний заклад (ясла) для дітей віком від двох місяців до трьох років.

2. Дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років.

3. Дошкільний навчальний заклад (дитячий садок) для дітей віком від трьох до шести (семи) років.

4. Дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) компенсуючого типу для дітей віком від двох до семи (восьми) років, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку, тривалого лікування та реабілітації. Дошкільні навчальні заклади (ясла-садок) компенсуючого типу поділяються на спеціальні та санаторні.

Комплектування спеціальних дошкільних навчальних закладів (груп).

Спеціальні дошкільні навчальні заклади (групи) комплектуються для дітей, які потребують корекції фізичного та (або) розумового розвитку:

- з порушеннями слуху (глухих, зі зниженим слухом);
- з порушеннями зору (сліпих, зі зниженим зором);
- з порушеннями мови;
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- з розумовою відсталістю;
- із затримкою психічного розвитку.

До дошкільного навчального закладу (групи) для дітей з латентною туберкульозною інфекцією та вилікуваних від туберкульозу зараховуються

діти з такими діагнозами: з ранніми проявами туберкульозної, діти із контакту з хворим на активний туберкульоз та хворими на туберкульоз тваринами, інфіковані мікобактеріями туберкульозу з супутніми неспецифічними захворюваннями в фазі ремісії, після вилікування з приводу активного туберкульозу органів дихання та позалегенового туберкульозу (після стаціонарного і санаторного лікування, після вилікування з приводу туберкульозного менінгіту (після стаціонарного і санаторного лікування за відсутності порушень інтелекту) після оперативних втручань з приводу туберкульозу після вилікування та висновку відповідного спеціаліста про можливість відвідування дошкільного навчального закладу.

Санаторні дошкільні навчальні заклади (групи) комплектуються для дітей, які потребують відновлення здоров'я, тривалого лікування та реабілітації:

- з латентною туберкульозною інфекцією та після вилікування від туберкульозу;
- з хронічними неспецифічними захворюваннями органів дихання;
- із захворюваннями серцево-судинної системи;
- із захворюваннями ендокринної системи;
- з хворобами органів травлення;
- з психоневрологічними захворюваннями.

Протипоказаннями для прийому дітей до дошкільних навчальних закладів (груп) компенсуючого типу є:

- усі хвороби в період загострення;
- хронічні захворювання серцево-судинної системи, органів дихання, травлення та ін. у період декомпенсації, ендокринні захворювання, що потребують індивідуального догляду і лікування;
- інфекційні хвороби до закінчення строку ізоляції, бацилоносії дифтерії та кишкових інфекцій;
- період лікування заразних та паразитарних хвороб очей та шкіри;
- злоякісні захворювання крові, недостатність кровообігу будь-якого ступеня;
- активні форми туберкульозу;
- часті судомні пароксизми (денні і нічні);
- психічні захворювання, що супроводжуються тяжким та глибоким недоумством та іншими важкими нервово-психічними розладами;
- різні форми енурезу, енкопрезу;
- психопатія і психопатоподібні стани різного характеру;
- венеричні захворювання;
- тяжкі вади опорно-рухового апарату, що унеможливають самостійне

пересування та обслуговування.

Якщо в період перебування у дошкільному навчальному закладі (групі) компенсуючого типу у дитини будуть виявлені зазначені протипоказання, вона відраховується із закладу.

5. Будинок дитини – дошкільний навчальний заклад системи охорони здоров'я для медико-соціального захисту дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, а також для дітей з вадами фізичного та (або) розумового розвитку від народження до трьох (для здорових дітей) та до чотирьох (для хворих дітей) років.

Згідно з Законом України виділяють такі типи дитячих будинків-інтернатів:

I профіль - для вихованців з фізичними вадами і збереженим інтелектом дошкільного та шкільного віку, для яких самостійне пересування є значно утрудненим або неможливим, які частково себе обслуговують (змішані за статтю).

Відділення *II профілю* - для вихованців з помірною та глибокою розумовою відсталістю та психічними розладами, які можуть навчатись, самостійно пересуватись і обслуговуватись (розділені за статтю);

Відділення *III профілю* - для вихованців з глибокою розумовою відсталістю та психічними розладами, які можуть самостійно пересуватись і не можуть самостійно обслуговуватись (розділені за статтю);

Відділення *IV профілю* - для вихованців з глибокою розумовою відсталістю та психічними розладами, які мають складні фізичні вади, не можуть самостійно пересуватись (або пересуваються з утрудненням) та самообслуговуватись (змішані за статтю).

6. Дошкільний навчальний заклад (дитячий будинок) інтернатного типу забезпечує розвиток, виховання, навчання та соціальну адаптацію дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, дошкільного та шкільного віку, які перебувають у родинних стосунках та утримуються за рахунок держави.

7. Дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) сімейного типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, які перебувають в родинних стосунках і де забезпечуються їх догляд, розвиток, виховання і навчання відповідно до вимог Базового компонента дошкільної освіти.

Виховний потенціал ясел-садків сімейного типу, як форми сімейного виховання дітей-сиріт та дітей, позбавлених батьківського піклування, має об'єктивні переваги перед іншими соціальними інститутами, перш за все інтернатного типу, виходячи із таких міркувань:

-природність процесу виховання;

-основою виховного впливу є емоційний контакт дитини з батьками-вихователями, який базується на довірі дітей до дорослих;

-виховання в малій групі найповніше відповідає вимозі поступового залучення дитини до соціального життя;

-комплексний підхід у вихованні;

-індивідуальний підхід до кожної дитини;

-взаємозацікавлений характер стосунків вихователів та вихованців.

Метою створення ясел-садків сімейного типу є забезпечення належних умов для виховання в сімейному оточенні дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Ясла-садки сімейного типу - окрема сім'я, що створюється за бажанням подружжя або окремої особи, яка не перебуває у шлюбі, які беруть на виховання та спільне проживання не менш як 5 дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Батьки-вихователі - особи, які беруть на виховання та спільне проживання дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування.

Після прийняття рішення про створення ясел-садків сімейного типу батькам-вихователям надається позачергово індивідуальний житловий будинок або багатокімнатна квартира за нормами, встановленими законодавством. Надане в користування житлове приміщення повинне бути обладнане необхідними меблями, побутовою технікою та іншими предметами тривалого вжитку. Користування наданим житловим приміщенням здійснюється в порядку, встановленому законодавством для користування службовими приміщеннями. У разі зменшення кількості вихованців внаслідок вибуття їх за віком або з інших причин за згодою сторін угоди вирішується питання про поповнення ясел-садків сімейного типу новими вихованцями.

До ясел-садків сімейного типу в першу чергу влаштовуються діти, які перебувають між собою у родинних стосунках, за винятком випадків, коли за медичними показаннями або з інших причин вони не можуть виховуватися разом.

8. Дошкільний навчальний заклад (ясла-садок) комбінованого типу для дітей віком від двох місяців до шести (семи) років, у складі якого можуть бути групи загального розвитку, компенсуючого типу, сімейні, прогулянкові, в яких забезпечується дошкільна освіта з урахуванням стану здоров'я дітей, їх розумового, психологічного, фізичного розвитку.

9. Дошкільний навчальний заклад (центр розвитку дитини), в якому забезпечуються фізичний, розумовий і психологічний розвиток, корекція психологічного і фізичного розвитку, оздоровлення дітей, які відвідують інші

навчальні заклади чи виховуються вдома.

Перелік дошкільних навчальних закладів (ясел-садків) компенсуючого типу визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі освіти і науки за погодженням із спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я.

Для задоволення освітніх потреб громадян дошкільний навчальний заклад може входити до складу навчально-виховного комплексу «дошкільний навчальний заклад - загальноосвітній навчальний заклад», «загальноосвітній навчальний заклад - дошкільний навчальний заклад» або до складу об'єднання з іншими навчальними закладами.

Для задоволення освітніх, соціальних потреб, організації ранньої корекційної та лікувально-відновлювальної роботи при спеціальних загальноосвітніх школах (школах-інтернатах), загальноосвітніх санаторних школах (школах-інтернатах) можуть створюватися дошкільні групи.

Для забезпечення реалізації прав дитини на родинні зв'язки при загальноосвітніх школах-інтернатах для дітей-сиріт і дітей, позбавлених батьківського піклування, можуть створюватися дошкільні відділення.

Для задоволення освітніх, соціальних потреб громадян можуть створюватися дошкільні навчальні заклади з сезонним перебуванням дітей.

Комплектування груп дошкільного навчального закладу.

Групи у дошкільному навчальному закладі комплектуються за віковими, сімейними, родинними ознаками.

Наповнюваність груп у дошкільних навчальних закладах становить:

для дітей віком до одного року - до 10 осіб;

для дітей віком від одного до трьох років - до 15 осіб;

для дітей віком від трьох до шести (семи) років - до 20 осіб;

різновікові - до 15 осіб;

з короткотривалим і цілодобовим перебуванням дітей - до 10 осіб;

в оздоровчий період - до 15 осіб.

Засновник (власник) може встановлювати меншу наповнюваність груп дітьми у дошкільному навчальному закладі.

У дошкільних навчальних закладах, розташованих у селах, селищах, кількість дітей у групах визначається засновником (власником) залежно від демографічної ситуації.

Для дошкільного навчального закладу (ясел-садка) компенсуючого типу незалежно від підпорядкування і форми власності кількість дітей у групах визначається спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі освіти і науки за погодженням із спеціально

уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі охорони здоров'я та спеціально уповноваженим центральним органом виконавчої влади у галузі фінансів.

Статус дошкільного навчального закладу.

1. Дошкільні навчальні заклади можуть бути державної, комунальної та приватної форм власності.

2. Статус державного має дошкільний навчальний заклад, заснований на державній формі власності.

3. Статус комунального має дошкільний навчальний заклад, заснований на комунальній формі власності.

4. Статус приватного має дошкільний навчальний заклад, заснований на приватній формі власності.

3. Посадові інструкції вихователя дошкільного навчального закладу

На посаду вихователя приймаються особи з середньою спеціальною або вищою освітою, що мають медичний висновок.

Вихователь:

Підпорядковується завідувачому ДНЗ.

Працює безпосередньо під керівництвом старшого вихователя.

Приймається на посаду і звільняється з посади наказом завідувача.

Проходить медичний огляд 1 раз на півроку.

У своїй роботі керується нормативними документами, Інструкцією та Правилами внутрішнього трудового розпорядку.

Працює за графіком, погодженим з профспілковим комітетом і затвердженим завідувачою.

Має право на щорічну чергову відпустку.

Дотримується трудової дисципліну.

Посадові обов'язки.

Здійснює ретельний нагляд за довіреними йому дітьми в суворій відповідності до вимог інструкції з охорони життя і здоров'я дітей в приміщеннях установи та на дитячих прогулянкових майданчиках.

Стежить за станом і зміцненням здоров'я кожної дитини в групі, спільно з медперсоналом установи регулярно проводить комплексні заходи, що сприяють зміцненню здоров'я, психофізичному розвитку дітей, здійснює гігієнічний догляд за дітьми раннього віку. Особливу увагу приділяє дітям, які прийшли в дитячий сад після хвороби.

Планує і здійснює виховно-освітню роботу відповідно до програми в тісному контакті з іншими вихователями та спеціалістами установи. Ретельно

готується до проведення занять.

Вивчає індивідуальні здібності, схильності та інтереси дітей. Уміло використовує результати вивчення у своїй педагогічній діяльності з метою розвитку кожної дитини. На підставі вивчення індивідуальних особливостей дітей, рекомендацій психолога проводить корекційно-розвиваючу роботу зі своїми вихованцями.

Забезпечує суворе виконання встановленого режиму дня і занять.

Здійснює спостереження за поведінкою дітей в період адаптації, допомагає їм; в групах раннього віку веде щоденник спостережень.

Регулярно інформує керівника установи та старшу медсестру про зміни в стані здоров'я дітей. Повідомляє старшій медсестри про відсутніх дітей, з'ясовує причину їх відсутності, веде табель обліку відвідувань.

Веде роботу з батьками з питань виховання дітей у сім'ї, залучає їх до активної співпраці з дитячим садом. Активно працює з батьківським комітетом і окремими батьками, забезпечуючи створення необхідних умов у приміщеннях групи і на ділянці для успішної реалізації виховно-освітньої програми.

З повагою та турботою ставиться до кожної дитини в своїй групі, проявляє витримку і педагогічний такт у спілкуванні з дітьми та їх батьками.

Спільно з музичним керівником і інструктором з фізичної культури готує свята, організовує дозвілля дітей.

Замінює хворого вихователя-змінника в перебіг хвороби.

Проходить медичний огляд строго за графіком.

Виконує вимогу керівника, старшої медсестри, старшого вихователя, пов'язану з педагогічною роботою і охороною життя та здоров'я дітей.

Своєчасно і чітко веде документацію вихователя.

Систематично підвищує професійну кваліфікацію і педагогічний рівень на курсах, семінарах, відкритих переглядах.

На ділянці спільно з дітьми веде роботу з благоустрою згідно з програмою своєї вікової групи.

Бере участь у педрадах установ, методичних об'єднаннях в районі, окрузі, організовує огляди-конкурси та виставки дитячих робіт до днів відкритих дверей, проводить батьківські збори, бере участь в святах.

Суворо виконує трудову дисципліну і правила трудового розпорядку.

Забезпечує санітарно-гігієнічний режим у групі.

При передачі зміни в кінці робочого дня залишає в групі зразковий порядок.

Дбайливо використовує майно установи, методичну літературу, посібники.

Зміну вихователь здає особистим другим вихователю, дітей передає за списком.

Вихователь повинен знати

Конвенцію про права дитини.

Основні державні закони.

Статут установи, Правила внутрішнього трудового розпорядку, Інструкції з охорони життя і здоров'я дітей, санітарно-гігієнічні норми.

Педагогіку, психологію, вікову фізіологію і гігієну.

Основи долікарської медичної допомоги.

Теорію і методику виховної роботи.

Правила і норми охорони праці, техніки безпеки і протипожежного захисту.

Порядок дій в екстремальних ситуаціях, при загрозі життю і здоров'ю дітей.

Права

Має права, передбачені Трудовим кодексом України, Законом України «Про дошкільну освіту», регіональними законами, а також Статутом установи та Правилами внутрішнього трудового розпорядку.

Відповідальність

Несе персональну відповідальність за життя і здоров'я дітей під час їх перебування в установі.

Несе відповідальність за виконання всіх обов'язків, покладених інструкцією.

Контрольні питання

1. Підготуйте міні доповідь «Сучасний дошкільний навчальний заклад в Україні: успіхи, проблеми, недоліки».
2. Запропонуйте власну модель дошкільного навчального закладу.
3. Запропонуйте права і обов'язки сучасного вихователя ДНЗ.
4. Підготуйте для переконливу промову щодо необхідності відвідування дитиною дошкільного навчального закладу.
5. Запропонуйте режим роботи вихователю у молодшій, середній та старшій групі.

Література

1. Доманова, О. О. Нові форми дошкільної освіти / О. О. Доманова // Матеріали XII підсумкової науково-практичної конференції викладачів МДГУ : зб. наук. праць / за заг. ред. К. В. Балабанова. – Маріуполь : МДГУ, 2010. – 370 с. – С. 201–203.
2. Закон України «Про дошкільну освіту» // Збірник законодавчих і нормативних актів про дошкільну освіту. – Запоріжжя : ТОВ «ЛПКС. Лтд.», 2003. – 246 с. – С. 8–9.

3. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні : наук.-метод. посіб. – К. : Ред. Журналу «Дошкільне виховання», 2003.
4. Степанова, Т. М. Еволюція змісту дошкільної освіти у другій половині ХХ століття : [моногр.] / Т. М. Степанова. – К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. – 184 с.

1.6. ОСОБЛИВОСТІ ХАРЧУВАННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

1. Раціональне харчування дітей дошкільного віку.
2. Загальні вимоги до організації режиму харчування дітей у дошкільних навчальних закладах.
3. Диетичні продукти.
4. Лікувальне харчування.

1. Раціональне харчування дітей дошкільного віку

Харчування є основною біологічною потребою і однією з найвагоміших форм взаємозв'язку організму людини з навколишнім середовищем. У сучасних умовах продукти харчування можуть мали не лише корисний, але й негативний ефект, враховуючи забруднення навколишнього природного середовища токсичними речовинами антропогенного походження (солями важких металів, нітратами, нітритами, пестицидами, радіонуклідами тощо). Разом з їжею ці сполуки потрапляють в організм дитини. Багато з них дуже стійкі, можуть в організмі накопичуватися або перетворюватися в не менш або навіть більш стійкі похідні. Вони спричиняють гострі і хронічні отруєння, провокують виникнення тяжких ендокринологічних хвороб, а окремі – віддалені наслідки, уражають генетичний апарат і позначаються на здоров'ї нащадків.

Харчування є одним з найважливіших факторів, що забезпечують нормальний потік процесів росту і розвитку дитини, стійкість до впливу несприятливих умов, високий функціональний рівень провідних систем організму.

Раціональне харчування – це харчування здорових дітей, що повністю відповідає віковим фізіологічним потребам організму в основних речовинах і енергії.

Раціональне харчування – це правильно організоване своєчасне

постачання організму поживної їжі, що містить оптимальну кількість різних харчових речовин, які необхідні для життя, росту і розвитку організму.

Рациональне харчування базується на таких законах:

1. Закон відповідності енерговитрат організму енергомісткості раціону.
2. Закон відповідності хімічного складу раціону фізіологічним потребам організму.
3. Закон збалансованості.
4. Закон тимчасового розподілу їжі.
5. Закон адекватності.
6. Закон естетичного задоволення.
7. Закон санітарної доброякісності та епідемічної безпеки їжі.

Найбільш фізіологічним, природним способом годування новонароджених є грудне вигодовування. Молоко матері має високі поживні якості, що добре засвоюється разом з тим, грудне молоко – готова їжа для немовляти, натуральна, стерильна та тепла. Біологічно – активні речовини, що містяться в грудному молоці (гормони, ферменти, імунні комплекси та чисельні регуляторні фактори), допомагають новонародженим швидше здолати пологовий стрес та краще адаптуватися до умов життя в новому для них оточуючому середовищі. Діти, які вигодовуються молоком матері, рідко хворіють, а якщо захворіли, швидко одужують. Ризик виникнення шлунково-кишкових, респіраторних та алергічних захворювань у них набагато менший, ніж у дітей, які вигодовуються штучними сумішами. Значно рідше випадки раптової смерті, менший ризик розвитку хронічних захворювань органів травлення та дихання, щелепних, стоматологічних та ортопедичних порушень, а в майбутньому й таких тяжких хвороб обміну речовин, як ожиріння, цукровий діабет і атеросклероз.

Загальне число годувань здорових новонароджених – 6 разів на добу з перервою вночі 6,5-6 год. Раннє годування має біологічне значення для дитини: поліпшує перебіг адаптивного періоду, сприяє ставленню місцевого і загального імунітету, формуванню фізіологічної мікрофлори кишок, знижує ризик раннього інфікування.

Далі режим вигодовування змінюють залежно від віку дитини. У перші 4-5 міс. дитину продовжують годувати 6 разів на добу, починаючи з 5 міс. і до кінця 1-го року – 5 разів на добу (через 4 години з перервою вночі 8 год.).

Визначення потреби в їжі. Новонароджені протягом 1-ї доби життя можуть висмоктувати за одне годування 5-12 мл молока, протягом 3-ї доби – 30-35 мл, 7-ї – 70-80 мл. Для розрахунку потреби в молоці на одне годування новонародженого в перші 7-8 днів життя використовують формулу:

$10 \times n$, де n – кількість днів життя дитини.

Харчування дітей віком від 1 до 3 років є перехідним від вигодовування до харчування дорослої людини. До травлення підключаються всі групи слинних залоз, зміцнюються всі шари стінок стравоходу, шлунка, кишок, збільшується місткість шлунка з 250 мл у однорічної дитини до 300-500 мл у дитини 3-го року життя. Травлення їжі завершується через 4 години після вживання.

До 2,5-3 років життя у дітей вже достатньо добре розвивається жувальний апарат - є 20 молочних зубів, 8 з яких прорізуються до однорічного віку, а 12 - після. Завдяки йому дитина вже може досить добре жувати їжу. Під час цього процесу інтенсифікується вироблення травних соків, їжа краще засвоюється, тому дуже важливо своєчасно привчити дитину до жування. Для цього необхідно, звичайно, не поспішаючи, якомога раніше замінювати рідку й напіврідку їжу більш густою і твердою. Якщо дитину другого року життя не привчати споживати їжу, яка вимагає жування, в майбутньому маля, в зв'язку з цим, не буде виявляти особливого бажання щодо таких продуктів як свіжі фрукти, сирі овочі, м'ясо шматочками тощо.

Дітям раннього віку рекомендується режим харчування з чотириразовим прийманням їжі і чотиригодинним інтервалом між ними. Найліпшим часом для прийняття їжі є такий:

Сніданок – 8.00 – 8.30,

Обід - 12.00 – 12.30,

Підвечірок – 16.00,

Вечеря – 19.00 - 19.30.

Щоденно діти раннього віку повинні отримувати не менше 600-650 мл цільного молока, в тому числі кисломолочних продукти - кефір. Найкориснішими є кисломолочні продукти, засновані на спеціальних заквасках, що містять біфідо- і лактобактерії, які володіють захисними функціями проти патогенних бактерій, дисбактеріозів (порушеної кишкової мікрофлори) та інших розладів травлення.

Частину питного прісного молока можна використовувати для приготування молочних страв (каші, пюре з картоплі та інших овочів з молочним соусом, макаронні вироби).

Раціональне харчування дітей 3-6 років має велике значення у формуванні здоров'я. У цей період продовжують вдосконалюватися функції шлунково-кишкового тракту (розміри шлунка, кишок, печінки, підшлункової залози). У цьому віці в дітей починається зміна молочних зубів на постійні. Причиною розвитку захворювань дітей дошкільного віку може бути: порушення структури харчування і технології його приготування. Внаслідок чого виникають слідує захворювання: - хронічні захворювання шлунка,

дванадцятипалої кишки, жовчовивідних шляхів. З'являються чинники ризику щодо формування дегенеративних хвороб елементарного походження, такі, як ожиріння, порушення опорно-рухового апарату, карієс зубів.

Залежно від віку, діти повинні щодня одержувати певну кількість енергії, живильних, мінеральних речовин і вітамінів.

Білки є життєво необхідними речовинами й мають особливе значення в харчуванні дітей. Насамперед це основний пластичний матеріал, що йде на будову клітин, тканин, органів. Необхідні вони також для утворення ферментів, гормонів, гемоглобіну крові, формування сполучень, які забезпечують імунітет. Білки беруть участь у процесах засвоєння жирів, вуглеводів, мінеральних речовин, вітамінів. Особливо велика їхня роль у засвоєнні організмом вітаміну С.

Жири є джерелом енергії, вони необхідні для побудови клітинних оболонок, беруть участь в обміні речовин, відіграють роль запасного живильного матеріалу, забезпечують засвоєння вітамінів А, Д, Є, К. Найбільш легко засвоюються організмом молочні жири (вершкове масло, вершки, сметана), сутужніше - свинячий, баранячий, яловичий жир, тому їх не рекомендується використати в харчуванні дітей дошкільного віку. Варто уникати надлишкового споживання жирів, тому що це може привести до ожиріння.

Вуглеводи – головне джерело енергії, разом з білками й жирами вони беруть участь в обміні речовин. Більша частина харчового раціону дитини складається з вуглеводів, добова норма вуглеводів в 4 рази більше, ніж жиру і білка. Вуглеводи втримуються в продуктах рослинного походження - крупах, картоплі, овочах, фруктах. Багаті вуглеводами цукор, хліб, мед, цукерки. Надлишкова кількість вуглеводів легко перетворюється в жир і нерідко є однією із причин ожиріння, а надлишок солодоців сприяє розвитку карієсу зубів.

Мінеральні речовини, що входять до складу харчових продуктів, діляться на макроелементи, (кальцій, калій, фосфор, натрій, хлор) і мікроелементи (фтор, цинк, мідь, йод). Особливе значення в харчуванні дітей надається солям кальцію й фосфору, які формують кісткову й зубну тканини, входять до складу гормонів, беруть активну участь в обмінних процесах. Кальцію властиво протизапальна й антиалергічна дія.

Вітаміни відіграють роль каталізаторів в обмінних процесах, вони необхідні для росту й розвитку кліток, тканин. Вітаміни вводяться з їжею. Як правило, вони не синтезуються в організмі. Вітаміни діляться на 2 групи: жиророзчинні (А, Д, Є, К) і водорозчинні (С, В).

Вода – необхідна складова частина раціону, вона входить до складу

клітин і тканин, бере участь у процесах, що забезпечують життєдіяльність організму; з водою видаляються кінцеві продукти обміну. Вода в організм надходить із продуктами (особливо багато її втримується у свіжих фруктах і овочах), а також у вільному стані (чай, компот, суп). У добу кількість рідини, що надходить в організм дітей 3-7 років, повинне бути в межах 1,5-2 л. Потреба в рідині коливається залежно від сезону року, віку, індивідуальних особливостей дитини. Надлишкова кількість води не рекомендується, тому що це веде до перевантаження нирок, серця.

При кожному прийомі їжі варто вживати продукти із всіх чотирьох груп. Кількість їжі повинне бути достатньою. Не слід переїдати. Необхідно уникати штучних напоїв. Їжа повинна бути якісною й свіжою.

БІЛКИ – «цеглинки» для будівництва клітинок . ЖИРИ – продовольчі й паливні склади. ВУГЛЕВОДИ – паливо для клітинок

Добова витрата енергії у дитини становить:

1-3 років - 1540 ккал,

4-6 років - 1970 ккал,

7 років - до 2000 ккал.

Харчування буде правильним, якщо: їжа різноманітна; дотримуються санітарно-гігієнічні правила готування їжі й зберігання харчових продуктів; регулярне приймання їжі; ураховуються національні, кліматичні й сезонні особливості; вага тіла відповідає віковим показникам.

2. Загальні вимоги до організації режиму харчування дітей у дошкільних навчальних закладах

Рациональний режим харчування, збалансованість раціону є основними умовами для нормального росту і розвитку та підвищення опору дитячого організму до захворювань.

Харчування дітей здійснюється відповідно до норм, затверджених постановою Кабінету Міністрів України від 22.11.2005 № 1591 «Про затвердження норм харчування у навчальних та оздоровчих закладах».

Режим харчування залежить від режиму роботи дошкільного навчального закладу і затверджується керівником закладу. Їжу видають дітям у суворо визначений час, чотири - п'ять разів на добу, з інтервалами у 3 - 4 години.

Для груп, які працюють менше 6 годин, організація харчування, його форми і кратність визначаються за домовленістю з батьками чи особами, які їх замінюють. Якщо діти перебувають у дошкільному навчальному закладі не

більше 4 годин, то їх за бажанням батьків харчуванням можна не забезпечувати. Діти, які перебувають у закладі більше 4 годин, обов'язково забезпечуються харчуванням. При цьому режим харчування може бути одно- або дворазовий з інтервалами між прийомами їжі не більше 3-4 годин. Це може бути сніданок або обід, а також сніданок і обід.

При 10,5 і 12 годинному перебуванні дітей у закладі режим харчування повинен бути триразовим: орієнтовно для ясельних груп – сніданок 8.00-8.20, обід 11.30-12.00, вечеря 15.30-16.00; для дошкільних груп - сніданок 8.30-8.50, обід 12.30-13.00, вечеря 16.30-16.50.

При перебуванні дітей у дошкільному навчальному закладі більше 12 годин необхідно організовувати обов'язкове чотириразове харчування при цьому вечерю передбачити о 19.00-19.30.

Для дітей, які перебувають у закладі цілодобово (інтернатна група), перед нічним сном необхідно організувати додатковий п'ятий прийом їжі (склянка кефіру, ряжанки, нарини, йогурту з хлібом або печивом тощо).

У санаторних дошкільних навчальних закладах (санаторних групах) у залежності від профілю: а) для дітей, які часто і тривало хворіють; б) для дітей із захворюваннями шлунково-кишкового тракту; в) для дітей, народжених від батьків, які постраждали під час аварії на Чорнобильській АЕС; г) для дітей дошкільних навчальних закладів компенсуючого типу (порушення фізичного та (або) розумового розвитку) режим харчування повинен бути 4 або 5-ти разовим за призначенням лікаря.

Під час оздоровчого періоду необхідно організувати додатковий прийом їжі – другий сніданок з 10.00 до 11.00 у вигляді фруктів, соків, які видаються під час прогулянки.

Для організації оптимального питного режиму потрібно забезпечити дітей водою за індивідуальною потребою. Кип'ячену воду дають після охолодження до кімнатної температури. Її зберігають у добре вимитому посуді і міняють не рідше ніж 1 раз на добу.

Розподіл їжі за калорійністю протягом дня повинен бути таким: сніданок - 25%, обід - 35%, підвечірок і вечеря - по 20%. Тривалість сніданку, підвечірку і вечері - по 20 хв., обіду - 25-30 хв. Об'єм їжі повинен відповідати віку дитини.

Вихователі, помічники вихователів, які беруть участь в організації харчування дітей, повинні бути ознайомлені з питаннями гігієнічного та естетичного виховання дітей. Починаючи з раннього віку дитини, необхідно приділяти увагу вихованню культурно-гігієнічних навичок під час вживання їжі. За дитиною необхідно закріпити постійне місце за столом при цьому розмір стола та стільця підбирається відповідно до зросту дитини.

Перед кожним прийомом їжі стіл сервірують згідно з меню. З двохрічного віку дітей привчають користуватися серветкою. На четвертому році життя навчають користуватися виделкою, а на п'ятому році - негострим ножем.

Дітей привчають сидати за стіл охайними, з чистими руками, сидіти за столом правильно і користуватися столовими приборами (згідно з вимогами навчальної програми). Руки необхідно мити безпосередньо перед тим, як дітей садять за обідні столи, і після приймання їжі. З чотирьохрічного віку дітей навчають чергувати у групі під час приймання їжі з використанням санітарного одягу (фартушки, косинки або ковпаки), сервірувати столи і збирати використаний посуд.

Дітям потрібно давати страви у тому вигляді, що допомагає процесу їх вживання: довгі макаронні вироби перед варінням переламують; мандарин, апельсин надрізають; хліб нарізають невеликими шматочками. Масло дітям молодшого віку намазують на хліб, старші діти роблять це самі.

Для частування дітей у дні народження, інші свята можна використовувати приготовлені у закладі пиріг, пиріжки або принесені батьками фрукти, ягоди, цукерки, печиво (промислового виробництва). З метою попередження захворюваності гострими кишковими інфекціями та харчових отруєнь дітей суворо забороняється приносити у дошкільний навчальний заклад кремові вироби (торти, тістечка), морозиво, напої, у тому числі солодкі газовані тощо.

Для збереження апетиту не рекомендується годувати дитину вдома вранці, перед відвідуванням дошкільного навчального закладу. Винятком можуть бути яблуко, морква, овочевий сік у кількості 50-100г. Якщо дитина поснідала вдома, її і не слід примушувати снідати вдруге.

Раціональне харчування в дошкільному навчальному закладі передбачає обов'язкове складання меню.

Примірне двотижневе меню складається з урахуванням забезпечення сезонними продуктами: свіжими (консервованими, квашеними) овочами, ягодами, фруктами (сухофруктами), соками, варенням тощо. Як приправи і спеції у літній і зимовий періоди року дозволяється використовувати зелень петрушки, кропу, селери, цибулі, часнику тощо, лавровий лист, сік лимону або лимонну кислоту. Зелень може бути парниковою або вирощеною у відкритому ґрунті. У харчуванні дітей забороняється застосування оцту, натуральної кави, напоїв з неї.

Ураховуючи можливі перебої у постачанні продуктів харчування, у дошкільному навчальному закладі повинен бути двотижневий запас рибних, м'ясних консервів, молочних продуктів тривалого терміну зберігання,

фруктів. Запас овочів у дошкільному навчальному закладі повинен бути не більше ніж на 20 діб, круп, бобових – 30 діб.

Консерви м'ясні, рибні та овочеві можуть використовуватися, як виняток, при відсутності м'яса, риби, свіжих овочів, але тільки після їх термічної обробки при приготуванні перших і других страв. При цьому необхідно закуповувати натуральні консерви без додавання олії, томату, оцту. Із консервованих фруктових компотів промислового виробництва можна готувати страви тільки після розведення та обов'язкового повторного кип'ятіння. У харчуванні дітей, крім свіжих овочів, рекомендується використовувати солоні (огірки, капусту, яблука). Для кожного конкретного дошкільного навчального закладу за погодженням з територіальною санітарною епідеміологічною станцією при наявності необхідних умов допускається заготівля овочів, зелені тощо – висушування, соління, квашення овочів без їх герметичного закупорювання.

Щодня на кожний наступний день відповідно до наявності продуктів харчування та з урахуванням примірного двотижневого меню, картотеки страв, необхідно складати меню-розклад. Меню-розклад складається окремо для двох вікових груп – дітей віком до 3 років та дітей віком від 3 до 6 (7) років відповідно до затверджених норм харчування.

Видача готових страв дозволяється тільки після зняття проби медпрацівником (лікар, медсестра, дієтсестра) або при його відсутності іншою особою, відповідальною за організацію харчування (вихователь, методист тощо), призначеною за наказом керівника закладу (кухар не може бути відповідальним за зняття проб). Медпрацівник або особа, відповідальна за організацію харчування дітей, знімає пробу безпосередньо з казана за 30 хвилин до видачі їжі для груп після рівномірного перемішування страви в об'ємі не більше однієї порції відповідно до переліку страв, які наведено у меню-розкладці, і при тій температурі, при якій уживається страва.

При цьому визначають фактичний вихід страв, їх температуру, смакові якості, консистенцію, запах. Кожну частину страви оцінюють за такими критеріями: готовність, форма нарізки, відповідність рецептурі (наявність складових частин страви, у тому числі моркви, цибулі тощо, в котлетах - хліба), наявність сторонніх домішок (погано перебрана крупа, погано почищені овочі тощо).

Зняттю проби не підлягають продукти промислового виробництва - сосиски, тверді сири, кондитерські вироби (цукерки, вафлі, печиво тощо), хліб, масло вершкове, фрукти, ягоди. Оцінюється тільки вага порції цих продуктів.

Щодня необхідно залишати добові проби кожної страви раціону.

Добова проба страв є показником якості роботи кухарів закладу.

Проби страв кожного прийому їжі зберігаються протягом доби до закінчення аналогічного прийому їжі наступного дня, наприклад сніданок до закінчення сніданку наступного дня, обід до закінчення обіду наступного дня тощо.

Поруч з вікном видачі їжі з харчоблоку обов'язково вивішується графік видачі їжі та денне меню із зазначенням виходу кожної страви, яке завірено керівником і медичним працівником закладу. Перед харчоблоком і в групах повинні бути вивішені таблиці, в яких визначається об'єм порції, що мають отримати діти кожної з вікових груп.

З метою охорони здоров'я і життя дітей видача готових страв здійснюється безпосередньо після закінчення їх приготування та бракеражу готової продукції. Працівники груп у чистому санітарному одязі (халат, фартух, хустка), чистими руками доставляють їжу у групи лише у промаркованих, закритих кришками відрах і каструлях. Робота харчоблоку повинна бути організована так, щоб готові страви на останній прийом їжі видавались безпосередньо після їх приготування або проміжок часу між закінченням приготування страви та вживанням її дітьми не перевищував 30 хвилин.

Не дозволяється садити дітей за столи до закінчення сервірування. В ясельних групах годування дітей, які можуть їсти самостійно, організують так, щоб вони не чекали їжу. Їх годують невеликими групами, одночасно по 3 – 4 дитини за столом. Після вживання першої страви дітям необхідно відразу подавати другу страву тощо.

Велика кількість залишків їжі на тарілках (понад 15% від об'єму порції) може свідчити про погане самопочуття дитини, низьку смакову якість страви, про нераціонально складене меню, помилки у режимі харчування (скорочені інтервали між прийомами їжі) тощо.

Для забезпечення дітей вітаміном С необхідно проводити обов'язкову С-вітамінізацію страв. За організацію проведення С-вітамінізації відповідають керівник, кухар та медичний працівник закладу. С-вітамінізація здійснюється аскорбіновою кислотою (пігулки, порошок), яку для попередження руйнування необхідно зберігати у темному прохолодному місці, у закритій тарі, під замком, при суворому дотриманні терміну придатності. Необхідно вітамінізувати перші або треті страви обіду (борщ, овочевий суп, компот, чай, кисіль). С-вітамінізація проводиться безпосередньо за 15 хвилин до видачі їжі при температурі страв не вище 45 - 600 С. Аскорбінова кислота вноситься з розрахунку: 30мг для дітей віком до 1-го року, 35мг - до 3-х років, 40мг - від 3-х до 7-ми років.

В умовах ускладнення епідемічної ситуації: епідемія грипу, спалахи

респіраторно-вірусних інфекцій в дошкільних навчальних закладах, додаткову вітамінізацію необхідно проводити з жовтня або з моменту виникнення загрози розповсюдження захворювань. Полівітамінні препарати «Гексавіт», «Ундевіт», «Ревіт» тощо видають дітям віком від 2-х років за призначенням лікаря-педіатра. Полівітаміни дають під час сніданку чи обіду. При цьому С-вітамінізацію готових страв в цей час не відмінюють.

З метою підвищення ефективності вітамінізації необхідно нормалізувати функціональний стан мікробіоценозу організму, особливо у тих дітей, у яких були захворювання або порушення функції шлунково-кишкового тракту (гастрити, дискінезії жовчовивідних шляхів, холецистити, панкреатити, ентероколіти тощо). Для цього необхідно включати у раціони кисломолочні напої (кефір, наринне, ряжанка, йогурти тощо).

Добова норма харчування змінюється з віком дитини. Змінюється потреба в основних інгредієнтах і калоріях. Співвідношення між білками, жирами і вуглеводами має бути 1:1,2:4 або 1:1:3

Харчування дітей від 1 – 1,5 р.

Дитина отримує 5-разове харчування, але поступово зменшують до 4-разового. Загальний об'єм добового раціону повинен становити до 1100 мл. Дають житній хліб, каву з молоком, супи, салат з сирих овочів, вінегрет, пудинги і запіканки. Добовий набір продуктів повинен становити білка 45-50 г, жирів – 64-50 г, вуглеводів – 160 г, калорій – до 1300 г.

Харчування дітей від 1,5 – 3 р.

Чотириразове харчування з загальним об'ємом до 1300-1400 мл. набір блюд збагачується. Можна приготувати різні борщі, розсольники, використовувати різні негострі соуси і приправи. Об'єм молока в добовому раціоні повинен становити до 600-650 мл. Добовий раціон включає білків – 53-55 г. Жирів 53-55 г, вуглеводів – 190-200 г, калорій – до 1600. Цим дітям можна давати яйця, домашній сир, молоко і кефір, кашу, хліб або булочки.

Харчування дітей від 3 до 7 р.

Чотирьохразове харчування з добовим об'ємом до 1800 мл. Сніданок включає до 23% Ккал, обід – 35-40% Ккал, полуденок – 10% Ккал, вечеря 20-25% Ккал. В меню можна включати солені і гострі приправи. Дозволяють жарену картоплю, гуляш. Кількість білка в добовому раціоні повинно досягати до 63-65% - у дітей 3-5 р. і 80 у дітей 7 р. Аналогічно і кількість жирів, вуглеводів – до 230-320 в залежності від віку дитини, калорійність – до 2300 Ккал. – у дітей 7 р. Цих дітей можна віддавати в дитячий садок. Їм можна давати домашній сир, сметану, яйця, хліб з маслом, булочки, молоко і квасне молоко, фрукти, різні овочі.

3. Дієтичні продукти

Дієтичні продукти – це спеціалізовані продукти, які замінюють у харчуванні хворих традиційні продукти і відрізняються від них хімічним складом та (або) фізичними властивостями.

Дієтичні продукти поділяють на 7 груп:

1. Харчові продукти, які забезпечують механічне та хімічне обтерігання органів травлення. До цієї групи належать подрібнені крупи, гомогенізовані овочеві та фруктові консерви, консерви без спецій і прянощів, хлібні вироби із зменшеною кислотністю тощо.

2. Харчові продукти з малим вмістом натрію (безсольові). До цієї групи належать хліб та сухарі без солі (ахлоридні), продукти із заміниками кухонної солі (для хворих на гіпертонічну хворобу і з порушенням кровообігу).

3. Харчові продукти із зменшеною кількістю білка (безбілкові) та з вилученням окремих білків та амінокислот. До цієї групи належать заміники хліба, макаронних виробів та круп, вироблені з різних видів крохмалю і які не містять білків. Крім того, до цієї групи відносять також продукти для хворих на окремі ензимопатії, які не містять білка пшениці глютену або амінокислоти фенілаланіну.

Хліб з набряклим крохмалем використовують для лікування ниркової недостатності.

4. Харчові продукти із зміненням вуглеводним компонентом. Це – найбільша група дієтичних продуктів, до якої належать харчові продукти із зменшеною кількістю вуглеводів, безлактозні молочні продукти; продукти, в яких цукор замінений цукрозамінниками, а також самі цукрозамінники (сахарин, ксиліт, сорбіт, фруктоза, аспартам, ацесульфам К та ін.). Харчові продукти із зменшеною кількістю вуглеводів та із заміниками цукру використовують при лікуванні хворих на ожиріння, цукровий діабет, серцево-судинні хвороби. Безлактозні молочні продукти призначають хворим на недостатність ферменту лактази (алактазія).

5. Харчові продукти із зменшеною кількістю жирів або поліпшеним їх складом. До цієї групи відносять молочні продукти із зменшеною кількістю жирів або повністю знежирені (10 % сметана, кефір нежирний, кефір таллінський, напої з пахти, масло «Дієтичне», «Здоров'я», маргарин «Здоров'я», майонез з білковими добавками та ін.). Жирно-кислотний склад продуктів поліпшують зменшенням кількості насичених жирів та збагаченням поліненасичених жирних кислот за рахунок рослинних олій (соняшникової, оливкової).

6. Харчові продукти зниженої енергетичної цінності. Енергетичну цінність харчових продуктів знижують зменшенням загальної кількості вуглеводів або жирів, а також додаванням різних наповнювачів (карбоксиметилцелюлози та ін.).

7. Харчові продукти, збагачені біологічно активними речовинами. Це – одна із найбільш поширених груп дієтичних продуктів. Збагачують продукти введенням повноцінного білка, пектину, клітковини, вітамінів, лецитину, йоду та інших речовин. Найбільш відомі продукти, які належать до цієї групи, – паста «Океан», крилеве масло, СБС (суха білкова суміш), кукурудзяно-солодові екстракти, кондитерські вироби лікувальної дії з різними наповнювачами та підварками (цукерки, мармелад, драже з морквяною, буряковою та іншими підварками та пюре).

Лікувально-профілактичне харчування спрямоване на:

- виключення можливості проникнення шкідливих речовин з травного каналу у внутрішнє середовище організму людини, тобто зв'язування їх у шлунку або кишках;

- прискорення виведення шкідливих речовин із організму людини;

- підвищення загальної опірності організму до шкідливих чинників;

- захист окремих, найбільш уразливих, систем організму від шкідливої дії токсичних речовин;

- прискорення або, навпаки, уповільнення обміну токсичних речовин в організмі (з метою недопущення їх до внутрішнього середовища).

При організації лікувально-профілактичного харчування необхідно дотримуватися таких принципів:

1. Обмежувати кількість жирів, оскільки вони прискорюють всмоктування багатьох хімічних речовин, більшість з яких є жиророзчинними сполуками.

2. Лікувально-профілактичне харчування повинне бути забезпечене необхідною кількістю овочів та фруктів, які є джерелом багатьох водорозчинних вітамінів, каротину, мікроелементів, пектинових речовин та клітковини.

3. Лікувально-профілактичне харчування повинне мати лужну орієнтацію. Порушення кислотно-лужної рівноваги організму в бік ацидозу призводить до посилення надходження у кров шкідливих речовин, наприклад свинцю, а зсув у бік алкалозу сприяє затриманню та накопиченню в організмі багатьох шкідливих речовин. Лужні властивості притаманні молоку, молочним продуктам, овочам та фруктам.

4. Обмежувати вживання солі, оскільки вона сприяє затриманню рідини в організмі.

5. Лікувально-профілактичне харчування здійснювати на фоні загального раціонального харчування.

4. Лікувальне харчування (по М. І. Певзнеру)

Характеристика основних дієт

Лікувальне харчування – це харчування, яке не тільки задовольняє потреби організму, але й активно впливає на перебіг захворювання. Воно є обов'язковим елементом сучасного комплексного лікування хворих. Мета лікувального харчування полягає в забезпеченні фізіологічних потреб організму в харчових речовинах і нормалізації функціонального стану різних органів і обмінних процесів, порушених у зв'язку з захворюванням.

В Україні офіційно прийнято 15 дієтичних столів, які диференційовані за основними формами хвороб та варіантами їх перебігу з урахуванням виду, стадії захворювання (загострення чи ремісія), ступеня компенсації (компенсована чи некомпенсована стадія хвороби).

Стіл № 0. Цей стіл застосовується при утрудненні або неможливості прийому твердої їжі. Такі стани спостерігаються в післяопераційному періоді в шлунково-кишковому тракті, при порушеннях свідомості, наприклад у інфекційних хворих, що лихоманять. Стіл № 0 складається з багатої вітамінами рідкої або напіврідкої їжі з невеликою енергетичною цінністю до 1000 ккал в добу. Найбільш збалансованим її складом будуть по 20 г жирів і білків і близько 200 г вуглеводів. Обмежують вміст куховарської солі. Цим вимогам задовольняють наступні продукти: фруктові і ягідні соки з цукром, слабкий м'ясний бульйон, киселі, желе, яйця некруті, чай з цукром, вершкове масло. Прийом рідини повинен складати не менше 2 л на добу. Ця дієта застосовується впродовж 3-5 днів.

Стіл № 1 призначається при хронічних запаленнях шлунка з нормальною та підвищеною кислотністю, при виразковій хворобі шлунка та дванадцятипалої кишки. Переслідує своєю метою помірне збереження стінок шлунку від механічної, хімічної і температурної агресії і застосовується при компенсованих захворюваннях шлунку і дванадцятипалої кишки, а також в 3-ій декаді курсового лікування виразкової хвороби. Стіл № 1 є практично повноцінною дієтою калорійністю 3200 ккал, що містить 100 г білків, 200 г жирів і до 500 г вуглеводів. Забороняються груба рослинна їжа, концентровані м'ясні і рибні бульйони, усі смажені блюда, свіжий хліб. Дозволено нежирне м'ясо, парову рибу, м'ясо і рибу у відвареному вигляді, овочі у вигляді пюре, молоко, омлети, молочні сосиски, сир, черствий білий хліб.

Стіл № 2 призначається при хронічних запаленнях шлунка з секреторною недостатністю, при хронічних запаленнях кишок (коліти, ентероколіти). Дія цього столу на організм полягає у виключенні механічного роздратування шлунку із збереженням хімічного роздратування для збудження секреторної функції шлунку. Дієта призначається при гастритах зі зниженою кислотністю, за відсутності соляної кислоти, тобто при анацидних станах, хронічному коліті без загострень, а також при одужанні після різних захворювань. Калорійність цього столу складає 3000 ккал, включає 100 г білків, 100 г жирів і 400 г вуглеводів. Вміст куховарської солі в раціоні до 15 р. Продукти, що задовольняють дієті: яєчні блюда, запіканки, каші, овочі у вигляді пюре, компоти, муси, соки, супи з м'ясних і рибних бульйонів з овочами, м'ясні підливки, білий черствий хліб.

Стіл № 3 призначається при запорах харчового походження з метою посилення моторної функції кишок. Дієта спрямована на посилення перистальтики, має на меті спорожнення кишечника з включенням в раціон механічних, фізичних і температурних подразників. Ця дієта застосовується при запорах, причиною яких є неправильне харчування, без різко виражених ознак роздратування кишечника. Калорійність цього столу - 4000 ккал, добовий раціон складає по 110 г білків і жирів, до 600 г вуглеводів. Куховарська сіль вживається в підвищеній кількості. Обмежуються гарячі блюда, киселі і протерті каші. Рекомендується вживати продукти, багаті клітковиною: овочі і фрукти, зелень, чорний хліб, квашену капусту, а також газовані напої, холодні супи, яйця, зварені круто.

Стіл № 4 призначається при хронічних запаленнях кишок (коліти та ентероколіти) з метою нормалізації функції кишок. За допомогою цієї дієти робиться обмеження в раціоні хімічних, механічних і термічних подразнень кишечника. Дієта показана при захворюваннях кишечника, що протікають з проносами: дизентерії, гастроентеритах в період загострення, хронічному коліті у стадії загострення.

Стіл № 4 має понижену кількість вуглеводів (до 250 г), білків (до 100 г) і жирів (до 70 г) в добу, її калорійність - 2000 ккал. З раціону виключають чорний хліб і молоко. Рекомендують вживати: слизові супи на воді або нежирному бульйоні, каші на воді, парові м'ясні блюда, сир, чорна кава, міцний чай, черствий білий хліб, ягідні соки. Цей стіл призначається на декілька днів з наступним переходом до столу № 2 або № 5а.

Стіл № 5 призначається при захворюваннях печінки та жовчного міхура. Цільове призначення такого столу - розвантаження жирового і холестеринового обміну, щадіння функції печінки, стимуляція нормальної діяльності кишечника. Дієта застосовується при захворюваннях печінки і

жовчних шляхів, «застійній» печінці, хронічному коліті зі схильністю до запорів, хронічному гастриті без різких порушень. У раціоні обмежують вміст холестерину, пуринових основ і жирів. Добовий раціон дієти включає 100 г білків, 70 г жирів, 50 г вуглеводів. З добового раціону необхідно виключити печінку, смажені блюда, здобні борошняні вироби, масло, вершки, яйця і бобові. Продукти, що задовольняють вимогам дієти: молочні і вегетаріанські супи, нежирні відварені рибні і м'ясні блюда, овочі і фрукти, молочні продукти.

Стіл № 6 призначається при подагрі. Подагра – хронічне захворювання, зв'язане із порушенням пуринового обміну, затримкою та відкладенням в хрящах, сухожиллях, зв'язках, голосових зв'язках, стінках судин та кишок кристалів сечокислого натрію. Цільове призначення такого столу - розвантаження пуринового обміну і нормалізація усіх функцій кишечника. Ця дієта застосовується при подагрі, сечокислому діатезі. Калорійність столу № 6 коливається від 2700 до 3500 ккал, хімічний склад раціону : 100 г білків, 110 г жирів, 400 г вуглеводів. Куховарська сіль вживається в дещо понижений кількості. У добовий раціон повинні входити продукти, бідні пуринами: овочі і фрукти, мед, молоко, яйця, сало, цукор, варення, крупи. Необхідно застосовувати підвищену кількість рідини, краще, якщо вона поступатиме у вигляді натуральних соків.

Стіл № 7 призначається при захворюваннях нирок (нефрити, пієлонефрити, пієлоцистити та ін.). Цільове призначення такого столу - максимальне щадіння нирок, підвищення сечовиділення, розвантаження білкового обміну, протизапальна дія. Це досягається шляхом різкого обмеження в їжі білків і рідини і мінімального споживання куховарської солі (0,5 г в добу). Дозволені продукти - молоко, несолоне вершкове масло, вершки, сметана, різні блюда з круп і макаронів без солі овочі і фрукти, ягоди, цукор, без солі білий хліб. Виключаються куховарська сіль, м'ясо і риба усіх сортів і видів, бобові, екстрактні речовини. Вітаміни необхідно давати у вигляді овочів, зелені, фруктів, настою шипшини, фруктових-ягідних сумішей. Хімічний склад: 25 г білків, 60 г жирів, 350 г вуглеводів, загальний калораж складає 2000 ккал. Режим харчування : їжа обов'язково повинна здійснюватися в ліжку 4-5 раз на день. Рідина (у вигляді напоїв і рідких блюд) - до 0,5 л в день. Цю дієту призначають після розвантажувальних днів на короткий час - не більше 10 днів. Таке дієтичне харчування застосовується при гострих захворюваннях нирок і сильному загостренні хронічних захворювань нирок.

Стіл № 8 призначається при ожирінні з метою зниження маси тіла та нормалізації обміну речовин. Ожиріння – загальне захворювання

організму, коли надлишкова маса переважає нормальну на 20 і більше відсотків. Ожиріння в 95 % випадків – харчового походження, тобто це – результат систематичного переїдання. Цільове призначення такого столу - зниження кількості в раціоні жирів, вуглеводів, куховарської солі, рідини, за рахунок чого знижена калорійність їжі. Об'єм їжі доповнюється продуктами, багатими рослинною клітковиною, із збалансованим змістом білку. Показанням до застосування цієї дієти є підвищена вага хворого. Калорійність цього столу - від 2000 до 2600 ккал (залежно від ваги хворого). Хімічний склад: 110 г білків, 65 г жирів і 300 г вуглеводів. Дозволені продукти харчування: чорний хліб, нежирний сир, овочі, фрукти з невеликою кількістю вуглеводів, каші, відварені нежирні сорти риби і м'яса, фруктові і овочеві супи. Вітаміни потрапляють в організм разом з сирими овочами і фруктами.

Стіл № 9 призначається при цукровому діабеті. Оскільки при цукровому діабеті порушується засвоєння глюкози, то з раціону виключаються солодкі продукти та солодкі страви. Цільове призначення такого столу - обмеження кількості споживаних вуглеводів. Ця дієта застосовується при лікуванні таких захворювань, як цукровий діабет, захворювання суглобів, велика група алергічних захворювань. Калораж такого столу складає 2300 ккал, хімічний склад: по 120 г білків і жирів, 250 г вуглеводів. Потрібні часта їда і по можливості обмеження фізичної навантаження. Необхідно вживати продукти з мінімальним змістом вуглеводів : яйця, м'ясо, рибу, кисломолочні продукти, овочі (капусту, брокву), фрукти кислих сортів, зелень, гречану кашу, тваринні жири.

Стіл № 10 призначається при захворюваннях серцево-судинної системи (атеросклероз та його прояви: інфаркт міокарда, інсульт, гіпертонічна хвороба та ін.). Є повноцінною дієтою з обмеженням споживання куховарської солі і рідини. Ця дієта знайшла широке застосування і використовується при захворюваннях серцево-судинної системи в стані компенсації і субкомпенсації, гіпертонічній хворобі, атеросклерозі і захворюваннях нирок. Забороняється вживати смажену, солону і гостру їжу. Уся їжа готується без солі, сіль може видаватися на руки хворому в кількості, що не перевищує 5 г, добове споживання рідини обмежується до 1,5 л. Калораж цього столу - 3000 ккал, хімічний склад: 80 г білків, 70 г жирів і 400 г вуглеводів. Продукти, дозволені до застосування: молоко, вершки, сметана, м'ясо і риба у вареному виді, овочі і фрукти, нездобні борошняні вироби, ягідні і фруктові компоти.

Стіл № 11 призначається при зниженні загальної опірності організму. Цільове призначення такого столу - зміцнення захисних сил організму при одужанні і підвищення його опірності до гострих і хронічних інфекцій.

Призначається при специфічних і неспецифічних захворюваннях: туберкульозі кісток або легенів, лейкозі, зниженому загальному живленні. Потрібне підвищене споживання вітамінів у вигляді овочів, фруктів, настою шипшини солей кальцію у виді різноманітних молочних продуктів. Куховарську сіль можна застосовувати в звичайній кількості - до 15 г в добу. Калораж цієї дієти складає 4500 ккал, хімічний склад: 130 г білків, 130 г жирів і 550 г вуглеводів. Необхідно вживати продукти, в яких є велика кількість усіх основних речовин в оптимальній пропорції, : м'ясо, яйця, рибу, молочні продукти, овочі і фрукти.

Стіл № 12 призначається при захворюваннях нервової системи. Цільове призначення такого столу - седативна (заспокійлива) дія на центральну нервову систему. Застосовується при різних захворюваннях центральної нервової системи, що супроводжуються її підвищеною збудливістю. Цей стіл може застосовуватися під час переходу харчування із столу № 10. З раціону необхідно виключити усі продукти, що мають тонізуючу дію: міцний чай і кава, прянощі, гострі блюда. Потрібне підвищене споживання вітамінів і солей фосфору. Калораж цієї дієти складає 4000 ккал, хімічний склад: по 110 г білків і жирів, 550 г. Потрібне часте дробове живлення, бажано в певні години і спокійній обстановці. вуглеводів

Стіл № 13 призначається при гострих інфекційних захворюваннях, потрібний для щадіння органів травлення, спрямований на швидке виведення з організму мікробних токсинів. Також цей стіл стимулює захисні сили організму. Калораж цієї дієти складає близько 3000 ккал, хімічний склад: по 80 г білків і жирів, 400 г вуглеводів. Потрібне часте дробове живлення малими порціями. Рідину необхідно приймати у великих кількостях, саме це прискорює виведення токсинів і полегшує стан хворого. Дозволені до вживання продукти: молочні продукти, супи і каші, яйця некруті, рибні і м'ясні блюда в невеликій кількості і рубаному виді, соки, киселі, компоти, омлети, сирники, черствий білий хліб і сухарі. Куховарську сіль рекомендується вживати в дещо зниженій кількості.

Стіл № 14 застосовується при фосфатуриі (наявність у сечі фосфорнокислих солей), сприяючи зрушенню в кислотно-лужній рівновазі у бік кислотності. У раціон включені продукти переважно м'ясні, багаті кислими валентностями, обмежується вміст кальцієвих солей. Необхідно зменшити споживання молока, сиру, сиру, яєць, кислого молока, овочів, фруктів і ягід. Споживання рідини необхідно збільшити (не менше 3 л в добу). Калораж цього столу складає в середньому 3500 ккал, хімічний склад: по 110 г білків і жирів, 500 г вуглеводів. Режим харчування стандартний.

Стіл № 15 призначений для харчування практично здорових людей в

період одужання від різних загальних захворювань. Споживаються усі продукти, в яких міститься оптимальний в якісному і кількісному співвідношенні рівень білків, жирів і вуглеводів. Дозволені усі продукти, які підбираються відповідно до смакових пристрастей людини. Калораж цього столу - 3700 ккал, хімічний склад: по 110 г білків і жирів, 550 г вуглеводів. Режим харчування триразовий.

Гіпоалергенна дієта. Показником для її призначення є харчова алергія. Тривалість її призначення - до 10 днів. Ця дієта є фізіологічно повноцінною, хімічно щадною, з обмеженням споживання куховарської солі до 7 г в добу. За наявності набряків необхідно обмежити споживання вільної рідини. Необхідно виключити усі харчові алергени: м'ясні і рибні продукти, цитрусові, фрукти червоних сортів, шоколад, кава, солоні і копчені продукти, майонез, кетчуп, мед. Необхідно обмежити соки, яйця, м'ясо курки, сир, цукор і варення, враховуючи індивідуальну непереносимість. Кулінарна обробка: усі страви мають бути у відвареному вигляді, з триразовою зміною бульйону при варінні м'яса, риби, курки, без солі. Калораж такої дієти складає 2800 ккал, хімічний склад: 90 г білків, 80 г жирів і 400 г вуглеводів. Режим харчування дробовий, 6 раз на добу.

Контрольні питання

1. Назвіть шляхи впливу на здоров'я правильного харчування.
2. Які вимоги до організації режиму харчування дітей у дошкільних навчальних закладах
3. Обґрунтуйте основні принципи лікувально-профілактичного харчування.
4. Запропонуйте, як підготувати дитину до харчування у дитячому садку (надайте низку рекомендацій батькам та вихователям відповідно віку дитини).
5. Поясніть необхідність змінювати добову норму харчування з віком дитини.
6. Як відповідно до віку дитини змінюється потреба в основних інгредієнтах і калоріях?
7. Яка мета лікувальних дієт?

Література

1. Акопян, Г. Р. Підручник: Медицина дитинства / Г.Р.Акопян, Ю.Г.Антипкін. – Київ : «Здоров'я», 1994р.
2. Журнал: Дитяче харчування та засоби догляду за малюками в Україні. Виданий: Міністерство охорони здоров'я України, Інститут педіатрії, акушерства і гінекології, АМН України, 1999 р.
3. Гігієна харчування з основами нутриціології / В.І.Ципріян та ін. Навч. посібник - К: Здоров'я, 1999.
4. Коцур Н.І. Основи педіатрії і гігієни дітей раннього і дошкільного віку: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – ХХІ, 2004.

1.7. ПОНЯТТЯ ПРО ЗДОРОВ'Я І ХВОРОБУ

1. Поняття про здоров'я.
2. Загальне вчення про хворобу. Роль спадковості, конституції, віку та статі у виникненні захворювань.
3. Здоров'я і хвороба – єдність протилежностей.

1. Поняття про здоров'я

Здоров'я дітей – основа розвитку держави. Тому саме аспекти збереження здоров'я мають істотно більше значення в дитинстві, ніж у подальших вікових групах. Вчені стверджують, що за останні 5 років захворювання в Україні виросли на 25% , інвалідність – на 21%.

Здорова дитина – головна мета найближчого й віддаленого майбутнього будь-якої країни, тому що весь потенціал й економічний, і творчий, всі перспективи соціального й економічного розвитку, високого рівня життя, науки й культури – все це є підсумком рівня досягнутого дітьми здоров'я, фізичної й інтелектуальної їхньої працездатності.

Визначення поняття «здоров'я» є фундаментальною проблемою сучасної медико-біологічної науки. Оскільки це поняття має багато аспектів і обумовлене багатьма чинниками, то вимагає для свого розв'язання комплексного підходу. Всі добре уявляють собі, що «здоров'я – добре, а хвороба – погано». Пояснити сутність здоров'я складніше, ніж сутність хвороби. Саме тому однозначного, прийнятного для всіх визначення поняття «здоров'я» поки що не існує. В преамбулі Статуту Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) говориться, що здоров'я – це не тільки відсутність хвороб або фізичних дефектів, а стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя. Проте повне фізичне і душевне благополуччя може визначати лише ідеальне здоров'я, яке практично не зустрічається.

Вважається, що здоров'я – це нормальний стан організму, який характеризується оптимальною саморегуляцією, повною узгодженістю при функціонуванні всіх органів та систем, рівновагою поміж організмом та зовнішнім середовищем при відсутності хворобливих проявів. Тому основною ознакою здоров'я є здатність до значної пристосованості організму до впливів різноманітних чинників зовнішнього середовища. Завдяки цьому здоровий організм може витримувати значні фізичні та психічні навантаження, не тільки пристосовуючись до дії екстремальних чинників зовнішнього середовища, але й повноцінно функціонувати в цих умовах. Таким чином, здоров'я доцільно розглядати і як здатність організму активно

та повноцінно пристосовуватись до змін оточення. Можна сказати, що здоров'я – це здатність організму перебувати в рівновазі з оточенням.

Багато хто з вчених розглядає здоров'я як форму життєдіяльності організму, яка забезпечує йому необхідну якість життя і максимально можливу за даних умов його тривалість. Зрозуміло, що здоров'я – це похідне від численних впливів на організм, у тому числі природно-кліматичних, соціальних, виробничих, побутових, психологічних чинників, способу життя і т.ін.

Можна також сказати, що здоров'я – це функціональний стан організму людини, який забезпечує тривалість життя, фізичну та розумову працездатність, достатньо високий рівень самопочуття, а також відтворення здорового потомства.

Стан здоров'я не є чимось статичним. Це динамічний процес, а, отже, стан здоров'я може покращуватись або погіршуватись. Кожна людина являє собою відкриту динамічну систему, тому існує широкий діапазон поняття «здоров'я» – від абсолютного здоров'я до граничних із хворобою станів.

Узагальнюючи всі наведені вище визначення поняття «здоров'я», доцільно сказати, що під здоров'ям треба розуміти процес збереження і розвитку біологічних, фізіологічних, психологічних функцій, оптимальної працездатності та соціальної активності при максимальній тривалості активного життя.

Загального, прийнятного для всіх показника, за яким можна було б визначити рівень здоров'я чи його якість немає. Результати будь-яких аналізів, дані будь-яких обстежень мають значний діапазон коливань в залежності від статі, віку, конституційного типу, функціонального стану організму, географічних та метеорологічних особливостей місця проживання, характеру та інтенсивності праці, способу життя, особливостей харчування та багатьох інших чинників. Функціональний стан організму та показники його діяльності змінюються у тої самої людини навіть протягом декількох годин (одразу після пробудження і після вставання з ліжка, до прийому їжі та після її прийому і т.ін.).

Особливого значення набуває питання збереження здоров'я дітей, починаючи з дошкільного дитинства. Здоров'я - це базова цінність і необхідна умова повноцінного психічного, фізичного і соціального розвитку дитини. Не створивши фундамент здоров'я в дошкільному дитинстві, важко сформувати здоров'я в майбутньому.

Дошкільне дитинство - період інтенсивного росту і розвитку організму і підвищеної його чутливості до впливів природного і соціального середовища, в тому числі, до профілактичних та оздоровчих заходів, що

проводяться в дитячому саду. Ефективність цих заходів багато в чому залежить від того, наскільки природні і адекватні умови життєдіяльності дитини в дошкільному навчальному закладі закономірностям формування його організму.

У Базовому компоненті дошкільної освіти, редакція 2012 року, у змісті освітньої лінії «Особистість дитини» йдеться про необхідність формування у дитини усвідомленого ставлення до здоров'я як до цінності, його значення для повноцінної життєдіяльності, необхідність оволодіння елементарними знаннями про основні чинники збереження здоров'я.

Одним з головних завдань дошкільного навчального закладу має стати створення умов, що гарантують формування і зміцнення здоров'я вихованців.

Для цього традиційно виділяють такі компоненти здоров'я:

- Психічне здоров'я;
- Соціальне здоров'я;
- Фізичне здоров'я.

Неможливо працювати над зміцненням і формуванням лише однієї складової здоров'я. Людина може бути здоровою тільки при наявності всіх, компонентів здоров'я, розвинених на достатньому для її віку рівні.

Відомо, що здоров'я, більш ніж наполовину, залежить від способу життя, на чверть - від навколишнього середовища і набагато менше воно пов'язане зі спадковістю і станом охорони здоров'я в державі.

Компонентами (складовими) здорового способу життя є:

- правильне харчування;
- раціональна рухова активність;
- загартовування організму;
- якісний і кількісний сон;
- збереження стабільного психоемоційного стану.

Початкові знання та навички з цими складовими повинні закладатися в основу фундаменту здорового способу життя дитини.

Система роботи з дітьми передбачає різні форми, засоби та методи формування основ здорового способу життя (ЗСЖ) у дошкільнят. Основними формами роботи є заняття, дозвілля, режимні моменти, спортивні змагання та свята.

Виховання культурно-гігієнічних навичок передбачає формування звички правильно вмиватися, витиратися, доглядати за порожниною рота, користуватися носовою хусткою, правильно вести себе при кашлі та чханні.

Створенню позитивного ставлення дошкільнят до формування уявлень про ЗСЖ сприяють різні способи організації діяльності дітей, встановлення емоційно-особистісних контактів педагогів з дошкільнятами.

Формування основ здорового способу життя дошкільників забезпечує високий рівень реального здоров'я вихованців та виховання валеологічної культури, тобто сукупність усвідомленого ставлення до здоров'я дитини, знань про здоров'я і умінь оберігати, зберігати і підтримувати його.

Умови дитячого саду повинні відповідати віковим потребам зростання і розвитку дитини та забезпечувати її гармонійний розвиток, навчання і виховання.

Таким чином, створення традицій ЗСЖ - це те, що повинно лежати в основі валеологічної роботи в дошкільних навчальних закладах, і те, до чого потрібно прагнути в кінцевому результаті.

Навколо дітей з самого раннього дитинства необхідно створювати таку навчально-виховне середовище, яке було б насичене атрибутами, символікою, термінологією, знаннями, ритуалами і звичаями оздоровчого характеру. Це призведе до формування потреби вести здоровий спосіб життя, до свідомої охорони свого здоров'я та здоров'я оточуючих людей, до оволодіння необхідними для цього практичними навичками і вміннями.

2. Загальне вчення про хворобу. Роль спадковості, конституції, віку та статі у виникненні захворювань

Захворюваність дітей, що відвідують дошкільні установи, продовжує залишатися високою й має тенденцію до збільшення. Особливу тривогу викликають дані досліджень про поширення серед дошкільників різних форм ортопедичних порушень, у тому числі порушень постави, які становлять близько 70% від числа всіх захворювань.

Здоров'я і хвороба є формами життя з усіма притаманними їм різноманітностями. Основною характеристикою здоров'я є можливість пристосування організму до змін навколишнього середовища. Однак, адаптація організму до шкідливих дій на нього не є безмежною. Стан здоров'я може переходити у передпатологічний стан. Якщо організм справляється з ним, то здоров'я відновлюється. В тому випадку, якщо пристосувальні та захисні сили організму виявляються недостатніми, - його функції порушуються і виникає хвороба.

Головним біологічним призначенням хвороби є мобілізація захисних та пристосувальних механізмів організму. При захворюванні діє одночасно фактор, що його викликає та захисна реакція організму. Хвороба – це боротьба факторів, що пошкоджують організм з його захисними силами. Боротьба, в якій захисні сили перемагають хворобу, або тривалий час стримують розвиток патологічних процесів, чи капітулюють, тоді і хвороба

розвивається поступово, або катастрофічно швидко.

Хвороба – це порушення нормальної життєдіяльності організму під впливом надмірних подразників, в результаті чого знижується його пристосувальні можливості.

Хвороби є основною причиною того, що більшість населення Землі помирає передчасно. Середня біологічна тривалість життя людини становить близько 90 років, тоді як середня фактична тривалість життя людей у розвинутих країнах – 74 роки, а в країнах, що розвиваються – 56 років. Отже ми не доживаємо 26 років до середньої біологічної тривалості життя.

Хвороб існує багато. На сьогодні відомо біля 10 тис. захворювань і більше 100 тисяч їх ознак. Для кожної епохи характерні свої захворювання. У наш час найбільшою проблемою є хвороби цивілізації – атеросклероз, ішемічна робота серця, ожиріння, діабет, нервово-психічні розлади. Психосоматичні захворювання є найбільш розповсюдженими в наш час, від яких передчасно старіють і помирають люди.

В основу класифікації хвороб взяті такі критерії:

Етіологічна класифікація оснований на наявності загальної причини для групи захворювань. Наприклад, хвороби інфекційні і неінфекційні. За цим же принципом можна згрупувати хвороби, причиною яких є інтоксикація (харчова, професійна), генні і хромосомні мутації (спадкові хвороби) та інші.

Топографо-анатомічна класифікація складається за органом принципом: хвороби серця, нирок, нервової системи і тому подібне. Вона зручна практично. Крім того, вона відповідає сучасній спеціалізації лікарської допомоги. Вона поєднується з класифікацією за функціональними системами: хвороби системи крові, системи травлення, опорно-рухового апарата і т.п.

Класифікація хвороб за віком і статтю. Розрізняють дитячі хвороби, хвороби старечого віку, хвороби жіночих статевих органів.

Екологічна класифікація хвороб виходить із умов існування людини – температури повітря, атмосферного тиску, сонячного освітлення.

Класифікація за наявністю загального патогенезу: алергічний, запальні хвороби, пухлини, шок, гіпоксія.

Кожна хвороба – страждання всього організму незалежно від розповсюдження пошкодження органів і тканин. В той же час існує певна локалізація і обмеженість патологічних змін, які властиві більшості захворювань.

Крім того, виникнення захворювання пов'язано із комплексом причин. Для маніфестації захворювання має значення реактивність організму людини в даний момент, його спадковість, конституціональні особливості та

шкідлива для організму дія зовнішнього середовища. Однак, в комплексі причин, що викликають захворювання завжди є одна – основна причина, наприклад туберкульозні бактерії являються основною причиною захворювання на туберкульоз. Однакові за силою причини не завжди викликають однаковий патологічний процес.

Причини захворювання діляться на дві групи: зовнішні і внутрішні. Зовнішніми причинами хвороби можуть бути: аліментарний фактор, що характеризується порушенням режиму харчування (переїдання, недоїдання); фізичні (дія високої чи низької температури; атмосферний тиск тощо); хімічні (отрути); механічні (рани, розтягіння, переломи, струси тощо); біологічні (бактерії, віруси); психічні фактори, які лежать в основі неврозів, психічних розладів та психосоматичних хвороб (виразка шлунково-кишкового тракту, стійкі гормональні порушення; соціальні фактори які визначають суспільне середовище людини (забруднення зовнішнього середовища, гіпокінезія, падіння моральних підвалин).

Внутрішні причини захворювань пов'язані з: спадковістю - порушеннями хромосомного апарату, які характеризуються структурними або кількісними його змінами (дальтонізм, гемофілія); конституцією людини, яка визначає її генетичний потенціал і, таким чином, схильність до певного захворювання (цукровий діабет, гіпертонія); особливостями внутрішньоутробного розвитку, які обумовлюють вроджені хвороби (косопластія, дисплазія кульшового суглоба).

Відомо, що у 70% виникнення хвороб залежить від способу життя самої людини: шкідливих звичок, порушення санітарно-гігієнічних норм, режиму праці і відпочинку, харчування, забруднення довкілля тощо. Найбільш розповсюдженою причиною психосоматичних хвороб є переоцінка власних можливостей, спроба підняти соціальний вантаж, який закінчується «психічною грижею». Отже, хвороба, як правило, є наслідком спотвореного, нездорового способу життя.

Категорія «хвороба» має досить конкретний характер та визначається особливостями патологічного процесу, стадією його розвитку, характером протікання, симптомами тощо). Схема визначення хвороби наступна:

- *анамнез* - включає отримання даних про виникнення і розвиток хвороби. Це є відповіді на запитання: коли почалося, на думку хворого, захворювання, як воно почалося і з яких причин, як перебігало до моменту звернення у лікарню, чи застосовувалося лікування і яка його ефективність.;
- *етіологія* - причина виникнення хвороби;
- *патогенез* - механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму;

- *симптоми (клініка, ознаки)* - будь-яка відчутна зміна в організмі або його функціях, виявлена на підставі скарг хворого (суб'єктивний симптом) або виявлена при дослідженні лікарем (об'єктивний симптом).

При захворюванні людини в її організмі відбуваються патологічний процес, який характеризується тривалими реакціями органів систем, які виходять за межі фізіологічних норм і можуть залишати структурно-функціональні їх порушення.

За швидкістю розвитку та тривалістю протікання розрізняють гострі і хронічні хвороби. Гострі хвороби характеризуються швидким розвитком та важким її протіканням. До них належать ряд інфекційних хвороб. Хронічні захворювання характеризуються поступовим розвитком, який може тривати роками з чергуванням періодів прогресування та загострення і періодами затухання та ремісії. Одне і те ж саме захворювання може мати гострий або хронічний характер, наприклад, бронхіт. Захворювання може розпочатися, як гостре, а потім перейти у хронічну форму. І, навпаки, хронічне захворювання може загостритись під дією негативних чинників зовнішнього середовища.

У розвитку захворювання розрізняють 4 періоди.

Перший період – *скритий, або латентний* - період між дією причини та проявом перших ознак хвороби.

Другий період – *продромальний*, який характеризується проявом неспецифічних симптомів, що властиві багатьом захворюванням - головний біль, погіршення апетиту тощо.

Третій період – *повного розвитку*, який характеризується типовими симптомами конкретного захворювання з проявом специфічних симптомів.

Четвертий період – *завершення хвороби* з: повним одужанням (організм переходить у стан, що був до захворювання); переходом у хронічну форму; одужанням із залишковими явищами (коли в організмі залишається тривалий патологічний слід функціонального характеру, наприклад запальний процес в нирках після грипу); стійкими патологічними змінами (змінами морфологічного характеру, наприклад, вада серця після ангіни).

Якщо до основного захворювання додається хвороба, яка відрізняється від нього своїми симптомами, то це називається ускладненням хвороби.

Патологічний процес – це поєднання місцевих і загальних реакцій, які виникають в організмі у відповідь на пошкоджуючу дію хвороботворчого агента. Розвиток патологічного процесу залежить як від етіологічного фактора, так і від реактивних властивостей організму. Це поєднання процесів руйнування (пошкодження) і захисних компенсаторних реакцій, які виникають на різних рівнях організму під дією патогенного чинника.

Патологічний процес може розвиватись на молекулярному,

клітинному, тканинному, органному і системному рівнях. Якщо патологічний процес охоплює організм в цілому, тобто порушує його життєдіяльність, то він перетворюється на хворобу. Тому патологічний процес – це не обов'язково хвороба, але не може бути хвороби без патологічного процесу.

Патологічні процеси можуть бути типовими, вони протікають однаково при різних патогенних впливах, в різних органах і в різних організмах. Прикладами таких процесів можуть бути запалення, гарачка, пухлинний ріст, місцеві розлади кровообігу, гіпоксія.

Патологічний стан – це патологічний процес, який розвивається більш повільно. При цьому порушення залишаються незмінними протягом тривалого часу (роки, десятиріччя). В широкому розумінні патологічний стан – це сукупність патологічних змін в організмі які виникають внаслідок розвитку патологічного процесу. У вузькому розумінні слова – це стійке відхилення від норми, яке має негативне біологічне значення для організму (рубець, втрата зубів). Патологічний стан часто є наслідком патологічного процесу. Можливий і зворотній перехід патологічного стану в патологічний процес.

Патологічна реакція – це неадекватна і біологічно недоцільна відповідь організму або його систем на дію звичайних або незвичайних подразників. Патологічна реакція завжди є руйнівним елементом патологічного процесу.

Можливі наступні наслідки хвороб: видужання (повне і неповне), рецидив, ремісія, ускладнення, перехід у хронічну форму, смерть.

Видужання – це процес, який веде до усунення порушень, викликаних хворобою, і відновленню нормальних співвідношень із середовищем, для людини – перш за все до відновлення працездатності. Повне видужання – це стан, при якому зникають всі ознаки захворювання і організм повністю відновлює свої пристосовні можливості. При неповному видужанні наявні наслідки хвороби. Вони залишаються надовго або назавжди. Видужання забезпечується терміновими і довготривалими захисно-компенсаторними реакціями організму.

Ремісія – це тимчасове покращення стану хворого, яке проявляється сповільненням або призупиненням прогресування хвороби, частковим зворотнім розвитком або зникненням клінічних проявів патологічного процесу.

Рецидив – це новий прояв хвороби після уявного або неповного її припинення.

Ускладнення – це вторинний по відношенню до наявної хвороби патологічний процес.

Перехід в хронічну форму означає, що хвороба протікає повільно з тривалими періодами ремісії (місяці і навіть роки). Так, в старості численні хвороби набувають хронічного характеру (хронічна пневмонія, хронічний коліт).

Термінальні стани – це пограничні між життям і смертю стани. До них відносяться стан вмирання, який включає декілька стадій: преагонію, агонію, клінічну смерть, біологічну смерть.

Преагонія характеризується глибокими порушеннями життєвоважливих функцій організму різної привалості (години, доби). У цей період спостерігається задишка, зниження артеріального тиску, затьмарення свідомості. Поступово преагонія переходить в агонію.

Агонія - характеризується поступовим виключенням всіх функцій організму. Тривалість агонії – дві-чотири хвилини, інколи більше.

Клінічна смерть – це такий стан, коли всі видимі ознаки життя уже зникли (припинилось дихання і робота серця, але обмін речовин ще продовжується). На цьому етапі життя може бути відновленим.

Біологічна смерть - характеризується незворотніми змінами в організмі.

У процесі вмирання проходять характерні зміни обміну речовин, поглиблюється кисневе голодування. Окислювальні шляхи метаболізму блокуються, організм отримує енергію за рахунок гліколізу. Наступає клінічна смерть. Зупиняється дихання, кровообіг, зникають рефлексі, але обмін речовин на дуже низькому рівні продовжується. Цим пояснюється зворотність процесу клінічної смерті. В цьому періоді можливе оживлення.

Роль спадковості, конституції, віку та статі у виникненні захворювань. До внутрішніх чинників ризику захворювань відноситься генетичний ризик. Багато захворювань мають спадкову природу. Сукупність генів, тобто генотип, одержаний від батьків, містить в собі як нормальні, здорові гени, так і патологічно змінні. Крім того, протягом життя людини можуть відбуватися зміни в генах – мутація. Все це являє собою генетичний ризик. Нині відомо близько 3000 спадкових захворювань і генетично детермінованих синдромів.

Мутації можуть виникати як в статевих так і соматичних клітинах. Ті, що виникають у статевих клітинах, передаються особам наступного покоління і виявляються у клітинах нащадків, які стали їх носіями. Так виникають спадкові хвороби, які поділяються на хромосомні і генні.

Соматичні мутації можна виявити лише в потомстві відповідної мутантної клітини і то лише за умови, що вони перешкоджають клітині

здійснювати її специфічні функції.

У минулому вважали, що спадкова ознака не піддається кореляції, а тому лікувати спадкові хвороби безперспективно. Помилковість цих тверджень стала очевидною тоді, коли були з'ясовані глибинні механізми спадкової патології: формування спадкової ознаки можна відкоригувати, впливаючи на всіх рівнях на гени, але теоретично найбільш повним був би вплив на рівні генного матеріалу, тобто ДНК. Цим займається генна інженерія.

У виникненні деяких захворювань важливе значення відіграє конституція. Під конституцією розуміють сукупність функціональних особливостей організму, які склалися на спадковій основі у взаємодії із зовнішнім середовищем і визначають його реактивність. Основою конституції є не тільки морфологічні, а й функціональні властивості індивіда, що формуються як спадково так і під впливом зовнішнього середовища.

Вчення про конституцію постало з потреб медичної практики. Ще античні лікарі намагалися знайти залежність між конституційними типами (астеніками, нормостеніками, гіперстеніками) і схильністю їх до різних захворювань. Типовим прикладом конституційно зумовленої патології, можуть бути хвороби серця і судин (інфаркт міокарду, гіпертонія). Є переконання, що ці хвороби частіше уражають переважно осіб із гіперстенічною конституцією. В астеніків, навпаки, переважає гіпотонія. Астенічна будова тіла часто асоціюється з виразковою хворобою. Цей факт пояснюється високою ферментативною активністю шлункового соку.

Конституційну зумовленість мають і деякі хвороби органів, дихання. Особи гіперстенічного типу резистентні до збудника туберкульозу, астенічні навпаки, в кілька разів частіше хворіють на туберкульоз.

Медико-паталогічний напрям у конституції є провідним. Головне його завдання – з'ясування схильності представників різних конституційних типів до певних захворювань і вивчення особливостей перебігу їх у осіб з неоднаковою конституцією.

3. Здоров'я і хвороба – єдність протилежностей

Про здоров'я та хворобу можна судити суб'єктивно і об'єктивно. У першому випадку висновок робить сама людина, у другому – лікар, що його обстежує. При цьому їх висновки можуть не співпадати. На ранніх стадіях багатьох неспадкових і деяких спадкових хвороб людина відчуває себе цілком здоровою, хоча об'єктивно в організмі вже спостерігаються патологічні процеси. І, навпаки, людина може почувати себе погано, хоча

об'єктивні ознаки захворювання відсутні. Небезпечно, коли людина знаходиться в стані передхвороби, а відчуває себе цілком здоровою, ігноруючи рекомендації медиків.

Важко провести чітку межу між здоровою і хворою людиною. Хворою вважається людина, коли у неї порушена функція організму, фізіологічної системи або всього організму, чи втрачена їх взаємна узгодженість. В результаті хвороби порушується рівновага між організмом і зовнішнім середовищем. Як, наприклад, кваліфікувати стан організму в період статевого дозрівання? Чи свідчать про порушення здоров'я видалені зуби чи рубці після травм? Організм вже не є цілісним, але він не є хворим у звичному розумінні цього слова. Тому, при оцінці здоров'я людини найчастіше користуються терміном: «практично здоровий», який означає, що незважаючи на деякі дефекти та порушення, стан організму задовольняє вимоги, що висуваються зовнішнім середовищем.

Світова статистика свідчить, що кількість дітей, які народжуються з різним ступенем фізіологічної незрілості наближається до 90%. Це означає, що абсолютно здоровою народжується лише 1 дитина з 10. В перші дні свого життя дитина виглядає здоровою, але фізіологічна незрілість може проявлятися пізніше у вигляді алергії, безкінечних застуд, сколіозу, діабету, астми, неврозу. А пізніше, ставши дорослими такі діти страждають від атеросклерозу, діабету, ішемічної хвороби серця, раку тощо.

Для оцінки здоров'я дітей і підлітків у відповідності з існуючими сучасними уявленнями існує певні критерії.

1. Рівень фізичного розвитку, ступінь його гармонійності, відповідність біологічного віку календарному (паспортному).

Оцінка фізичного розвитку є важливим прогностичним показником стану здоров'я дитини. Така оцінка дозволяє виділити групи, що знаходяться в стані ризику, а це в свою чергу відіграє важливу роль для діагностики і профілактики різних захворювань. Часто низький фізичний розвиток вважають головною причиною захворювань. В свою чергу хронічні захворювання викликають погіршення фізичного розвитку.

Фізичний розвиток – це природний процес поступового становлення і зміни форм і функцій організму. З іншого боку – це ступінь дозрівання на кожному життєвому відрізку.

Існує три фази процесу фізичного розвитку:

- підвищення його рівня (до 25р.),
- відносна стабілізація (до 60р.)
- поступове зниження фізичних можливостей людини.

На фізичний розвиток впливають три групи факторів: біологічні

(спадковість), кліматогеографічні (кліматичні і метеорологічні умови в різних кліматогеографічних зонах), соціальні (умови матеріального життя, трудової та навчальної діяльності, зміст фізичного виховання).

Окремі автори вважають, що фізичний розвиток визначається лише морфологічними показниками (довжина, маса тіла, об'єм грудної клітки). На думку інших авторів такий метод оцінки свідчить лише про біологічний розвиток дитини і не є ознакою міцності здоров'я. Підтвердженням тому – гетерохронність розвитку сучасних дітей, який характеризується прискореними темпами росту, збільшенням розмірів тіла та прискоренням статевого дозрівання при низьких показниках функціональних можливостей, що відповідають паспортному віку, або, навіть, є нижчим за їх стандарти. Отже, помилковою можна вважати характеристику фізичного розвитку тільки за лінійними та ваговими показниками. Його адекватна оцінка вимагає врахування результатів тестування функціональних можливостей організму.

Можна виділити три групи дітей: акселерати (діти, у яких біологічний вік випереджує паспортний вік); медіанти (діти, у яких біологічний вік відповідає паспортному) та реторданти (діти, у яких паспортний вік випереджує біологічний). Цей факт необхідно враховувати при визначенні фізичного розвитку дітей та при підборі і дозуванні фізичних вправ (у акселератів спостерігається підвищена захворюваність).

Рівень функціонування основних систем організму – критерій, що характеризує здоров'я дітей з позицій морфологічної та функціональної зрілості організму з врахуванням вікових особливостей. У окремих дітей можуть виявлятися функціональні порушення при відсутності захворювання. Причини таких відхилень дуже різноманітні: швидкий темп росту у певні вікові періоди (6-7р.; 11-13р.(дівчата) та 13-15р.(хлопці)), що призводить до невідповідності структури і функцій органів; несприятливі сімейно-побутові умови; надмірні розумові та фізичні навантаження тощо.

При оцінці функціонального стану велика увага приділяється визначенню функціонального стану серцево-судинної системи, дихальної та нервової систем. Оцінюється також сон, апетит, настрій, емоційний стан, спілкування з іншими дітьми, особливості засвоєння навчального матеріалу тощо.

2. Рівень фізичної підготовленості.

Виявлений значний рівень взаємозв'язку показників соматичного здоров'я дітей і підлітків з результатами рухових тестів, що характеризують силу (кисті і станову), швидкість, загальну витривалість та швидко-силові можливості). Цей факт можна використовувати для покращення рівня здоров'я дітей шляхом дії на окремі складові фізичної підготовленості засобами фізичного виховання.

3. Ступінь опірності організму несприятливим факторам.

Ступінь опірності організму визначається кількістю і тривалістю перенесених дитиною гострих захворювань (або загострень хронічних) за рік. Гострі респіраторно-вірусні захворювання (ГРВІ) найбільш розповсюджені серед дітей дошкільного віку. Слід виділити також гострі дитячі інфекції (вітряна віспа, краснуха, епідемічний паротит, кір тощо), гострі кишково-шлункові захворювання, алергічні реакції.

За статистикою найбільш розповсюдженими захворюваннями серед дітей є хвороби органів дихання (до 50%) і систематичні ГРВЗ (90%), що свідчить про зниження опірності організму несприятливим фактором навколишнього середовища.

За кількістю перенесених гострих захворювань за рік дітей ділять на три групи: 1 – ті, що жодного разу не хворіли; 2 – ті, що хворіли епізодично (1-3р. протягом року); 3 – ті, що хворіли часто (4р. і більше). Відсутність гострих захворювань протягом року, або їх епізодичний характер свідчить про хорошу опірність організму дитини.

4. Наявність або відсутність хронічних захворювань.

За даними Міністерства охорони здоров'я за останні 5 років на 41% збільшилось дітей, які належать до спеціальної медичної групи

На основі всіх вищезазначених критеріях дітей поділяють на п'ять груп здоров'я.

До I групи здоров'я відносять здорових дітей, які не мають хронічних захворювань; фізичний і психічний розвиток яких відповідає їх віковим особливостям; тих, хто рідко хворіє.

До II групи належать здорові діти з морфофункціональними відхиленнями, але без хронічних захворювань; ті, хто часто хворіє. (Наприклад, з відхиленнями у фізичному розвитку, не пов'язані з ендокринною патологією; з порушеннями постави; плоскостопістю тощо).

До III групи – відносять дітей з хронічними захворюваннями в стадії компенсації. Це діти, які не зважаючи на хронічні захворювання, рідко хворіють ГРВЗ та мають високу працездатність.

До IV групи належать діти, які мають хронічні захворювання в стадії субкомпенсації; ті, що часто хворіють, з пониженою працездатністю.

До V групи відносять дітей, що мають хронічні захворювання в стадії декомпенсації. Вони практично не відвідують дошкільні заклади та загальноосвітні школи, оскільки за станом здоров'я змушені знаходитися в спеціально-лікувальних закладах.

З різних причин, кількість хворих дітей в нашій державі зростає. Тому дуже важливо в дошкільний період своєчасно виявити дітей з відхиленнями в

стані здоров'я, які ще не мають незворотного характеру, однак, в той же час знижують функції і працездатність дитячого організму, затримують його оптимальний розвиток.

Між станом здоров'я і хвороби виділяють перехідний, так би мовити третій стан, який характеризується «неповним» здоров'ям. Це передпатологічний стан, при якому регуляція психічних та фізичних функцій менш досконала, що вже характерно для хворобливого стану. Цей передпатологічний період супроводжується виникненням неприємних суб'єктивних відчуттів: роздратування, головні болі, слабкість, потемніння в очах при різних змінах положення тулуба, втрата апетиту, озноб, низька працездатність, задишка при помірному фізичному навантаженні, неприємні відчуття в ділянці серця тощо. Якщо організм подолає цей стан, то здоров'я поновиться. Об'єктивно можуть бути зареєстровані тенденція до тахікардії, похолодання кінцівок тощо.

В третьому стані знаходяться більше половини всієї популяції людей. Якщо хвороби тривають дні, тижні, місяці, то третій стан може зберігатися роками і навіть все життя. Такий стан характерний для тих, хто веде малорухомий спосіб життя, проживає на радіаційно забруднених територіях в нашій державі (синдром радіофобії). У дітей до третього стану також призводять розумова втома, перенапруження, хронічна інтоксикація, процес адаптації до дошкільного навчального закладу та школи.

Коли ж захисні можливості виявляються недостатніми, виникає біль, який свідчить про порушення життєдіяльності організму під впливом надзвичайних подразників, що обмежують її пристосування до зовнішнього середовища та знижують працездатність.

«Третій стан» не є однорідним і включає в себе два стани: передхвороба та маніфестація патологічного процесу.

Основною ознакою передхвороби є можливість розвитку патологічного процесу без зміни діючого ззовні чинника при знижених резервних можливостях людини.

Основною ознакою маніфестації патологічного процесу є зниження або втрата здатності до виконання функцій і початок хвороби.

Таким чином межі «третього стану» є чітко окресленими. Однак, межа між передхворобою та маніфестацією патології на сьогоднішній день не є визначеною.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте загальне вчення про хворобу.
2. Поясніть роль спадковості, конституції, віку та статі у виникненні

захворювань.

3. Надайте загальну класифікацію захворювань.
4. Поясніть основні причини, ознаки хвороби.
5. Назвіть стадії хвороби.
6. Визначте дитячі захворювання, які найчастіше зустрічаються в Україні.

Література

1. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку. – К., 1998.
2. Вільчковський Е. С. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку. – Л., 1998.
3. Державні тести і нормативні оцінки фізичної підготовленості населення України / За ред. М.Д.Зубалія. – 2-е вид., перероб. і доп. – К., 1997.
4. Денисенко Н. Впровадження програми з валеології / Нінель Федорівна Денисенко // Дошкільне виховання. – 1998. – № 9.
5. Денисенко Н. Оздоровчі технології – в освітній процес / Нінель Федорівна Денисенко // Дошкільне виховання. – 2009. – № 9. – С. 7–9.
6. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 1985. – 384 с.
7. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. – Х. : Вид. група «Основа», 2008. – 205 с.

РОЗДІЛ 2

АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ХВОРОБИ СИСТЕМ І АПАРАТІВ ОРГАНІВ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

1. Анатомо-фізіологічні особливості опоро-рухового апарату дітей дошкільного віку
2. Вроджені вади розвитку опорно-рухового апарату
3. Набуті порушення опоро-рухового апарату

1. Анатомо-фізіологічні особливості опоро-рухового апарату дітей дошкільного віку

До опорно-рухового апарату відносять скелет і м'язи, об'єднані в одну систему. Ця система забезпечує рух – необхідний фактор фізичного, психічного розвитку організму, розвитку мови, мислення, праці. Немає ні однієї форми людської діяльності, яка не відбувалася б без рухів. Обмеження рухливості або перевантаження м'язів порушують розвиток дітей, сприяють розвитку багатьох захворювань.

Скелет і м'язи є опорними структурами організму. Вони також обмежують порожнини, в яких розміщені головний і спинний мозок, усі внутрішні органи. Деякі кістки і м'язи беруть участь у виконанні дихальних рухів.

Знання вікових особливостей органів руху і умов, що сприяють їх нормальному розвитку дитини, необхідні для розробки ефективних засобів і методів фізичного виховання, трудового навчання, організації режиму дня дошкільників.

Кістки, маючи міцність сталі, а масу алюмінію, є достатньо міцними, щоб підтримувати масу тіла, і досить легкі для виконання рухів. Вони також забезпечують захист внутрішніх органів і є місцем зберігання важливих для організму мінеральних речовин: кальцію, магнію, фосфору тощо. В кістках відбувається активний обмін речовин. Кісткова тканина перебуває у стані

постійної перебудови, змінюючи свою форму і пропорції у процесі росту або після ушкодження. У кістковому мозку продукуються еритроцити і деякі види лейкоцитів.

Більшість кісток утворюються з хрящових зачатків. Скостеніння – процес поступового перетворення хрящового зачатка на кістку внаслідок відкладання мінеральних солей, переважно кальцію.

По мірі росту змінюються розміри, форма, анатомічний склад та механічні властивості кісток. Кістки і зв'язки дітей гнучкіші та еластичніші ніж у дорослих, тому в дітей значно рідше трапляються переломи і вивихи кісток. Однак такі кістки швидко деформуються і легко викривляються, можуть набувати неправильної форми під впливом тісного одягу, вузького взуття, внаслідок систематичного неправильного положення тіла. Форма, об'єм і міцність кісток прямо залежать від здоров'я людини в дитячому віці.

Скелет складається з двох головних частин. Хребет, ребра, грудина і кістки черепа утворюють осьовий скелет. Кістки верхніх і нижніх кінцівок разом з ключицями, лопатками і тазом формують додатковий скелет. Скелет виконує три основних функції: опори, руху і захисту. Опорна функція скелету зв'язана із прикріпленням до його кісток м'яких тканин. Функція руху зв'язана з тим, що кістки скелету виконують функцію важелів, які приводяться з допомогою м'язів. Захисна функція полягає у захисті важливих органів від механічних пошкоджень. Вона забезпечується утворенням частинами скелету порожнин, в яких розміщені органи: головний і спинний мозок, легені, серце, печінка тощо.

Череп новонародженого значно відрізняється від черепа дорослої людини за формою, пропорціями, характером сполученням кісток і їх будовою. У немовлят лицевий череп відстає в розвитку від мозкового: об'єм лицевого черепа становить 13% від об'єму мозкового (у дорослих – 40%). Це зв'язано з недостатнім розвитком порожнини носа, щелеп, відсутністю зубів.

Простір між кістками черепної коробки заповнений сполучною тканиною товщиною 1 мм. Кістки містять велику кількість органічних речовин тому при травмах голови виникають не переломи, а вдавнення. Завдяки такій властивості кісток голова під час родів може змінити форму.

Особливістю черепа новонародженого є тім'ячка. Всього є шість постійних тім'ячок, прикритих сполучнотканинною перетинкою, яка за механічними властивостями дорівнює брезенту. Найбільше значення мають переднє і заднє тім'ячка. Переднє (велике) тім'ячко розміщене між тім'яними та лобною кістками, має форму ромба розміром 2 x 2,7 см і закривається до 12-16 місяців життя. Заднє (мале) тім'ячко розміщене між тім'яними і потиличною кістками, має форму трикутника. На момент народження часто

вже закриті (відкриті у недоношених дітей). Завдяки тім'ячкам під час пологів кістки черепа сходяться, що полегшує проходження плоду через родові шляхи. Через свою податливість вони вирівнюють внутрішньочерепний тиск, котрий збільшується внаслідок швидкого збільшення головного мозку.

Хребет – є міцною і гнучкою структурою, що утримує голову і тіло вертикально і дає змогу верхній частині тіла згинатися та обертатися. Він є стержнем скелету людини, який займає 40% довжини тіла. В ньому виділяють шийний, грудний, поперековий і тазовий відділи. Хребет складається із хребців – тридцяти трьох кільцеподібних кісток, послідовно сполучених між собою рухомими з'єднаннями. Між хребцями розміщені пружні і міцні міжхребцеві хрящові диски, які стискаються під навантаженням, щоб зменшити силу поштовхів.

Найважливішою характеристикою хребта є його вигини, які формуються до 12-14 років. У новонароджених хребет випрямлений і не має фізіологічних вигинів. Міжхребцеві диски товсті і займають майже половину довжини хребта. У 2-місячному віці появляється шийний лордоз (дитина може тримати голову); 6 міс. – формується грудний кифоз (дитина може сидіти); поперековий лордоз виникає після того, як дитина навчиться ходити (~1 р.). У 3-4 р. – вигини хребта майже як в дорослої людини, однак шийний вигин закінчує формуватися до 7 р., поперековий – до 12 р.

Ріст хребта найбільш інтенсивно відбувається в перші два роки життя, в 7-9 років та в період статевого дозрівання. Процеси скостеніння хребта тривають до 23 років. Порушення кривизни хребта часто є результатом неправильної пози під час сидіння і можуть призвести до послаблення здоров'я людини.

Грудна клітка виконує опорну і захисну функції. До кісток грудної клітки відносять 12 пар ребер і грудино. Ребра і м'язи, що прикріплені до них, утворюють стінку, яка захищає життєво важливі органи – серце, легені, печінку. Всього ребер є 12 пар, проте 5% людей народжуються з 1-2 додатковими ребрами. Люди, хворі на хворобу Дауна, мають на одну пару ребер менше, ніж звичайно. Усі 12 пар ребер прикріплені до хребта. Сім верхніх пар ребер – справжні ребра – вони сполучені своїми реберними хрящами безпосередньо з грудиною. Наступні 2-3 пари – несправжні ребра – приєднані до хрящів ребер, що розміщені вище. Решта – коливні ребра – не мають зв'язку з грудиною. Грудна клітка також слугує місцем прикріплення дихальних м'язів та м'язів поясу верхніх кінцівок.

Грудна клітка новонародженого значно розширена знизу і звужена зверху. Найчастіше вона має форму піраміди, оскільки реберні хрящі

приєднуються до передніх кінців ребер під кутом. Грудна клітка перебуває ніби в стані вдиху – цим пояснюють переважання у немовлят діафрагмального дихання над грудним.

На третьому році життя кути між ребрами і хрящами згладжуються і грудна клітка стає конусоподібною. З віком положення ребер і груднини змінюється – передні кінці ребер і грудина опускаються нижче. Збільшується об'єм грудної клітки, що дозволяє ефективніше дихати.

На форму грудної клітки впливають фізичні вправи (у спортсменів грудна клітка ширша, об'ємніша) та поза при сидінні. Деформація грудної клітки (наприклад, внаслідок спирання грудьми до краю стола, тривалого сильного нахилу голови і тулуба вперед) може призвести до порушень розвитку серця, великих судин, легень.

Скелет верхніх кінцівок складається із поясу верхніх кінцівок (лопатки і ключиці) та скелету вільної верхньої кінцівки. Плечова кістка рухомо з'єднана із лопаткою та передпліччям. Передпліччя складається із променевої та ліктьової кісток та кісток кисті. Кисть складається із кісточок зап'ястя, п'ястя та пальців.

У новонароджених кістки зап'ястка складаються повністю з хрящової тканини. До 7 років вони перетворюються у кістки. Кістки п'ястка і фаланги пальців містять зародкові кісткові тіла. Сkostenіння фаланг пальців триває до 11 років а зап'ястя – до 12 років. Ці особливості слід враховувати в навчальному процесі: недостатньо сформована кисть швидко втомлюється, тому діти молодших класів не можуть швидко писати. Якщо діти з раннього дитинства займаються грою на музичних інструментах – процеси скостеніння фаланг пальців затримуються, пальці стають довшими.

Скелет нижніх кінцівок складається із тазового пояса та кісток вільної нижньої кінцівки. Кістки, що утворюють таз (дві тазові та крижова кістки), розміщені у вигляді кільця. Вони забезпечують міцну опору для верхньої частини тіла і захист для травної, сечової та статевих систем. Таз збудований подібно в обох статей. Проте у жінок він мілкіший і ширший, завдяки чому можливе виконання функції дітонародження.

Таз новонародженого складається майже повністю із хрящів з первинними ядрами для скостеніння. Таз має невеликі розміри, його висота більша ніж ширина, статеві відмінності не виражені. Тазова кістка закладається у вигляді трьох кісток: клубової, сідничної та лобкової. Сkostenіння і зрощення цих кісток починається у 5-6 років і завершується у 17-18 років. У дівчат носіння взуття на високих підборах призводить до незрослі кістки тазу, яка можуть зміститися і зростися неправильно (з часом це може утруднити проходження плоду під час родів).

Скелет вільної нижньої кінцівки складається зі стегнової кістки, двох кісток гомілки та кісток стопи. Стопа людини утворює склепіння, яке спирається на п'яткову кістку і на передні кінці кісток плесна. Дах працює як пружина, зм'якшуючи поштовхи тіла під час ходіння.

У новонароджених усі кістки заплесни – хрящові. Стопа новонародженого здається плоскою, однак анатомічно склепіння вже сформоване. Однак така стопа ще не пристосована до виконання своїх основних функцій – опори і руху: зв'язки слабкі а тонус м'язів недостатній для утримання склепіння під час навантаження. Дитина спочатку вчиться стояти, а потім ходити на напівзігнутих ногах, поступово пристосовуючись до прямоходіння.

Терміни скостеніння кісток повинні враховуватися під час виконання гімнастичних вправ, навчання дітей правильних рухів у трудовому процесі.

М'язи становлять основний об'єм тіла і більшу частину його маси. Усім м'язам властиві: збудливість, провідність і здатність скорочуватися та розслаблятися, повертаючись до попереднього стану. Провідність – це здатність м'яза проводити нервові імпульси, збудливість і скоротливість м'яза визначаються центральною нервовою системою.

У процесі розвитку опорно-рухового апарату змінюються швидкість і точність виконання рухів. Зростання цих показників в значній мірі залежить не стільки від розвитку м'язів, скільки від розвитку центральної нервової системи (зокрема швидкості нервових процесів у моторних ділянках кори великих півкуль). Швидкість рухів характеризується швидкістю одноразового скорочення, та швидкістю виконання повторюваних рухів. Точність виконання рухів суттєво змінюється з віком. Діти до 5 років не можуть виконувати точні рухи. У вдосконаленні цієї властивості важливу роль відіграє формування центральних механізмів виконання довільних рухів.

2. Вроджені вади розвитку опорно-рухового апарату

До вроджених дефектів розвитку опорно-рухового апарату, що зустрічаються у дітей раннього і дошкільного віку, відносяться *вроджена клишоногість, природжений вивих стегна і вроджена м'язова кривошия*.

Вроджена клишоногість частіше зустрічається у хлопчиків, клишоногість буває одно-та двосторонньою; це важка деформація опорно-рухового апарату дитини.

З анатомічної точки зору клишоногість - це вроджена контрактура

суглобів стопи, в результаті якої порушується взаємовідношення кісток, відбуваються грубі зміни в м'язах. Діагностика вродженої клишоногості не представляє труднощів, основними ознаками вважаються: поворот підшви всередині з підніманням внутрішнього краю стопи і опусканням зовнішнього, приведення стопи у передньому відділі, підшовне її згинання, значне обмеження рухливості в гомілковостопному суглобі.

Коли дитина починає ходити, спираючись на пошкоджену стопу, деформація її посилюється, порушується форма і функція всієї ноги, страждають хода і постава. Лікування треба починати якомога раніше, з перших днів життя дитини. У ранньому віці, коли м'язи і зв'язки дитини піддатливі, що дає можливість установки стопи в правильне положення. Лікувальна гімнастика і масаж проводяться в поєднанні з ортопедичним лікуванням. Спеціальний масаж і коригуючі вправи виконуються на тлі загальнозміцнюючого масажу і гімнастики, відповідних віку й розвитку дитини.

Основними *клінічними ознаками* вродженої внутрішньої клишоногості є: підшовне згинання стопи в гомілковостопному суглобі (еквінус), поворот підшовної поверхні досередини з опусканням зовнішнього краю стопи, головним чином, передплесно і плюсни (супінація), приведення стопи у передньому відділі при одночасному збільшенні склепіння стопи - порожниста стопа (аддукція).

При середніх і важких формах хвороби застосовуються етапні гіпсові пов'язки. Якщо лікування починається після 2-х років, то воно потребує операції, перед якою дитині проводять лікування у вигляді етапних гіпсових пов'язок.

Плоскостопість - це деформація стопи, що характеризується певною плоскістю. Лікарі називають плоскостопість хворобою цивілізації. Незручне взуття, синтетичні покриття, гіподинамія - все це призводить до неправильного розвитку стопи. Деформація стоп буває двох видів: поперечна і поздовжня. Поперечна плоскостопість спостерігається на поперечному підйомі стопи. При поздовжній плоскостопості стопа лягає на підлогу майже всією підшвою. В окремих випадках можливе поєднання обох форм плоскостопості. Тобто, плоскостопість - це захворювання опорно-рухового апарату, яке проявляється у зниженні склепінь стопи. Справжня плоскостопість у дітей дошкільного віку зустрічається досить рідко, це найчастіше вроджена форма, при якій стопи мають характерний вигляд - «стопа-качалка» або «прес-пап'є». Набагато частіше ставиться діагноз: «плоско-вальгусна установка стоп». У цьому випадку основною діагностичною ознакою є відхилення п'яти назовні. Плоскостопість несприятливим чином позначається на всій опорно-руховій системі дитини.

У більшості дітей деформація стоп супроводжується порушенням постави, оскільки порушується нормальне положення тазу і хребта. Малюк не може опанувати правильними навичками ходьби, бігу, стрибків. Він не в змозі багато ходити через біль у деформованих стопах, швидко втомлюються ноги. Дитина змушений обмежувати себе в рухах, не може повноцінно брати участь у рухливих іграх своїх однолітків. Відбувається мікротравматизація хребта, спинного та головного мозку.

Підвищена стомлюваність, порушення нервових процесів і навіть головні болі можуть мати свою першопричину в плоских стопах. Деформація стоп з віком прогресує, тому, чим раніше розпочати лікування, тим кращі результати воно приносить. І навпаки, запущені випадки лікуються значно важче і вимагають набагато більших зусиль. Лікування плоскостопості та плоско-вальгусної деформації стоп повинно бути комплексним. Масаж, лікувальна гімнастика, фізіотерапевтичні процедури, ортопедичні устілки або ортопедичне взуття - засобів корекції достатньо. Важливо, щоб процес виправлення дефектів стоп був безперервним і досить тривалим, включав в себе заходи, що зміцнюють весь організм дитини.

Профілактика. Треба покласти на підлогу тонкий аркуш паперу або стару газету. Нехай малюк гарненько помне її босими ніжками, а потім пальцями ноги підніме з підлоги. Корисно навчати дітей за допомогою ніг піднімати з підлоги предмети різних розмірів: олівці, гумові іграшки, деталі конструктора. Починати потрібно з великих предметів і поступово переходите до зовсім маленьких. Спочатку дитина виконує таку вправу, сидячи на стільці, одночасно двома ногами. Потім поступово ускладнювати завдання - піднімання предметів стоячи, пальцями однієї ноги.

Природжений вивих стегна (дисплазія - незрілість) - важке і часто зустрічається захворювання опорно-рухового апарату. Суть його полягає в неправильному взаєморозташуванні елементів кульшового суглоба. Залежно від ступеня зміщення головки стегнової кістки у вертлужній западині розрізняють вивих, підвивих або передвивих стегна.

Дисплазія (незрілість) кульшового суглоба - це вада розвитку суглоба, всіх його елементів, вважається однією з основних причин розвитку вивиху стегна. Слід пам'ятати, що у новонародженого формування суглоба ще не завершено, тому вкрай важлива рання діагностика захворювання і максимально ранній початок лікування. У даний час ще в пологовому будинку кожного новонародженого оглядає спеціаліст. У дітей раннього віку зустрічається дво-і однобічний вивих, причому у дівчаток частіше, ніж у хлопчиків.

Причини дисплазії кульшових суглобів:

- 1) Сідничне положення плода, коли ніжки зігнуті в кульшових суглобах і розігнуті в колінних, стопи перебувають біля плечей (зазвичай результат пологів – кесарев розтин).
- 2) Внутрішньоутробне обвивання пуповиною.
- 3) Пологові й післяпологові травми.
- 4) Гінекологічні захворювання в матері, які можуть заважати внутрішньоутробному руху дитини.
- 5) Генетична схильність, якщо в родичів спостерігалася дана патологія.
- 6) Гормональні порушення в жінок під час вагітності.
- 7) Недоношені діти.
- 8) Вплив зовнішніх факторів навколишнього середовища.

Симптоми вродженого вивиху стегна:

1. Обмежене відведення одного зі стегон дитини. У нормі кут відведення стегон 160-180°. При дисплазії кульшових суглобів він зменшується.
2. Симптом «кляцання», визначається у дитини тільки до 3 місяців, а потім він зникає. Ніжки дитини згинаються під прямим кутом і з боку вивиху чути кляцання.
3. Вкорочення ніжки дитини.
4. Асиметрія шкірних складок у дитини. Спереду у здорової дитини тазові складки повинні бути симетричними і ззаду сідничні і підколінні складки теж симетричні.

Розрізняють три стадії дисплазії кульшового суглоба:

1 і 2 стадії зустрічаються в кожній 2-3-ї дитини, буває одностороння і двостороння дисплазія, що протікає практично безболісно в дитячому віці, дитина при цьому може вільно ходити, бігати й навіть стрибати, батьки при не виявляють практично ніяких відхилень, за винятком клишоногості, сколіотичної постави.

При 1 стадії - голівку стегнової кістки можна вільно пересувати усередині суглоба при цьому навколишні суглобові зв'язки ослаблені, утворюється нестабільність.

2 стадія - голівка стегнової кістки може вискакувати й повертатися на своє місце в суглоб при цьому, як правило, чутний глухий щовчок.

3 стадія - у край рідке явище, на 1000 народжених дітей в одного така патологія. При 3 стадії дисплазії голівка стегнової кістки лежить поза суглобом.

Від своєчасного діагностування хвороби і початку лікування залежить результат. Діагноз дисплазії тазостегнових суглобів ставлять у пологовому

будинку, з цією ж метою в дитячій поліклініці всіх грудних дітей (до 3 місяців) оглядає хірург-ортопед.

Якщо у грудної дитини діагноз дисплазії не встановлений, то, коли вона починає стояти і ходити, діагностика вродженого вивиху стегна не представляє труднощів. У дітей після року одним з характерних симптомів є пізній початок ходи: перші кроки в 14-15 місяців, а також типова хода - відзначається нестійкість, кульгавість - при односторонньому вивиху, качача, перевалюється хода при двосторонньому вивиху.

Лікування дисплазії тазостегнових суглобів необхідно починати відразу ж після встановлення діагнозу, від терміну якого залежить і спосіб лікування. Лікування може бути консервативним і оперативним, причому якщо діагноз встановлений першому році життя, завжди застосовується консервативне лікування.

Уроджена м'язова кривошия

Кривошия - деформація шиї, що характеризується неправильним положенням голови (нахилом вбік і поворотом її).

Виникає кривошия внаслідок патологічних змін у м'яких тканинах, головним чином у грудинно-ключично-сосковий м'язі. Найчастіше зазначена деформація буває правобічної і зустрічається у дівчаток. Буває і двостороння кривошия.

Вроджену кривошию можна діагностувати на 2-3-му тижні життя дитини. На ураженій стороні в результаті змін грудинно-ключично-соскового м'язу з'являється припухлість щільної консистенції - тяж, неспаяний з підлеглими м'якими тканинами.

Одночасно з появою щільного тяжа виникає нахил голови в бік зміненої м'язи, але голова повернута в протилежний бік. Цим пояснюється вимушене положення голови у такої дитини - поворот в бік.

Лікування м'язової кривошиї слід починати відразу ж, як тільки встановлено діагноз. Воно полягає в основному в коригуючих гімнастичних вправах, що проводяться 3-4 рази на день по 5-10 хвилин. При цьому голову дитини, що лежить на спині, обхоплюють обома руками і надають їй по можливості правильне положення, тобто нахиляють убік, протилежно ураженій м'язі, і повертають в здорову. Одночасно проводять масаж здорового грудинно-ключично-соскового м'язу і розминання потерпілої, а також курс фізіотерапевтичних процедур.

Ліжко новонародженого треба поставити так, щоб дитина, стежачи за тим, що відбувається в кімнаті, могла повертати головку у бік зміненої м'язи, мимоволі надаючи їй правильне положення.

При неявно вираженій формі м'язової кривошиї своєчасне і

систематичне консервативне лікування призводить до повного виліковування на першому році життя. При більш важкому ступені деформації лікування триває до 3 років. У разі безуспішного консервативного лікування показано оперативне втручання дітям після 3 років.

3. Набуті порушення опорно-рухового апарату

Порушення постави. Звичне положенні тіла під час ходьби, стояння, сидіння і роботи називають поставою. Правильна постава характеризується нормальним положенням хребта, правильними його вигинами, симетричним розміщенням лопаток, плечей, прямим триманням голови, прямими ногами без сплюснення стоп. При правильній поставі оптимально функціонує система органів руху, правильно розміщені внутрішні органи, правильне положення центру ваги тіла.

Причинами порушення постави є ослаблення м'язів і зв'язок в цілому.

До порушень постави належать викривлення хребта, асиметрія розвитку м'язів та кісток, сплюснення грудної клітки, стоп тощо. Цьому сприяють відсутність фізичних тренувань, систематичне неправильне положення тіла, різні захворювання (наприклад, рахіт). На організм дитини негативно впливають зменшення рухової активності, збільшення статичного навантаження (поза сидячи), носіння портфеля в одній руці, сидіння згорбившись тощо. Постава найінтенсивніше формується у 6-7 років. За відсутності уваги зі сторони вчителів і батьків дефекти, що виникли в дошкільний період та у молодшому шкільному віці, особливо прогресують в період статевого дозрівання. Неправильна постава негативно впливає на розвиток внутрішніх органів (наприклад, викривлення хребта порушує роботу серця, позначається на роботі великих судин). При появі порушень постави, необхідно обов'язково звернутися до лікаря.

Сколіоз (scoliosis; грецьк. skoliosis викривлення) - це захворювання опорно-рухового апарату, що характеризується викривленням хребта у фронтальній (бічний) площині з розворотом хребців навколо своєї осі, що веде до порушення функції грудної клітки, а також до косметичних дефектів.

Хребет, якщо дивитися на нього ззаду, повинен бути прямим. У деяких він, приймає S-образну форму (сколіоз). У легких випадках це не веде до яких-небудь ускладнень. При значному викривленні хребта, коли він повертається навколо своєї осі, іноді виникають біль, і його здатність нормально функціонувати зменшується. З погляду біомеханіки, процес формування сколіотичної деформації - це результат взаємодії чинників, що порушують вертикальне положення хребта, і пристосувальних реакцій,

направлених на збереження вертикальної пози.

Терміном «сколіоз» позначається бічне викривлення хребта. Причому цей термін вживається як відносно функціональних вигинів хребта у фронтальній площині («функціональний сколіоз», «сколіотична постава», «анталгічний сколіоз»), так і відносно прогресуючого захворювання, що приводить до складної, деколи важкої деформації хребта («сколіотична хвороба», «структуральний сколіоз»).

Сколіотична хвороба, або сколіоз, на відміну від функціональних викривлень хребта у фронтальній площині, характеризується прогресуючою в процесі зростання деформацією хребців, а також деформацією грудної клітки і тазу.

Для визначення наявності сколіозу у дитини існує простий тест. Дитина у нижній білизні стає спиною до досліджувачого, руки по швах, п'ятки разом, тіло розслаблене. Ознака сколіозу – різна висота плечей, лопаток чи ще якась інша асиметрія.

Основна ознака сколіозу – реберний горб. Щоб перевірити, чи є реберний горб, попросіть дитину нахилитися вперед і подивіться ззаду – чи не випирає одна з лопаток і чи не формується реберний горб.

Коли дитина сидить за партою чи робочим столом вдома, руки повинні бути на столі, а ноги – стояти на землі і не впиралися у стільницю.

Якщо дитина стоїть, опираючись на одну ногу, то значне навантаження отримує таз і поперековий відділ хребта. Також недобре стояти, склавши руки перед собою, і сидіти, заклавши ногу за ногу.

Для здорового хребта важливим є вибір ліжка. Ліжко повинно бути напівжорстким, а подушка – маленькою або взагалі можна привчити дитину спати без подушки.

У харчуванні добре надавати перевагу молочно-рослинній дієті: молочним продуктам, які містять кальцій, рибі, яка містить фосфор, та яйцям, у жовтку яких міститься вітамін D. Двічі на рік – ранньої весни і пізньої осені – організм, який росте, повинен отримувати препарати кальцію.

Найкращий вид спорту для профілактики будь-яких кістково-м'язових захворювань – плавання. Також корисні лижні прогулянки, гра у баскетбол та волейбол. Якщо сколіоз лівосторонній, корисним буде великий теніс. Добре займатися і танцями, адже діти багато працюють біля станка, їх вчать рівно стояти.

Профілактика сколіозу дошкільників:

- організація активного рухового режиму протягом дня;
- використання спеціальних комплексів вправ під час ранкової гімнастики та гімнастики пробудження, занять з фізкультури та

фізкультурних комплексів на свіжому повітрі;

- проведення рухливих ігор;
- підбір меблів відповідно до зросту дітей;
- забезпечення постійного нагляду за позою дітей під час занять;
- упровадження інноваційних здоров'язбережувальних технологій.

Хвороба Пертеса – захворювання кістково-суглобового апарату, зустрічається переважно в дитячому віці і має стадійний перебіг з руйнуванням і наступним відновленням суглобових поверхонь кісток. При хворобі Пертеса відбувається руйнування голівки стегнової кістки. Коли подібне захворювання спостерігається в старшому віці, воно називається – асептичний некроз голівки стегнової кістки. Це захворювання становить 1-3% від усіх захворювань опорно-рухового апарату у дітей, та до 20% захворювань кульшового суглобу у дітей. Найбільш часто зустрічається у дітей віком 4-14 років. Хлопчики хворіють в 3 рази частіше, ніж дівчатка. Захворювання зазвичай носить однобічний характер.

Етіологія хвороби Пертеса досі з'ясована недостатньо. Безпосередньою причиною руйнування кістки вважають порушення місцевого кровообігу суглоба, до якого можуть призвести перенесені інфекції, травми, порушення обміну речовин, аномалії розвитку кровоносних судин і деякі інші причини.

Симптоми хвороби Пертеса.

Перші симптоми захворювання виражені слабо і відрізняються непостійністю. Загальний стан дитини не страждає, температура не підвищення, в загальному аналізі крові змін немає. З'являється кульгавість, яка швидко зникає при розвантаженні кінцівки, але потім знову відновлюється. Помірні болі в області ураженого кульшового суглоба нерідко віддають в колінний суглоб. Болі зазвичай виникають вдень, під час ходьби. З часом, при детальному огляді можна виявити незначне зменшення обсягу м'яких тканин стегна і гомілки, невелику згинальну контрактуру (неповне розгинання суглоба) кульшового суглоба, обмеження відведення і внутрішньої ротації (повороту всередину) стегна. При обмацуванні (пальпації) області кульшового суглоба відзначається легка хворобливість. З розвантаження суглоба при постільному режимі всі ці явища зникають. З часом, якщо не розпочато своєчасне лікування, може змінюватися довжина кінцівки.

Тривалість хвороби Пертеса у занедбаній формі становить від 3 до 6 років. Раннє правильне лікування скорочує ці терміни до 1,5 – 2,5 років. Хвороба Пертеса має чіткі стадії:

- стадія підхрящового некрозу; голівка стегнової кістки втрачає свою сферичну форму і починає сплющуватися;
- стадія імпресійного (тобто з дефектом кістки, але без зміщення

відламків) перелому: голівка стегнової кістки плоска і ущільнена;

- стадія утворення уламків кістки; якщо дитина продовжує користуватися кінцівкою, то голівка стегна ще більше ущільнюється, порушуються росткові зони (кістка може зупинитися в рості), можливий вихід кістки з суглобової западини (розвиток підвивиху);

- стадія відновлення структури, але деформація головки стегнової кістки найчастіше залишається на все життя;

- стадія наслідків хвороби Пертеса; незважаючи на повне відновлення структури головки стегнової кістки, форма її в більшості випадків, особливо, при пізно розпочатому лікуванні, залишається значно зміненою, часто формується деформуючий артроз – незворотні зміни в суглобі, що порушують його функцію.

Всі стадії захворювання чітко видно на рентгенівських знімках. Але, у зв'язку з відсутністю характерних ознак захворювання, рентгенівське дослідження часто проводиться із запізненням.

При правильному і вчасно розпочатому лікуванні тазостегновий суглоб відновлюється, а невеликі зміни в ньому не заважають людині надалі зберігати свою працездатність. При відсутності лікування хвороба Пертеса може призвести до повного порушення функції суглоба та інвалідності.

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте розвиток м'язової системи у дітей. Поясніть чому атрофуються м'язи?
2. Поясніть різницю хімічного складу кісток дитини?
3. Зайва вага як чинник ризику для розвитку хвороб опорно-рухового апарату – обґрунтуйте відповідь.
4. Запропонуйте батькам режим дня дошкільники задля профілактики сколіозу.
5. Надайте характеристику хворобі Пертеса.
6. Запропонуйте фізичні вправи для формування правильної постави і профілактики сколіозу.

Література

1. Вільчковський Е. С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку. / Е. С. Вільчковський– К., 1998.
2. Вільчковський Е. С. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку. – Л., 1998.
3. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 1985. – 384 с.
4. Денисенко Н. Впровадження програми з валеології // Дошкільне виховання. – 1998. – № 9.
5. Нарскин Г. И. Профилактика и коррекция отклонений в опорно-двигательном аппарате детей дошкольного и школьного возраста / Нарскин Г. И. // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. – 2002. – № 4. – С. 60–61.

6. Славiк М. Постава як фактор вiдображення здоров'я людини / М. Славiк // Фiзичне виховання, спорт i культура здоров'я у сучасному суспiльствi : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту iм. Лесi Українки (Т. 3) – Луцьк, 2008. – С. 138–141.
7. Фридлинд М. О. Ортопедия / М. О. Фридлинд. – М. : Медицина, 2004. –507 с.

2.2. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПАТОЛОГІЇ СЕРЦЕВО-СУДИННОЇ ТА ЛІМФАТИЧНОЇ СИСТЕМ

1. Значення кровообігу. Загальна схема кровообігу
2. Будова серця i його вікові особливості. Серцевий цикл
3. Лімфатична система
4. Захворювання серця
5. Вегето-судинна дистонія
6. Анемії
7. Патології лімфатичної системи

1. Значення кровообігу

Кров може виконувати життєво необхідні функції, тільки перебуваючи в безперервному русі. Рух крові в організмі, її циркуляція складає сутність кровообігу.

До системи кровообігу відносяться серце, яке виконує роль насоса, й судини, по яким циркулює кров. Кров, що викидається серцем по артеріям, їх розгалуженням (артеріолам) й капілярам надходить до тканин й органам, а потім по дрібним венам (венулам) й великим венам повертається до серця. Таким чином, завдяки кровообігу до всіх органів та тканин надходять кисень, поживні речовини, солі, гормони, вода й виводяться з організму продукти обміну. Через невелику теплопровідність тканин, передача тепла від органів людського тіла (печінка, м'язи та ін.) до шкіри i до навколишнього середовища, здійснюється в основному за рахунок кровообігу. Діяльність всіх органів організму в цілому тісно пов'язана з функцією органів кровообігу.

Судинна система складається з двох кіл кровообігу – великого й малого.

Велике коло кровообігу починається від лівого шлуночка серця, звідки кров надходить в аорту. З аорти шлях артеріальної крові продовжується по артеріям, які по мірі віддалення від серця розгалужуються й найдрібніші з

них розпадаються на капіляри, які щільною сіткою пронизують увесь організм. Через тонкі стінки капілярів кров віддає поживні речовини й кисень в тканеву рідину, а продукти життєдіяльності клітин з тканинної рідини надходять у кров. З капілярів кров надходить у дрібні вени, які, зливаючись, утворюють більш великі вени, та впадають у верхню й нижню порожні вени. Верхня та нижня порожні вени приносять венозну кров в праве передсердя, де закінчується велике коло кровообігу.

Мале коло кровообігу починається від правого шлуночка серця легеневою артерією. Венозна кров по легеневій артерії надходить до капілярів легень. В легенях відбувається обмін газів між венозною кров'ю капілярів й повітрям в альвеолах легень. Від легень по чотирьом легневим венам вже артеріальна кров повертається в ліве передсердя. В лівому передсерді закінчується мале коло кровообігу. З лівого передсердя кров потрапляє в лівий шлуночок, звідки починається велике коло кровообігу.

Із системою кровообігу тісно пов'язана *лімфатична система*. Вона слугує для відтоку рідини з тканин, на відміну від кровоносної системи, що створює як притік, так і відтік рідини. Лімфатична система починається з мережі замкнутих капілярів, які переходять в лімфатичні судини, які впадають в лівий і правий лімфатичні канали, а звідти у великі вени. На шляху до вен лімфа, що протікає з різних органів і тканин, проходить через *лімфатичні вузли*, які виконують роль біологічних фільтрів, що захищають організм від чужорідних тіл та інфекцій. Утворення лімфи пов'язане з переходом кількох розчинених в плазмі крові речовин з капілярів в тканину та із тканин в лімфатичні капіляри. За добу в організмі людини утворюється 2–4 л лімфи.

За нормального функціонування організму існує рівновага між швидкістю лімфоутворення і швидкістю відтоку лімфи, яка через вени знов повертається в кровоносне русло. Лімфатичні судини пронизують майже всі органи і тканини, особливо багато їх в печінці і тонкому кишечнику. За структурою лімфатичні судини схожі на вени, так само як вени, вони забезпечені клапанами, що створюють умови для переміщення лімфи тільки в одному напрямі.

2. Будова серця і його вікові особливості

Серце («сog») є порожнистим м'язовим органом, який розташований зліва в грудній клітці. Розмір серця і його маса змінюється з віком.

Серце у дітей відносно більше, ніж у дорослих. Його маса складає приблизно 0,63 – 0,80% маси тіла, а у дорослої людини – 0,48 – 0,52%. Найшвидше росте серце на першому році життя: до 8 місяців маса серця

збільшується вдвічі, до 3 років потроюється, до 5 років збільшується в 4 рази. Маса серця у хлопчиків в перші роки життя більше, ніж у дівчаток. відставати в масі від серця хлопчиків.

У процесі розвитку серця, так як і інших органів, відмічається періодичність, при чому періоди росту та диференціювання співпадають з такими ж показниками легень. До 7 – 8 років закінчується структурне диференціювання опірної тканини серця та досягає повного розвитку його центрального та периферичного нервового апарату. Орган рясно всипаний кровоносними судинами. М'язовий же апарат серця структурно ще не закінчений. Артерії 7 – річної дитини відносно ширші, ніж у дорослих. Це один із факторів, з яким пов'язана невелика величина артеріального тиску. Кількість крові, що доставляється в клітину кожен хвилину, повинна знаходитися у відповідності з її потребою в кисні. Тому серце дитини повинно робити в одну хвилину значно більшу кількість скорочень, ніж серце дорослого, так як об'єм крові, що викидається в артерії при кожному скороченні, у дитини менше, ніж у дорослого.

Серце складається з трьох шарів: зовнішній – епікард, середній – міокард, внутрішній – ендокард, а також виокремлюють серцеву сумку – перикард. Серце розділене на чотири камери (два передсердя і два шлуночки). Ліва і права половини розділені суцільною перетинкою, кожна з цих половин включає одне передсердя і один шлуночок, має перетинку з отвором. Через ці отвори, які забезпечені клапанами, кров з передсердь поступає в шлуночки. Клапани, які утворені стулками, що замикаються, і тому називаються *стулковими клапанами*. У лівій частині серця клапан двостулковий, в правій – трьохстулковий.

Клапани серця забезпечують рух крові тільки в одному напрямі: із передсердя в шлуночки, а із шлуночків в артерії.

На межі між лівим шлуночком і аортою, що виходить із нього, і між правим шлуночком і легеневою артерією є *півмісяцеві клапани*. До моменту народження дитини його серце вже має чотирикамерну структуру, проте між двома передсерддями ще є отвір, характерний для кровообігу плоду, який заростає в перші місяці життя.

Зростання передсердя протягом першого року життя випереджає зростання шлуночків, потім вони ростуть майже однаково, і лише після 10 років зростання шлуночків починає обганяти зростання передсердя.

Серце скорочується ритмічно: скорочення відділів серця чергуються з їх розслабленням. Скорочення відділів серця називають *систолою*, а розслаблення – *діастолою*.

Період, що охоплює одне скорочення і розслаблення серця – *серцевимий*

цикл. В стані відносного спокою серцевий цикл триває близько 0,8 с.

Кожен серцевий цикл складається з трьох фаз: перша – скорочення передсердя – систола передсердя (триває 0,1 с), друга – систола шлуночків (триває 0,3 с), третя – загальна пауза (0,4 с). Коли серце скорочується, кров нагнітається в судинну систему. Основної сили скорочення відбувається в період систоли шлуночків, у фазу вигнання крові з лівого шлуночку в аорту.

Частота серцевих скорочень зазвичай вимірюється за пульсом, оскільки кожен викид крові в судини призводить до зміни їх кровонаповнення, розтягування судинної стінки, що відчувається у вигляді поштовху. В нормі у дорослої людини частота серцевих скорочень – 75 разів за 1 хв. У новонародженого вона значно вища – 140 за 1 хв. Інтенсивно знижуючись протягом перших років життя, вона складає до 8–10 років 90–85 ударів за 1 хв., а до 15 років наближається до величини дорослого.

Кількість крові, що викидається шлуночком за одне скорочення називають *ударним*, або *об'ємом систоли*. Лівий і правий шлуночки виштовхують однакову кількість крові. Кількість крові, що викидається в аорту серцем новонародженого при одному скороченні, всього 2,5 см³. До першого року воно збільшується в 4 рази, до 7 років – в 9 разів, а до 12 років – в 16,4 рази (табл. 17).

Змінний тиск, під яким кров знаходиться в кровоносній судині, називають *кров'яним тиском*. Величина тиску визначається роботою серця, кількістю крові, яка потрапляє в судинну систему, інтенсивністю її відтоку на периферію, опором стінок судин, в'язкістю крові, еластичністю судин. Найвищий тиск у аорті. У міру просування крові по судинах тиск її знижується. У великих артеріях і венах опір потоку крові невеликий і тиск крові в них зменшується поступово, плавно. Найпомітніше знижується тиск в артеріолах і капілярах, де опір потоку крові найбільший.

Кров'яний тиск в кровоносній системі змінюється. Під час систоли шлуночків кров з силою викидається в аорту, тиск крові при цьому найбільший. Цей найвищий тиск називають *систолою* або *максимальним*. Він виникає у зв'язку з тим, що під час систоли з серця у великі судини притікає більше крові, ніж її відтікає на периферію. У фазі діастоли (розслаблення) серця артеріальний тиск знижується і стає *діастолою*, або *мінімальним*. Різницю між тиском діастоли і тиском систоли називають *пульсовим тиском*. Чим менше величина пульсового тиску, тим менше надходить крові з шлуночку в аорту під час систоли.

У плечовій артерії людини тиск систоли складає 110–125 мм рт. ст., а діастола – 60–85 мм рт. ст. У дітей кров'яний тиск значно нижчий, ніж у дорослих. Чим менша дитина, тим у неї більша капілярна мережа і ширший

просвіт кровоносних судин, а отже, і нижчий тиск крові.

Діяльність серця регулюється двома парами нервів – блукаючими і симпатичними. Блукаючі нерви беруть початок в довгастому мозку, а симпатичні нерви відходять від шийного симпатичного вузла. Блукаючі нерви гальмують серцеву діяльність під впливом імпульсів, що передаються по них, повільнішає ритм і зменшується сила серцевих скорочень. Під впливом імпульсів, що надходять до серця по симпатичних нервах, частішає ритм серцевої діяльності і посилюється кожне серцеве скорочення.

Зміна просвіту кровоносних судин відбувається під впливом імпульсів, що передаються на стінки судин по симпатичних судинозвужувальних нервах.

До моменту народження дитини в серцевому м'язі достатньо добре виражені нервові закінчення як симпатичних, так і блукаючих нервів. У ранньому дитячому віці (до 2-3 років) переважають тонічні впливи симпатичних нервів на серці, про що можна судити по частоті серцевих скорочень (у новонароджених до 140 ударів в хвилину). Тонус центру блукаючого нерва в цьому віці низький.

Перші ознаки впливу блукаючого нерва на серцеву діяльність виявляються в 3–4-місячному віці. У цьому віці можна викликати рефлекторне уповільнення серцевого ритму, натискаючи на очне яблуко. У перші роки життя дитини формуються і закріплюються тонічні впливи блукаючого нерва на серці. У молодшому шкільному віці роль блукаючого нерва значно посилюється, що виявляється в зниженні частоти серцевих скорочень.

3. Лімфатична система

Лімфатична система є частиною судинної системи, яка разом із венозним руслом бере участь у відтоку рідин організму від тканин. Лімфа - це прозора безбарвна рідина, за хімічним складом подібна плазмі крові. В ній містяться практично всі елементи плазми і лейкоцити. Лімфатична система включає: а) шляхи, що проводять лімфу (лімфокапілярні судини, лімфатичні судини, стовбури і протоки); б) місця утворення лімфоцитів (кістковий мозок, загрудинна залоза, лімфоїдні утворення в слизових оболонках - поодинокі лімфатичні вузлики та їхні групи, лімфатична тканина у вигляді мигдаликів); в) скупчення лімфоїдної тканини в червоподібному від-- ростку; г) пульпу селезінки; д) лімфатичні вузли.

Лімфокапілярні судини, розгалужуючись усередині органа, входять у лімфатичні судини, які, зливаючись і поступово збільшуючись у діаметрі, вливаються в лімфатичні стовбури, утворюючи два лімфатичних протоки -

правий і грудний. Ці протоки впадають у праву і ліву безіменні вени шиї, з яких лімфа, змішуючись з венозною кров'ю, надходить у загальний кровообіг. Швидкість утворення лімфи залежить від двох факторів: проникності стінок лімфатичних капілярів і тиску крові у венозному руслі. З підвищенням тиску крові у венах кількість лімфи збільшується. Лімфатичні судини не здавлюються навіть при набряку тканин, завдяки чому надлишок рідини виводиться. Лімфатична система виконує своєрідну дренажну функцію, запобігаючи розвиткові набряку.

Лімфатичні вузли у новонароджених дітей багаті на лімфоїдні елементи і кров, мають широкі синуси, їхня капсула тонка і ніжна. У лімфатичних вузлах відбувається злиття лімфи, яка відтікає з суміжних тканин і від окремих органів даної ділянки. Лімфатичні вузли беруть участь в утворенні лімфоцитів, які виконують захисну реакцію організму. В лімфоцитах знешкоджуються токсини бактеріального й аліментарного походження. Лімфоцити можуть проходити через судинну стінку і фагоцитувати, започатковувати різні види клітинних форм (наприклад, плазматичні клітини, які беруть участь у виробленні антитіл і захисних реакціях організму). Проте захисна функція лімфатичних вузлів у дітей першого року життя недостатня і не може запобігти генералізації інфекційного процесу (сепсис, остеомієліт тощо). Локалізація периферичних лімфатичних вузлів відповідає певним ділянкам тіла, звідки надходить лімфа.

4. Захворювання серця

Природжені пороки серця і судин – незворотні органічні зміни серця і судин з порушенням їхніх функцій. Це одна з найчастіших аномалій розвитку. Вони властиві 10 % дітей першого року життя. В загальній смертності новонароджених природжені пороки серця становлять 15 %. Без хірургічного лікування протягом першого року життя вмирають 40, а до 5 років – 80 % цих дітей.

Етіологія. Несприятливі фактори, які впливають на організм матері у перші 2–3 міс вагітності (вірусні інфекції, особливо краснуха, іноді грип, паротит, кір, поліомієліт, вітряна віспа та інші захворювання), застосування ліків, різні інтоксикації – куріння, вживання алкоголю, іонізуюча радіація, травми, недостатнє харчування і кисневе голодування тощо можуть порушити ембріогенез і зумовити виникнення природжених пороків серця. У 2 % випадків певне значення мають спадкові фактори (природжений порок серця у матері). Деякі автори надають значення віку матері, якщо він перевищує 35 років.

Природжені пороки серця і судин часто поєднуються з іншими аномаліями розвитку і зустрічаються у дітей з хворобою Дауна та іншими хромосомними захворюваннями. У клінічній практиці пороки серця з ціанозом називають «синіми», а без ціанозу – «білими».

Природжені пороки серця мають *три фази клінічного перебігу*: 1) адаптації; 2) відносної компенсації; 3) термінальну.

У фазі адаптації, яка починається з перших днів життя, дитина пристосовується до порушень гемодинаміки. Реакції адаптації і компенсації у дитини раннього віку перебувають у стані нестійкої рівноваги і відносної слабкості. У фазі первинної адаптації легко виникає гостра недостатність серця, яка є основною причиною смерті в цьому віці. Якщо дитина не вмирає протягом першої фази, то після 2–3 років життя в неї розвиваються пристосувальні захисні механізми і хвороба переходить у другу фазу – відносної компенсації. Суб'єктивних скарг стає менше. Поліпшується фізичний розвиток і зростає активність дитини. Коли резерви захисних пристосувальних механізмів вичерпуються, настає третя – термінальна фаза, порушується кровообіг, що не піддається лікуванню. У третини дітей, які народилися із природженим пороком серця, спостерігається тяжкий «критичний» перебіг пороку, що становить загрозу для життя в перші дні або тижні після народження. Ці хворі потребують негайної консультації в кардіохірургічному відділенні для вирішення питання про встановлення строку операції.

У більшості дітей природжений порок серця розпізнають на першому році життя у зв'язку з наявністю ціанозу або шуму в ділянці серця: ціаноз може бути постійним, непостійним або приступоподібним. Рано з'являються прояви декомпенсації (серцева недостатність) серця. У дітей грудного віку з природженим пороком можуть бути утруднення під час годування (часті перерви під час ссання, відмова від груді). У більшості випадків діти відстають у фізичному розвитку, часто схильні до гострих респіраторних інфекцій, бронхітів.

Найчастіше у дітей спостерігають: 1) задуху; 2) тахікардію; 3) синюшність (ціаноз) або блідість шкіри; 4) розширення меж серця 5) шуми в ділянці серця (шуми бувають своєрідні, грубі, сильні, іноді машинного характеру, часто поширюються на всій ділянці грудної клітки, на спину і на судини, в деяких випадках визначаються пальпаторно у вигляді «котячого муркотіння»); 6) може спостерігатися деформація грудної клітки у вигляді серцевого горба; 7) часто буває відставання у фізичному розвитку (малі маса і розміри тіла, серцевий інфантилізм); 8) хронічна гіпоксемія призводить до змін кінцевих фаланг (на вигляд як барабанні палички) і нігтів (як

годинникові скельця); 9) при синіх пороках відмічають підвищення гемоглобіну та кількості еритроцитів.

Дефект підшлуночкової перегородки – найбільш поширений порок серця. Характерними є такі порушення гемодинаміки: скидання крові через дефект зліва направо і підвищення кровонаповнення в малому колі кровообігу. Клінічні прояви пороку визначаються величиною дефекту, напрямом скидання крові і зміною судин малого кола кровообігу. Чим більший дефект, тим більше виражене порушення гемодинаміки.

Розрізняють дві форми пороку: 1) малі дефекти в м'язовій частині перегородки (хвороба Толочинова – Роже); 2) високі дефекти в мембранозній частині перегородки.

Малі дефекти в м'язовій частині перегородки часто проявляються як грубий, шкребучий систолічний шум з епіцентром в IV–V міжребер'ї по лівому краю грудини. Порушення гемодинаміки не спостерігаються. При середній величині дефекту (0,5–2 см у діаметрі) виникають задуха при фізичному навантаженні, підвищена втомлюваність, схильність до пневмонії і респіраторних захворювань. Клінічно в усіх випадках визначають грубий систолічний шум з епіцентром у III–IV міжребер'ї по лівому краю грудини. У дітей з високим дефектом у мембранозній частині міжшлуночкової перегородки в ранньому віці виникають задуха, ціаноз у стані неспокою і під час крику, втомлюваність, часті пневмонія, бронхіт, гострі респіраторні захворювання. Нерідко спостерігається відставання у фізичному розвитку, з'являється деформація грудної клітки. Межі серця розширені вправо, догори, вліво.

Порушення серцевого ритму - зустрічаються часто у дітей різного віку. Тяжкі порушення являють собою велику небезпеку для життя дитини. Аритмії можуть бути вродженими і набутими, функціональними і органічними.

Екстрасистолія – позачергові скорочення серця. Функціональні екстрасистоли частіше зустрічаються у дітей пубертатного періоду при вегетосудинній дисфункції. Екстрасистоли органічного генезу спостерігаються при міокардитах, вроджених вадах серця, кардіоміопатіях.

При появі екстрасистол більшість дітей не пред'являє скарг, не відчуває аритмії. Інколи хворі скаржаться на неприємні відчуття, завмирання, зупинку або сильний поштовх. Діагноз екстрасистолії можна встановити при аускультатії серця, а для топічного діагнозу необхідна реєстрація ЕКГ.

Пароксизмальна тахікардія - це приступи різного прискорення серцебиття (більше 150-180 за 1 хв), які виникають раптово і тривають від кількох секунд до кількох годин.

Причини пароксизмальної тахікардії різноманітні: вроджена патологія

провідної системи серця, органічні хвороби серця, нейровегетативні зрушення в організмі, гострі інфекційні захворювання та інші.

Виникає вогнище збудження в будь-якій ділянці міокарда чи провідникової системи, яке посиляє імпульс високої частоти і стає водієм серцевого ритму. Різке прискорення скорочень зменшує ефективність окремого скорочення, викликає зменшення ударного об'єму серця і порушення кровопостачання органів, тканин і самого серця, що зумовлює порушення обмінних процесів у міокарді. Внаслідок нападу пароксизмальної тахікардії виникає коронарна недостатність та недостатність кровообігу.

Клінічні прояви. Напад тахікардії починається раптово. Діти скаржаться на неприємні відчуття в ділянці серця, стискальний біль у грудях, біль у епігастральній ділянці. Нерідко приступ супроводжується запамороченням, блюванням. Діти часто відчувають страх. Шкірні покриви бліді, деколи з'являється ціаноз, має місце набухання та пульсація шийних вен. При довготривалому приступі приєднуються ознаки серцевої недостатності, посилюється ціаноз, з'являється задуха, збільшується печінка, зменшується діурез, виникають набряки. Пульс слабого наповнення, частота серцевих скорочень досягає 150-300 за 1 хв. Серцеві тони посилені, артеріальний тиск знижений.

5. Вегето-судинна дистонія

Вегето-судинна дистонія (ВСД) - стан, що характеризується порушенням вегетативної регуляції серця, судин, внутрішніх органів, залоз внутрішньої секреції. Це синдром, який виникає за багатьох видів патології.

Вегето-судинна дистонія - найбільш розповсюджений розлад серцево-судинної системи, який виявляється у 15-30 % дітей. У 33 % із них він зберігається у наступні періоди життя, у 17-20 % - прогресує. У 7,3-12,5 % дітей спостерігаються кризи.

Етіологія та патогенез. Вищий вегетативний центр організму - гіпоталамус. Лімбіко-гіпоталамо-ретикулярний комплекс забезпечує пристосування до мінливих умов зовнішнього середовища - холоду, голоду, енергетичне забезпечення психічної та фізичної діяльності, контроль за перебігом катаболічних процесів і регуляцію анаболічних процесів, анафілактичні реакції, підтримка гомеостатичної рівноваги.

Виникненню ВСД сприяють деякі спадкові та набуті фактори. До головних спадкових факторів належать:

- спадкова схильність до ВСД: конституційні особливості діяльності ВНС, спадкова дизавтономія, підвищена чутливість судин до гуморальних

впливів;

- несприятливий перебіг вагітності; внутрішньочеревна гіпоксія при токсикозах вагітних, нефропатіях, загроза переривання вагітності призводять до підвищення тиску спинномозкової рідини у ділянці третього шлуночка, де локалізовані основні центри регуляції та судинні сплетення;

- вади розвитку центральної нервової системи;
- вади розвитку залоз внутрішньої секреції;
- характерологічні особливості, пов'язані з типом реагування на стрес.

Набутими факторами, які впливають на стан надсегментарних вегетативних центрів є:

- асфіксія або пологова травма, за яких ушкоджуються вегетативні центри кори головного мозку, гіпоталамуса, судинні сплетення; пологові ушкодження шийного відділу хребта;

- травми черепа, інфекції, інтоксикації;
- психоемоційне перевантаження (емоційний дискомфорт у сім'ї та школі тощо);

- гормональний дисбаланс в організмі під час пре- та пубертатного періодів;

- порушення режиму дня (гіподинамія, невисипання), тривалий перегляд телепередач, неповноцінне харчування тощо;

- часті інфекційні захворювання, осередки хронічної інфекції (тонзиліт, гайморит, карієс);

- метеорологічні впливи.

Внаслідок вегетативної дисфункції порушується іннервація внутрішніх органів, що обумовлює дискінезії шлунково-кишкового тракту, функціональні кардіопатії, судинні дистонії. При ушкодженні структур ВНС виникають морфологічні зміни (спазм судин), які пов'язані з виділенням медіаторів (норадреналін, ацетилхолін, серотонін), гормонів кори надниркових залоз.

Клінічні симптоми ВСД різноманітні. При ваготонії (збудливості) діти легко червоніють і бліднуть, кисті рук у них холодні, вологі, ціанотичні, відмічаються мармуровість шкіри, різко виражена і пітливість долонь, підшов, пахвових ямок. Шкіра жирна, є алергічні висипи, бувають нейродерміт, набряки. Температура тіла знижена, діти мерзнуть. Характерними є запаморочення, непереносимість поїздки у транспорті, глибокі вдихи. Відмічаються нудота, метеоризм, пронос або спастичний запор, дискінезія жовчних шляхів, збільшення мигдаликів, лімфатичних вузлів. Фізична активність дітей знижена, часто скаржаться на мігреноподібний головний біль, біль у ділянці серця, біль у ногах (переважно

вночі). Артеріальний тиск (АТ) знижений, брадикардія. Бувають зомління, особливо в пубертатний період. Судинна дистонія визначається змінами показників артеріального тиску. Перебіг її за гіпер або гіпотонічним типом.

Лікування вегетосудинної дистонії проводять педіатр разом з невропатологом і кардіоревматологом. Враховують етіологію і патогенез ВСД у певної дитини. Лікування треба починати якомога раніше, проводити протягом тривалого часу з урахуванням типу ВСД (ваго- або симпатикотонічний). Психотерапія потрібна не тільки дитині, а й батькам. Усім дітям з ВСД необхідно нормалізувати режим дня, праці і відпочинку, рекомендувати заняття спортом на свіжому повітрі (лижі, ковзани, велосипед, ходьба, плавання), достатній сон, обмежити перегляд телепередач, доцільними є активне санаторно-курортне лікування, ЛФК.

При ваготонії не можна переїдати, слід обмежити вживання рідини і солі, при симпатикотонії – не пити кави, міцного чаю.

6. Анемії

Під терміном «анемія» (недокрів'я) розуміють клініко-гематологічний симптомокомплекс, який характеризується клінічно блідістю шкіри і слизових оболонок, порушенням кровопостачання внутрішніх органів, а гематологічно – зниженням кількості еритроцитів і гемоглобіну в одиниці об'єму крові. Це обумовлено анатомофізіологічною незрілістю органів кровотворення у дітей та їх високу чутливість до впливу несприятливих факторів навколишнього середовища.

Етіологія і патогенез. Дефіцитні анемії виникають внаслідок недостатнього надходження в організм дитини речовин, необхідних для утворення гемоглобіну; вони спостерігаються частіше у дітей першого року життя. Серед дефіцитних анемій найбільш поширені аліментарні, які обумовлені недостатнім або одноманітним харчуванням. У більшості випадків відзначається недостатнє надходження в організм заліза (залізодефіцитні анемії), білка, що порушує освіта білкової частини гемоглобіну (білково-дефіцитні анемії). Певне значення в розвитку дефіцитних анемій має і недостатність таких вітамінів, як В₆, В₁₂ та фолієвої кислоти (вітамінодефіцитні анемії), які беруть участь у синтезі гемоглобіну. Нерідко дефіцитні анемії відзначаються при захворюваннях, що супроводжуються порушенням всмоктування в кишечнику. Розвитку дефіцитних анемій сприяють часті захворювання, а також недоношеність.

У медичній практиці найбільш часто зустрічаються *залізодефіцитні анемії*. Їх прояви залежать від ступеня важкості захворювання.

Симптоми. При легкому ступені відзначаються млявість, зниження апетиту, блідість шкіри, невелике зниження вмісту гемоглобіну до 80 г / л та кількості еритроцитів до 3,5 млн. в 1 мкл крові. При захворюванні середньої тяжкості помітно знижується рухова активність дитини, з'являється млявість, плаксивість, відсутній апетит, відзначаються. Блідість і сухість шкіри, тахікардія, систолічний шум, збільшення печінки і селезінки, волосся стає тонким і ламким, вміст гемоглобіну в крові знижується до 66 г/л, кількість еритроцитів - до 2,8 млн в 1 мкл крові. При захворюванні важкого ступеня нерідко відзначаються відставання дитини у фізичному розвитку, адинамія, анорексія, запор, виражені сухість і блідість шкіри, зміни нігтів і волосся (тонкі, ламкі), пастозність особи та нижніх кінцівок, зміни серцево-судинної системи (тахікардія, систолічний шум), зглаженість сосочків язика («лакований» язик). Кількість гемоглобіну знижується до 35 г/л, кількість еритроцитів - до 1,4 млн./ л. Залізодефіцитні анемії нерідко розвиваються у недоношених дітей на 5-6-му місяці життя, коли виснажуються в організмі запаси заліза, отримані від матері - пізня анемія недоношених.

Вітамінодефіцитні анемії, обумовлені недостатністю вітаміну B₁₂ або фолієвої кислоти, у дітей можуть бути як набутими, так і спадковими. Набуті вітамінодефіцитні анемії спостерігаються частіше у недоношених дітей, при порушеному кишковому всмоктуванні, неправильному вигодовуванні. Спадкова фолієвої-дефіцитна анемія виявляється в основному на першому році життя. B₁₂-дефіцитна - у віку близько 2 років. Вони нерідко супроводжуються затримкою фізичного і психомоторного розвитку дитини.

Діагноз дефіцитних анемій ставлять на підставі анамнезу, клінічної картини і лабораторних даних: вміст гемоглобіну нижче 100 г / л, сироваткового заліза - нижче 14,3 мкмоль/л (80 мкг%).

Профілактика дефіцитних анемій полягає в нормалізації харчування і режиму.

7. Патології лімфатичної системи

Лімфогранулематоз - хронічне пухлинне захворювання лімфатичної системи з наявністю кліток Рид-Березовського-Штернберга. Може зустрічатися в людей всіх віків, включаючи немовлят.

Етіологія і патогенез. Причина виникнення захворювання не визначена, але деякі вчені наполягають на вірусній природі.

Симптоми. Лімфогранулематоз починається гостро, з лихоманки, нічної пітливості, швидкого схуднення. При цьому лімфатичні вузли збільшені незначно, але прогноз поганий, захворювання швидко прогресує.

У легенях і в плевральних порожнинах скупчення рідини. Залучення в процес кісток проявляється болями. Досить часто поразка шкіри у вигляді алергічних проявів, сверблячки різної виразності аж до розчісувань усього тіла. Сверблячка дошкуляє сну, апетиту, приводить до психічних розладів.

Часто зустрічаються щоденні короточасні підйоми температури, які починаються з ознобу й закінчуються заливним потом, що служить ознакою важкого перебігу хвороби.

Хворі схильні до вірусних захворювань, туберкульозу. Збільшується селезінка, печінка. Збільшені лімфатичні вузли еластичні, при їх некротическом розпаді з'являються свищі. Іноді лімфогранулематоз локалізується в шлунку, легенях, селезінці.

Діагноз підтверджує виявлення типових для лімфогранулематозу кліток у лімфатичних вузлів.

Лімфангіт - гостре запалення лімфатичних судин.

Етіологія і патогенез, клініка. Розвивається при наявності в організмі гнійних вогнищ інфекції. Збудники інфекції і їхні токсини, всмоктуючись по лімфатичних шляхах, спочатку вражають дрібні лімфатичні судини. У цій фазі хвороби відзначається інтенсивна червоність шкіри, дуже схожа на хворобу рожу, але без різких границь. При переході запального процесу на більші судини на шкірі стають видні по всій кінцівці до пахової западини або пахової складки червоні смуги, хворобливі й щільні при обмацуванні. Процес поширюється по ходу поверхневих лімфатичних судин (лімфангіт поверхневих посудин) або глибоких (лімфангіт глибоких судин). Буває змішана форма, що характеризується появою набряклості, болів і поразкою лімфатичних вузлів (лімфаденіт). Іноді по ходу великих лімфатичних судин відзначаються інфільтрати й утворення гнійників - гнійний лімфангіт, при якому запальна реакція буває різко виражена.

Гострий лімфангіт може переходити в хронічний. У таких випадках розвиток щільної сполучної тканини в судинах приводить до порушення обігу в них лімфи, її застою, що може виразитися слоновістю кінцівок, частіше нижніх.

Симптоми й протікання лімфангіту залежать від локалізації процесу, хвороботворності мікробів і виразності місцевої реакції.

Контрольні питання

1. Поясніть методику вимірювання пульсу і тиску у дітей.
2. Охарактеризуйте особливості скарг у дітей із захворюваннями серцево-судинної системи.
3. Поясніть різновиди та симптоми гострої судинної недостатності.

4. Вивчить особливості методики закритого масажу серця у дітей різного віку і покажіть її на слайдах.
5. Поясніть особливості розпорядку дня (тривалість сну та активності дітей) залежно від віку та призначеного режиму при захворюваннях серця і судин.
6. Запам'ятайте медичні назви хвороб серцево-судинної системи.

Література

1. Гистология /Под ред. В.Г. Елисеева, Ю.И. и Н.А. Юриной. – М., 1983.
2. Коляденко Г.Ш. Анатомія людини: Підручник. – К.: Либідь, 2001.
3. Леонтьева Н.Н., Маринова К.В. Анатомия и физиология детского организма. – М., 1976.
4. Мазурин А.В., Воронцов И.М. Пропедевтика детских болезней. / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов - М.: Медицина, 1985.
5. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С. К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991.

2.3.АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ

1. Будова дихальної системи дітей.
2. Патології дихальної системи у дітей. Риніт. Бронхіт.
3. Гостра пневмонія. Бронхіальна астма. Круп.
4. Аденоїди
5. Вроджені вади губ і піднебіння.

1. Особливості будови дихальної системи дітей дошкільного віку

Дихання – необхідний для життя процес постійного обміну газами між організмом і оточуючим середовищем. Дихання забезпечує постійне отримання організмом кисню, необхідного для здійснення окислювальних процесів, які є основним джерелом енергії. Без доступу кисню життя може продовжуватися лише декілька хвилин.

Дихальна система людини включає: 1) повітряності шляхи, до яких відносять порожнину носа, носоглотка, гортань, трахея, бронхи; 2) легені – складаються із бронхіол, альвеолярних мішечків і багато забезпечені судинними розгалуженнями; 3) кістково-м'язова система, яка забезпечує дихальні рухи, до неї відносяться ребра, міжреберні та інші допоміжні м'язи,

діафрагма. Всі ланки дихальної системи зазнають з віком суттєвих структурних перетворень, що визначає особливості дихання дитячого організму на різних етапах розвитку.

Повітряності шляхи і дихальний шлях починається носовою порожниною. Слизова оболонка носової порожнини рясно забезпечена кровоносними судинами і вкрита багатошаровим миготливим епітелієм. У епітелії багато залозок, які виділяють слиз, який разом із пиловими частинками, які проникнули з повітрям, що вдихується, видаляється миготливими рухами вій. У носовій порожнині повітря, що вдихується, зігрівається, частково очищується від пилу і зволожується. До моменту народження носова порожнина дитини недорозвинена, вона відрізняється вузькими носовими отворами і практично відсутніми додатковими пазухами, кінцеве формування яких відбувається у підлітковому віці. Об'єм носової порожнини з віком збільшується приблизно в 2,5 рази. Структурні особливості носової порожнини дітей раннього віку утрудняють носове дихання, діти часто дихають з відкритим ротом, що призводить до утруднення застудним захворюванням. Одним із факторів, які утруднюють дихання через ніс, є аденоїди. «Закладений» ніс впливає на мовлення, викликаючи закриту гугнявість, недорікуватість. При «закладеному» носі повітря недостатньо очищується від шкідливих домішок, пилу, недостатньо зволожується, від чого виникають часті запалення гортані і трахеї. Ротове дихання викликає кисневий голод, застійні явища в грудній клітині і черепній коробці, деформацію грудної клітини, зниження слуху, часті отити, бронхіти, сухість слизової порожнини рота, неправильний (високий) розвиток твердого піднебіння, порушення нормального положення носової перегородки і форми нижньої щелепи.

З порожнини носа повітря потрапляє в носоглотку – верхню частину глотки. В глотку відкриваються також, крім порожнини носа, гортань і слухові труби, які з'єднують порожнину глотки зі середнім вухом. Глотка дитини відрізняється меншою довжиною, більшою шириною і низьким розташуванням слухової труби. Особливості будови носоглотки призводять до того, що захворювання верхніх дихальних шляхів у дітей часто ускладнюються запаленням середнього вуха, так як інфекція легко проникає у вуха через широку і коротку слухову трубу. Захворювання мигдалевих залоз, які розташовані в глотці, серйозно відображаються на здоров'ї дитини.

Наступна ланка повітрянослухових шляхів – гортань. Скелет гортані утворений хрящами, з'єднаними між собою суглобами, зв'язками і м'язами. Порожнина гортані вкрита слизовою оболонкою, яка утворює дві пари складок, що закривають вхід у гортань під час ковтання. Нижня пара складок

вкриває голосові зв'язки. Простір між голосовими зв'язками називають голосовою щілиною. Таким чином, гортань не тільки пов'язує глотку з трахеєю, але і бере участь у мовленнєвій функції.

Гортань у дітей коротша, вузчя і розташовується вище, ніж у дорослих. Найбільш інтенсивно гортань росте на 1-3 роках життя і в період статевого дозрівання.

Від нижнього краю гортані відходить трахея. Довжина її збільшується у відповідності з ростом тулуба. Трахея розгалужується на два бронхи, правий із яких більш короткий і широкий. Найбільший ріст бронхів відбувається в перший рік життя і в період статевого дозрівання. Слизова оболонка повітрянослужив шляхів у дітей більш рясно забезпечена кровоносними судинами, ніжна і ранима, вона містить менше слизових залоз, що захищають її від пошкоджень. Ці особливості слизової оболонки, що вистилають повітрянослужив шляхи, в дитячому віці у поєднанні з більш вузьким просвітом гортані і трахеї обумовлюють схильність дітей до запальних захворювань органів дихання.

Легені. З віком суттєво змінюється і структура основного органу дихання – легень. Первинний бронх, вступив у ворота легень, ділиться на більш дрібні бронхи, які утворюють бронхіальне дерево. Найтонші його гілки називають бронхіолами. Тонкі бронхіоли входять в легеневі дольки і в середині них ділиться на кінцеві бронхіоли.

Бронхіоли розгалужуються на альвеолярні ходи з мішечками, стінки яких утворені безліччю легневих бульбашок – альвеол. Альвеоли є кінцевою частиною дихального шляху. Стінки легневих бульбашок складаються із одного шару плоских епітеліальних клітин. Кожна альвеола оточена ззовні густою сіткою капілярів. Через стінки альвеол і капілярів відбувається обмін газами – із повітря в кров переходить кисень, а із крові в альвеоли потрапляє вуглекислий газ і пари води.

Кожна легеня вкрита серозною оболонкою, що називається плевра. У плеври два листки. Один щільно зрощений з легенею, інший приріс до грудної клітини. Між обома листками – невелика плевральна порожнина, заповнена серозною рідиною (близько 1-2 мл), яка полегшує ковзання листків плеври при дихальних рухах. В альвеолах здійснюється газообмін: кисень із альвеолярного повітря переходить у кров, із крові вуглекислий газ потрапляє в альвеоли.

Легені у дітей ростуть головним чином за рахунок збільшення об'єму альвеол (у новонародженого діаметр альвеоли 0,07 мм, у дорослого він досягає вже 0,2 мм). До 3 років відбувається посилений ріст легень і диференціація їх окремих елементів. Число альвеол до 8 років досягає числа

їх у дорослої людини. У віці від 3 до 7 років темпи росту легень знижується.

Дозрівання кістково-м'язового апарату дихальної системи і особливості його розвитку у хлопчиків і дівчаток визначають вікові і статеві відмінності типів дихання. У дітей раннього віку ребра мають малий вигин і займають майже горизонтальне положення. Верхні ребра і весь плечовий пояс розташовані високо, міжреберні м'язи слабкі. У зв'язку з такими особливостями у новонароджених переважає діафрагмальне дихання з незначною участю міжреберних м'язів. Діафрагмальний тип дихання зберігається до другої половини першого року життя. По мірі розвитку міжреберних м'язів і росту дитини грудна клітина опускається вниз і ребра займають косе положення. Поступово дихання грудних дітей стає грудочеревним, з переважанням діафрагмального, при чому у верхньому відділі грудної клітки рухливість залишається все ще невеликою.

У віці від 3 до 7 років у зв'язку з розвитком плечового поясу все більше починає переважати грудний тип дихання, і до кінця 7 років він стає вираженим.

Дихання новонародженої дитини часте і поверхневе. Частота схильна до значних коливань – 48-63 дихальних циклів на хвилину під час сну. У дітей першого року життя частота дихальних рухів на хвилину під час бадьорості 50-60, а під час сну – 35-40. У дітей 1-2 років під час бадьорості частота дихання 35-40, у 2-4-річних – 25-35 і у 4-6-річних – 23-26 циклів на хвилину. У дітей шкільного віку рідшає дихання (18-20 разів на хвилину).

Велика частота дихальних рухів у дитини забезпечує високу легеневу вентиляцію. Об'єм повітря, що вдихується, у дитини в 1 місяць життя складає 30 мл, в 1 рік – 70 мл, в 6 років – 156 мл.

Правильне положення тіла дітей в процесі різних видів діяльності сприяє розширенню грудної клітини, полегшує глибоке дихання. Навпаки, при зігнутому положенні тулуба створюються зворотні умови, порушується нормальна діяльність легень, ними поглинається менша кількість повітря, а разом з тим і кисню.

2. Патології дихальної системи у дітей. Риніт. Гострий бронхіт

Захворювання органів дихання займають провідне місце в структурі захворюваності дитячого населення. У структурі патології раннього віку, особливо новонароджених і дітей грудного віку, захворювання органів дихання посідають одне з перших місць. За класифікацією, затвердженою у 1978 р, до неспецифічних бронхолегеневих захворювань належать бронхіт (гострий, обструктивний, рецидивуючий), пневмонія (гостра, хронічна),

дифузний пневмофіброз, бронхіальна астма (астматичний бронхіт), плеврит, вади розвитку бронхів, легень, легеневих судин.

Риніт (нежить) – запальний процес в слизовій оболонці порожнини носа. Проявляється набряком і закладенням носа, відділенням з носа рясно слизового секрету, печінням, лоскотання в носовій порожнині, погіршення нюху. Гостра форма риніту може перейти в хронічну, що веде до розладу дихальної функції і змін у легенях і серці. Можливе поширення запалення на інші відділи дихальної системи, розвиток синуситу, отиту, ларингіту, фарингіту, трахеїту, бронхіту, пневмонії.

Існує велика кількість причин, що викликають риніт, і безліч класифікацій цього захворювання, причому деякі класифікації налічують десятки підвидів риніт. У переважній більшості випадків риніт є одним із проявів загального захворювання.

Механізм розвитку риніту. Порожнину носа виконує декілька функцій. Вона зігріває, зволожує і частково очищає вдихуване повітря. Запалення слизової порожнини носа розвивається в результаті впливу одного або декількох несприятливих факторів. Причиною риніту можуть стати бактерії і віруси, пил, холодне повітря, алергени, подразнюючі речовини і т.д. Незалежно від причини розвитку захворювання, запальний процес в носовій порожнині при риніті має спільні риси.

У слизовій оболонці носової порожнини знаходиться велика кількість кровоносних судин. При риніті кровообіг в порожнині носа порушується, розвивається застій крові. Рідка частина крові пропотіває через судинну стінку в навколишні тканини. Слизова порожнини носа набрякає, утруднюючи носове дихання. У результаті запального процесу з'являється велика кількість виділень.

Гострий риніт має інфекційну природу, викликається вірусами або бактеріями. Ймовірність розвитку гострого риніт збільшується при зниженні резистентності організму в результаті переохолодження.

Хвороба протікає в три стадії. Спочатку хворого турбує свербіж і відчуття напруги в носовій порожнині. З'являється чхання, слезотеча. Перша стадія гострого риніту може супроводжуватися головним болем, загальним нездужанням, підвищення температури. Триває від декількох годин до одного-двох днів.

Друга стадія захворювання супроводжується закладеністю носа, утрудненням носового дихання, значними водянистими виділеннями, гугнявість і зниженням нюху. На третій стадії гострого риніт виділення стають густими, слизисто-гнійними, їх кількість зменшується, при цьому дитину як і раніше турбує закладеність носа.

Гострий риніт триває 7-10 днів. Як правило, закінчується одужанням. Іноді переходить у хронічний риніт. Може ускладнюватися фарингітом, ларингіт, запаленням придаткових пазух (гайморит, фронтит, етмоїдит), середнім отитом, бронхітом і запаленням легень.

Хронічні риніти – велика група захворювань, які можуть бути викликані різними причинами, відрізняються за клінічним перебігом і вимагають різного підходу до терапії.

Катаральний риніт. Причини катарального риніту – зниження імунного статусу, часті простудні захворювання, високий рівень забруднення у вдихуваному повітрі. Катаральний риніт часто розвивається при хронічних захворюваннях ЛОР-органів (фарингітах, синуситах, хронічних тонзиліті).

Для катарального риніту характерно помірне утруднення носового дихання, зниження нюху, слизові виділення з порожнини носа. Діти відзначають полегшення носового дихання при зміні пози або фізичному навантаженні.

Гіпертрофічний риніт. Для цієї форми хронічного риніту характерно розростання сполучної тканини в носовій порожнині. Уражається переважно задній та нижній кінець середньої та нижньої носової раковини. Гіпертрофічний риніт може розвиватися при аденоїдах, хронічних синуситах, хронічних тонзиліті, постійному хімічному подразненню слизової носової порожнини. Хворих з гіпертрофічним ринітом турбує закладеність носа, яка може бути постійною і яскраво вираженою. Порушення носового дихання стає причиною виникнення головних болів, зниження нюху і слуху, гугнявості голосу.

Атрофічний риніт. У слизовій оболонці переважають процеси атрофії. Причини атрофічного риніту до кінця не з'ясовані. Вважається, що захворювання може бути спровоковане несприятливим кліматом, частими гострими ринітами, існує спадкова схильність до розвитку атрофічного риніту.

Атрофічний риніт проявляється сухістю і утворенням кірок в носі, відчуттям стягування, незначними періодично носовими кровотечами. При поширенні атрофії на нюхову область можливе зниження або втрата нюху.

Алергічний риніт буває:

- цілорічним, причина якого - побутові алергени, а симптоми посилюються в осінньо-зимовий період,
- сезонним, викликаним пилом рослин.

Одним з основних сприяючих до алергії факторів є спадкова обтяженість алергічними захворюваннями. Велике значення також мають: алергічний діатез, штучне вигодовування, забруднене повітря, повторні і нерационально ліковані ГРЗ, харчування консервованими продуктами,

хронічні хвороби травного тракту, дисбактеріоз кишечника, шкіри та слизових.

Клінічна картина алергічного риніту характеризується нападами чхання, рясним виділенням прозорої речовини з носа, закладеністю носа. Дитина дихає через рот. Також з'являється сверблячка в носі, тому дитина морщить ніс, тре його, внаслідок чого з'являється поперечна складка вище кінчика носа. Іноді закладеність носа може бути основним симптомом алергічного риніту. Одночасно можуть бути кон'юнктивіт, одутлість обличчя, темні кола під очима, головний біль, слабкість, алергічні висипання на шкірі. Підвищення температури зазвичай не буває.

Профілактика риніту.

1. Регулярно підтримувати чистоту в зволоженість приміщення.
2. Правильно організувати режим дня і раціон харчування дитини.
3. Активний відпочинок на свіжому повітрі і повноцінне харчування, що виключає всі шкідливі продукти.
4. В осінньо-зимовий період збільшити кількість і різноманітність вітамінізованої їжі і напоїв, а також відварів і настоянок, що підвищують захисну реакцію організму до вірусних інфекцій.

Гострий бронхіт – це запальне захворювання бронхів переважно вірусної етіології. Найчастіше на бронхіт хворіють діти грудного (у II півріччі) і раннього віку.

Етіологія та патогенез. Гострий бронхіт у дітей, як правило, спричиняється вірусами парагрипу, грипу, аденовірусом, вірусом кори, а також мікоплазмою пневмонії, стафілококом, стрептококом, пневмококом. Чинниками, що сприяють захворюванню, є охолодження та перегрівання, забруднене повітря.

Віруси, розмножуються в епітелії дихальних шляхів, ушкоджують його, знижують бар'єрні властивості стінки бронхів і створюють умови для розмноження бактерій та розвитку запального процесу. Респіраторні віруси уражають нервові закінчення, ганглії, порушують нервову регуляцію бронхіального дерева та його трофіку.

У дітей (особливо раннього віку) звуження дихальних шляхів у разі бронхіту зумовлюється набряком слизової оболонки та виділенням секрету в просвіт бронхів і меншою мірою – бронхоспазмом, який характерний для астматичного бронхіту (еквівалента бронхіальної астми). Синдром обструкції (синдром непрохідності респіраторного тракту) може спостерігатися на будь-якому рівні, від глотки до бронхіол.

Клініка. Найголовнішим симптомом бронхіту є тривалий кашель.

Бронхіт клінічно проявляється шумним диханням зі свистячим видихом, який часто чути на відстані від хворого. Гострий бронхіт переважно є проявом гострої вірусної інфекції. Спочатку підвищується температура тіла, з'являються риніт, фарингіт (покашлювання), інколи ларингіт (хрипкий голос), трахеїт (біль за грудиною, сухий болючий кашель), кон'юнктивіт. Кашель сухий, потім стає м'якшим, вологішим. Під час перкусії у легенях визначають ясний легеневий звук з коробковим відтінком, вислуховують сухі, а потім і середньопухирчасті хрипи на видиху, подовжений видих. Хрипи переважно розсіяні, симетричні. Задишка не є вираженою. Профілактика. Первинна профілактика включає раціональний руховий режим, раціональне вигодовування, раннє загартування, обмеження контактів із хворими на ГРВІ, дотримання санітарно-гігієнічного режиму.

3. Гостра пневмонія

Пневмонія – це запальний процес у тканинах легень. У дітей раннього віку часте захворювання пневмонії пов'язана з анатомо-фізіологічними особливостями легень. Недостатня диференціація легень (ацинусів та альвеол), їх сегментів, слабкий розвиток еластичної, м'язової тканини бронхів, надмірна кількість у легеневій тканині кровоносних та лімфатичних судинах, пухкої сполучної тканини сприяють швидкому втягненню в запальний процес легеневої тканини.

У виникненні пневмонії у дітей перших місяців життя мають значення захворювання матері під час вагітності, важкі пологи, внутрішньоутробна асфіксія, внутрішньочерепна травма, недоношеність, внутрішньоутробне інфікування, ателектази (від грец. ατελής - незакінчений, неповний і грец. εχθασίς - розтягування) - спадання тканини легені або його частини), у немовлят – нераціональне вигодовування, перенесені захворювання, рахіт, гіпотрофія, ексудативний діатез, погані побутові умови.

Етіологія пневмонії у дітей має інфекційний характер. Здебільшого вона є ускладненням ГРВІ. Вірусна інфекція знижує імунологічну реактивність організму та призводить до некротичних змін епітелію дихальних шляхів, відкриваючи доступ бактеріальній флорі.

Збудниками пневмонії є пневмокок, стафілокок, стрептокок, гемофільна паличка, кишкова паличка, пневмоцисти, мікоплазма, хламіда.

Важкий перебіг пневмонії зумовлений змішаною флорою – бактеріально-бактеріальною (стафілокок з гемофільною паличкою), вірусно-бактеріальною.

Вогнищева пневмонія найчастіше зустрічається у дітей. Перебіг її має

деякі відмінності у дітей раннього, дошкільного та шкільного віку.

Клініка. Початок пневмонії може бути поступовим або раптовим. У дитини з ГРВІ наприкінці тижня нарастають ознаки інтоксикації, підвищення температури тіла, головний біль, погіршення апетиту, в'ялість, розлад сну, тахікардія. Посилюється вологий кашель, з'являється задишка. Спостерігається блідість шкіри, інколи пероральний ціаноз. Над легень виявляють локальні фізичні зміни: ослаблене або жорстке дихання, крепітаційні та голосні дрібнопухирчасті хрипи.

Профілактика. Найбільш ефективним способом профілактики пневмонії є вакцинація проти таких інфекцій як пневмокок, гемофільна інфекція, кір, коклюш, які входять до складу основних щеплень у дитячому віці, передбачених календарем профілактичних щеплень.

Бронхіальна астма – хронічне рецидивуюче захворювання трахеобронхіального дерева, що характеризується нападами ядухи (спазм, набряк слизової, гіперсекреція), і в основі якого лежить генетична схильність до алергії. Згідно з даними ВООЗ, поширеність бронхіальної астми серед дітей складає 10%, спричиняючи значну смертність: від 1 до 35 на 100000 дітей.

Кількість дітей, що страждають на бронхіальну астму, постійно зростає. Симптоми цього захворювання непросто розпізнати. Найбільш поширені симптоми – це кашель (особливо під час сну), скарги дитини на втому (після фізичних навантажень) і відчуття напруги в грудях.

Під час нападу бронхіальної астми повітроносні шляхи запалені і від цього зменшується потік повітря. Ускладнюється це ще в'язким слизом і скороченням м'язів.

Етіологія. Пусковими механізмами можуть бути шерсть тварини, забруднене повітря, вірусні інфекції, цвіль, квітковий пилок і фізичні навантаження.

Бронхіальна астма у дітей є хронічним станом і його можна лікувати вдома, але при сильних загостреннях, що загрожують життю дитини - необхідно негайно звернутися до лікаря.

Симптоми.

- дитина бореться за вдих, при цьому в неї роздуті ніздрі або втягнуті ребра;

- не може розмовляти, оскільки повністю зайнята диханням;
- намагаючись зробити вдих, сидить нахилена вперед;
- від пиття і приймання їжі відмовляється;
- при черговому вдиху, чути звук, бурчання від напруги;
- дитина не встає і не ходить, вона сидить, при цьому намагаючись

дихати;

- після закінчення 15 хвилин, після прийняття засобу, що розширює дихальні шляхи, дитина не відчуває полегшення.

Бронхіальна астма – загроза життю дитини, тому необхідно довести до відома всіх, хто контактує з дитиною, що потрібно робити, якщо у неї з'являться симптоми захворювання і де знаходяться ліки, у тому числі і дошкільний персонал.

Дитину потрібно навчити користуватися інгалятором, щоб вона зрозуміла, куди і як мають надійти ліки, так як часто діти вживають їх неправильно і основна доза ліків залишається в горлі і в роті.

Необхідно навчити дитину дихальним вправам, які допоможуть їй правильно і якісно використовувати інгалятор у потрібний момент.

Профілактика. У будинку потрібно застосувати заходи проти алергії, тому що 90% дітей, які хворіють на бронхіальну астму, страждають і від алергії. Бажано щоб дитина взагалі не контактувала з домашніми тваринами. Не допускати в домі куріння і так само диму печей та камінів з дровами.

Круп - це гостре запалення гортані та звуження її просвіту, супроводжується періодичною появою хриплого голосу, «гавкаючим» кашлем та утрудненим диханням.

Етіологія та патогенез. Розрізняють істинний круп, який зустрічається при дифтерії, та несправжній круп - при гострих респіраторних інфекціях, грипі тощо. Завдяки щепленням проти дифтерії справжній круп зустрічається дуже рідко.

При крупі через запалення виникає розбухання слизової оболонки глотки та носових проходів, що утруднює дихання і викликає появу «гавкаючого» кашлю та гучного дихання. Круп зустрічається переважно у дітей у віці від 1 до 6 років, але особливо небезпечний для маленьких дітей, бо може призвести до смерті.

На відміну від дифтерійного крупу, несправжній круп виникає раптово частіше взимку або навесні у вечірні або нічні години. У деяких схильних до алергії дітей круп виникає при кожній застуді. Найчастіше дитина лягає спати здоровою або з незначним нежитем, а вночі раптово прокидається з грубим кашлем, може також розвинути ядуха.

Симптоми. У легких випадках з'являється хриплий голос, у спокої дихання рівне, тільки при фізичному навантаженні з'являється задишка. Потім дитина стає неспокійною, то сідає, то лягає, шукаючи зручне положення, відмічаються різкі рухи в ділянці ключиць або під ребрами, губи та нігті на пальцях синіють, шкіра дитини набуває нездорового кольору. Дитина має дуже хворий вигляд незалежно від ступеня утруднення дихання.

Часто діти налякані, неспокійні, що ще більше посилює задишку.

При появі перших ознак крупу необхідно негайно викликати «швидку допомогу».

Перша допомога. Не панікувати, заспокоїти дитину, пам'ятати - збудження, неспокій підсилюють спазм м'язів гортані та погіршують стан.

До приїзду лікаря тримати дитину в теплі, забезпечити вдихання вологим повітрям. Віднести дитину до ванної кімнати, зачинити двері, відкрити душ або кран з гарячою водою, дати кімнаті наповнитися паром. При відсутності ванної зробити пару за допомогою електричного чайника або в каструлі на гарячій плиті, для збільшення кількості пари біля дитини можна над каструлею тримати розкриту парасольку.

Дати випити дитині теплого чаю (можна заварити його з м'ятою), молока із содою або лужної мінеральної води типу «Боржомі» без газу. Не обмежувати дитину у вживанні рідини, головне, щоб вона обов'язково була теплою.

Профілактика. Специфічна профілактика крупу проводиться шляхом масової вакцинації дітей, починаючи з трьох місяців життя. Помилковий круп не має специфічних заходів профілактики. У його попередженні важлива роль відводиться підвищенню захисних сил організму (правильне харчування, загартовування і здоровий спосіб життя), своєчасно лікуванню запальних захворювань носоглотки і інфекцій верхніх дихальних шляхів.

4. Аденоїди

Аденоїди – це збільшення третьої носоглоткової мигдалини, що може протікати як ізольовано, так і спільно зі збільшенням лімфоїдної тканини глотки, що і викликає аденоидит у дітей.

Етіологія. У дитячому віці глоткова мигдалина добре розвинена. Приблизно з 12 років вона стає менше. Саме тому аденоидит у дітей найчастіше спостерігаються від 3 до 10 років.

Патогенез. Дитячі аденоїди, як правило, розвиваються внаслідок інфекційних захворювань і вірусних захворювань верхніх дихальних шляхів. Ознаки хвороби у дитини цілком можна визначити за його станом. Дуже важливо вчасно обчислити аденоїди.

Симптоми:

- рясно виділяється слизовий секрет з носа, заповнює носові ходи, стікає в носоглотку;
- у дитини виникає постійне не тільки бажання звільнити ніс від секрету, але і постійний стан першіння, «поперхування»;

- дитина спить з відкритим ротом, сон неспокійний, супроводжується гучним хропінням;
- спотворення мови, голос втрачає звучність, приймає гугнявий відтінок.

При ранньому аденоїдиті дитина довго не починає говорити або погано говорить, або намагається не говорити. Отже, дитина не може розповісти про біль, починає часто плакати. Внаслідок цього, лікування аденоїдів у дитини починається досить пізно.

Якщо дитині вчасно надана професійна лікарська допомога, то в підлітковому віці (13-14 років) аденоїдна тканина самостійно зменшується до незначних розмірів і запалення аденоїдів не повторюється. Проте одноразові випадки хвороби, зустрічаються рідко, і навіть оперативне втручання не може виключити рецидив хвороби.

Симптоми хронічної хвороби різноманітні і досить помітні. У дитини спостерігається тривалий нежить, аденоїди набухають. Постійні виділення слизистого секрету з носа викликають почервоніння шкіри. Також може виникнути екзема. Рот постійно відкритий не тільки вночі, але і вдень. Нижня щелепа відвисає, носогубні складки згладжуються. У результаті тривалого утрудненого носового дихання у дітей деформується навіть грудна клітка: стає сплющеною і запалою. Аденоїди у дитини часто викликають порушення діяльності шлунково-кишкового тракту. У дитини може розвинути анемія. З'являється також нічне нетримання сечі. Дуже часто при аденоїдиті розвиваються астматичні напади.

Профілактика. Необхідно зміцнювати імунітет з самого народження. Загартовування, раціональне харчування, правильний режим дня, фізкультура і свіже повітря - основні чинники для попередження виникнення аденоїдів. Стежити за повноцінним сном дошкільника - оптимальна тривалість сну 10 – 11 годин.. У дитячій спальній повинно бути тихо, а саме приміщення перед сном необхідно провітрити. Незадовго до сну дитині слід дати заспокоїтися - це означає, що перегляд телевізора, гри на комп'ютері, читання книг найкраще виключити.

5. Вроджені вади губ і піднебіння

У середньому в Україні кожний рік народжується близько 600 дітей із вродженими вадами щелепно-лищевої ділянки. Тенденції до значного зниження кількості таких дітей не передбачається, оскільки екологічні, економічні, соціальні та інші умови, що впливають на здоров'я батьків і їх дітей, не поліпшуються.

Етіологія. Виникнення цієї вади зумовлюють екзо- та ендогенні

чинники. До екзогенних слід віднести фізичні (радіоактивне випромінювання, іонізуюча радіація; механічна дія на плід – внутрішньоматковий тиск, пухлини матки, підвищення температури тіла вагітної), хімічні (професійна шкідливість), біологічні (віруси грипу, епідемічного паротиту, червоної висипки; гіпоксія плода), порушення екологічної рівноваги, яке має тератогенну дію на організм плода (загазованість атмосфери, інтенсивний розвиток хімічної індустрії, наявність пестицидів у продуктах харчування).

Клініка. Клінічна картина вроджених незрощень губи має характерні ознаки і звичайно не викликає труднощів під час постановки діагнозу. За наявності ізольованих прихованих незрощень губи дефект і деформація м'яких тканин найменша, навіть іноді це лише утягнутість шкіри у проекції колонки верхньої губи. Незрощення є частковим за наявності дна носового ходу. У разі наскрізних дефектів верхньої губи клінічна картина обтяжується.

Однобічні ізольовані незрощення верхньої губи виявляються у вигляді дефекту верхньої губи з одного чи іншого боку. У такому разі червона облямівка складається з двох фрагментів, на більшому фрагменті вона піднімається на 1/3-1/2 висоти верхньої губи, а іноді й більше. Колонка верхньої губи на незрощеному боці розділена також на дві частини, висота колонки на великому фрагменті завжди зменшена, а на малому – майже нормальна.

Вродженні незрощення піднебіння. Ця патологія з'являється при затримці розвитку піднебінних відростків. Тому вони не з'єднуються з сошніком. Від часу зупинки розвитку піднебіння залежать клінічні форми, серед яких відмічають неповне розщеплення піднебіння, яке не доходить до переднього краю щелепи, і повне розщеплення з незарощенням альвеолярного відростку верхньої щелепи. Повне незарощення піднебіння співпадає з незарощенням верхньої губи. Розрізняють одно- і двобічне розщеплення піднебіння. При повному двобічному незарощенні видно леміш і хоани. Може бути недорозвинута верхня щелепа, коротке або недорозвинуте м'яке піднебіння. Часткове незарощення поширюється найчастіше на м'яке піднебіння. Іноді розщеплений тільки язичок піднебіння. В деяких випадках буває незарощення м'якого і частково твердого піднебіння.

Діагноз встановлюється при першому огляді рота дитини. Годування стає неможливим. Молоко виливається через ніс, дитина поперхується. Порушується правильне дихання, що призводить до інфікування дихальних шляхів. Аспірація молока викликає пневмонію. Уражається середнє вухо. Надалі це призводить до порушення формування мови. Ще з пологового

будинку дитину привчають до годування з ложечки або смоктання через ортопедичну соску.

Лікування вроджених вад губ і піднебіння оперативне.

Вада розвитку вуздечки язика проявляється зменшенням довжини та нетиповим місцем прикріплення «ніжок», а також зміною товщини її. Вона може бути представлена як складкою слизової оболонки (тонка вуздечка), так і міцними тяжами зі вплетенням сполучнотканинних та м'язових волокон.

У нормі вуздечка язика прикріплюється на 1 – 1,5 см нижче від його верхівки. Друга точка прикріплення – у ділянці дна ротової порожнини по присередній лінії за під'язиковими сосочками. Частіше аномалії вуздечки язика проявляються прикріпленням її у нетиповому місці, значною враженістю тяжа та зменшенням довжини аж до зрощення з дном ротової порожнини. Усе це обмежує рухи або призводить до нерухомості (контрактури) язика та неприродного розташування його. У разі короткої вуздечки язика спостерігається 2 варіанти прикріплення її:

1) до верхівки язика та тканин дна ротової порожнини допереду від під'язикових сосочків;

2) до верхівки язика та коміркового відростка.

Скарги. Скарги батьків різні і залежать від віку дитини:

1. З перших днів життя дитини – на порушення акту ссання. Одне годування триває 50–60 хв, дитина стомлюється, плаче, засинає біля груді, ковтає багато повітря. Часто немовлят з короткою вуздечкою язика переводять на штучне вигодовування через те, що вони відмовляються ссати грудь.

2. У віці 6–9 міс – на помітне відставання у рості фронтальної ділянки нижньої щелепи за наявності сполучнотканинних та м'язових елементів у вуздечці язика.

3. У 5–6-річному віці – на порушення вимови (частіше діти не вимовляють букви «р» та «л»).

4. У 7–9-річному віці – на неправильне розташування фронтальних зубів на нижній щелепі, порушення прикусу, а в разі прикріплення вуздечки до ясенного краю нижньої щелепи виникають скарги на запалення ясен у ділянці фронтальних зубів її, кровотечу з ясен під час чищення зубів та вживання їжі. Іноді можливий розрив вуздечки (у разі надмірних рухів язиком), тоді скарги будуть на наявність короткочасної кровотечі та біль у місці розриву вуздечки.

Клініка. У немовлят вуздечка язика представлена лише слизовою оболонкою, тому вона тонка і коротка. У дітей більш старшого віку під час огляду ротової порожнини – язик звичайних розмірів, рухи його обмежені.

Кінчиком язика торкнутися піднебіння та облизати верхню губу дитина не може, а під час спроби зробити це може виявлятися роздвоєння кінчика язика. Вузечка язика частіше коротка, представлена щільним сполучнотканинним тяжем або дублікатурою слизової оболонки, місця прикріплення її зміщені зовнішньо. Іноді вона практично відсутня, тобто язик прирощений до дна тканин ротової порожнини, що спричиняє його контрактуру.

З віком виявляється деформація фронтального відділу нижньої щелепи, неправильне розташування зубів у цій ділянці, дистальний прикус. Нерідко виражені явища локального пародонтиту в ділянці названої групи зубів – набряклі ясна, що легко кровоточать і відстають від шийок зубів, зубоясенні кишені з нальотом та неприємним запахом тощо.

Контрольні питання

1. Ознайомтесь із загальними відомостями про органи дихання. З'ясуйте типи дихання.
2. Охарактеризуйте:
 - Гострий бронхіт: етіологія, патогенез клініка, профілактика.
 - Гостра пневмонія: етіологія, патогенез клініка, профілактика.
 - Бронхіальна астма: етіологія, патогенез клініка, профілактика.
 - Круп: етіологія, патогенез клініка, профілактика.
 - Вроджені щілини губи і піднебіння (так звані «заяча губа» і «вовча паща»): причини, лікування.
3. Назвіть причини виникнення *вроджених вад губ і піднебіння*

Література

1. Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. / И. И. Ермакова– М., 1984.
2. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. / Ю.Ф. Исаков - Москва: Медицина, 1983.- С. 306-310.
3. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия. / А. Г. Ипполитова – М., 1983.
4. Леонтьева Н.Н. Анатомия и физиология детского организма. / Н.Н. Леонтьева, К.В. Маринова– М., 1976.
5. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л.С.Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. Изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 704 с.
6. Терапедия человека / Под редакцией Г.И. Лазюка.- Москва: Медицина, 1979.- С. 92-93.
7. Хрестоматия по логопедии / Под ред. – Л. С. Волковой, В. И. Селивертова. М., 1997. – Ч. I. – С. 120–162.

2.4. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ТРАВНОЇ СИСТЕМИ

1. Особливості будови органів травлення дітей дошкільного віку.
2. Захворювання органів травної системи у дітей:
 - 2.1. Стоматит.
 - 2.2. Апендицит.
 - 2.3. Кишкова інвагінація.
 - 2.4. Пупкова та пахова грижі у дітей.
 - 2.5. Копростаз.
 - 2.6. Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів.
 - 2.7. Ентероколіт.
3. Хвороби вітамінної недостатності.: види, патології, ознаки, допомога.

1. Особливості будови органів травлення дітей дошкільного віку

Органи травлення в дітей мають певні анатомофізіологічні особливості, що обумовлюють особливості вигодовування, а також специфіку патології цієї системи, яка посідає одне з провідних місць у захворюваності як немовлят, так і дітей старшого віку.

Усі відділи травної системи в немовлят пристосовані до природного вигодовування молоком матері. Ротова порожнина в дитини на 1-му році життя відносно мала, язик відносно великий, піднебіння сплюснене. Добре виражені жирові тіла щік, валикоподібні стовщення на яснах, поперечні складки на слизовій оболонці губ, які також мають велике значення для акту ссання. Слизова оболонка ротової порожнини сухувата, багата на кровоносні судини, дуже уразлива. Секрецію слини забезпечують піднижньощелепні, під'язикова, привушна і численні дрібні залози. У перші 3 місяці життя секреція слини незначна, однак під її впливом у ротовій порожнині вже починається перетравлення вуглеводів і згортання казеїну молока.

Стравохід у дітей різного віку має дещо лійкоподібну форму. Стравохідні залози не досить розвинені, в перші місяці їх майже немає. Слизова оболонка стравоходу ніжна, багата на судини, еластична тканина і м'язовий шар розвинені слабо. Довжина стравоходу у новонародженого становить близько 10 см, в однорічної дитини – 12 см, у віці 5 років – 16 см, 10 років – 18 см, у підлітків досягає 25 см. Вона дорівнює приблизно половині довжини тулуба новонародженого і чверті – дорослого. Відстань від зубів до вхідної

частини шлунка приблизно становить $\frac{1}{5}$ довжини тіла плюс 6,3 см.

Шлунок у новонародженої дитини круглий, ємкість його 30-35 мл, у віці 7-11 років шлунок схожий за формою на шлунок дорослого, ємкість його зростає до 1020 мл. Рухова функція шлунка складається з перистальтичних рухів і періодичних змикань і розмикань воротаря. Кислотність і ферментативна активність залоз шлунка низька, але $\frac{1}{3}$ жиру (емульгованого молочною ліпазою) гідролізується в шлунку під дією шлункової ліпази. У шлунку частково гідролізується білок переважно за рахунок таких протеолітичних ферментів, як хімосин (ренін, лабфермент, сичуговий фермент), гастрин; всмоктується незначна кількість солі, води, глюкози.

Шлунок – найбільш розширена частина травного каналу, в якій харчові речовини зазнають механічної і хімічної обробки і перетворюються в напіврідкий гомогенізований хімус, що надходить у дванадцятипалу кишку. Форма шлунка змінюється залежно від віку дитини, кількості вмісту, функціонального стану самого шлунка і органів, що оточують його, режиму харчування. У новонародженого шлунок круглий, до 1 року набуває довгастої форми, до 7-11 років – схожий за формою на шлунок дорослого. Умовно розрізняють форму гачка і рога. Ємність шлунка у новонародженого 30–35 мл, у віці 3 міс – 100 мл, в 1 рік – 250–300 мл, у 2 роки – 300–400 мл, у 8 років – 1020 мл.

Шлунок міститься в лівому підребер'ї, воротар – поблизу серединної лінії живота. У дитини першого року життя спостерігається більш горизонтальне положення шлунка. Під впливом наповнення їжею і заковтування повітря при ссанні (фізіологічна аерофагія) він легко змінює свою форму.

Рухова функція шлунка складається з перистальтичних рухів, періодичних замикань і розмикань воротаря. У грудному віці нерідко спостерігається його спазм, що проявляється як блювання фонтаном, при якому кількість блювотних мас перевищує вміст одноразово висмоктаного молока.

При вигодовуванні грудним молоком шлунок спорожнюється через 2-3 год, коров'ячим молоком – через 3-4 год. Вода затримується в шлунку близько 1-1,5 год. Білки та жири гальмують опорожнення шлунка. Тому при грудному вигодовуванні оптимальні проміжки між прийманнями їжі становлять 3–3,5 год.

У шлунку відбувається обмежене всмоктування води, солей, глюкози і продуктів часткового розщеплення білка, основної клітинної маси крохмалю до мальтози, руйнування клітинних оболонок. Гідроліз усіх харчових речовин завершується в тонкій кишці.

Підшлункова залоза є головною залозою травного тракту, її секреція особливо швидко зростає після введення підгодовування (прикорму) і досягає рівня дорослої людини у віці 5 років. Головні ферменти підшлункового соку: трипсин, хімотрипсин, діастаза, амілаза, ліпаза, фосфоліпаза, інкреторний інсулін.

Печінка дитини має відносно більші розміри, становить 4-4,4 % маси тіла, має не досить розвинену сполучну тканину і погано розмежовані часточки, функціонально незріла. Добре проявляється функція глікогенутворення і недостатньо – дезінтоксикаційна. Печінка бере участь у процесах травлення, кровотворення, кровообігу та обміну речовин. Жовч у перші місяці життя дитини утворюється в невеликій кількості, містить небагато жовчних кислот (що інколи призводить у новонароджених до стеатореї), багато води, муцину, пігментів; у новонароджених також багато сечовини. Вона також містить більше таурохолової кислоти, ніж глікохолової, що посилює її бактерицидні властивості, стимулює секрецію підшлункової залози, посилює перистальтику товстої кишки.

Розвиток печінкових клітин до 6-8 років ще не закінчується. Печінка іннервується блукаючим і симпатичним нервами, функція її регулюється корою великого мозку. Особливості анатомічної будови і функціональна незрілість зумовлюють ураження печінки патологічним процесом при інфекціях та інтоксикаціях у дітей раннього віку.

Селезінка відіграє певну роль у процесі травлення, проте є важливим органом кровотворення. У дитячому віці перекладки селезінки ніжніші і багатші на клітинні елементи, ніж у дорослого, її будова ще не закінчена.

Кишечник дитини грудного віку відносно довший, ніж у дорослого, він у 6 разів більший за довжину її тіла. Слизова оболонка кишок ніжна, багата на ворсинки, кровоносні судини, клітинні елементи. Лімфатичні вузлики добре розвинені. Сліпа кишка і червоподібний відросток рухомі, низхідний відділ товстої кишки довший, ніж висхідний. Пряма кишка відносно довга, має слабо фіксовані слизову і підслизову оболонки. Кишки дитини виконують травну, рухову і всмоктувальну функції. Кишковий сік менш активний, порівняно з соком дорослої людини, він має слабкокисло або нейтральну реакцію, згодом – лужну. Містить ферменти ентерокиназу, лужну фосфатазу, амілазу, лактазу, мальтазу, інвертазу, згодом – ліпазу. Продукти гідролізу, які утворюються внаслідок порожнинного (дистантного) та мембранного (пристінкового) травлення, всмоктуються всіма відділами тонкої кишки, на відміну від дорослих. Велике значення в дитячому віці має внутрішньоклітинне травлення з легким переходом лактоглобулінів молока в незмінену стані в кров. У товстій кишці всмоктується вода, формуються

калові маси, відбувається секреція слизу. Особливістю кишок у дітей є відносно слабка, але довга брижа, що створює сприятливі умови для розвитку інвагінації.

Рухова функція (моторика) кишок складається з маятникоподібних рухів у довжину і перистальтичних рухів, їжа в кишках переміщується і просувається в напрямі до відхідника (ануса). У товстій кишці відбуваються антиперистальтичні рухи, які формують калові маси. У немовлят енергійніша моторика кишок сприяє рефлексорній дефекації, яка з кінця першого року життя стає довільною.

Всмоктування харчових речовин у кишках є найважливішою функцією травного каналу. Білки всмоктуються у вигляді амінокислот, найінтенсивніше – в дванадцятипалій кишці. У новонароджених дітей з алергічними захворюваннями можуть всмоктуватись і нерозщеплені білки. Перетравлювання і всмоктування жиру у формі жирних кислот найбільш інтенсивно відбуваються в порожній кишці. Вуглеводи засвоюються у вигляді моносахаридів. Глюкоза повністю всмоктується в процесі її проходження по дванадцятипалій кишці і 100 см порожньої кишки. У тонкій кишці всмоктуються вітаміни, мінеральні речовини. Кальцій і залізо переважно абсорбуються в дванадцятипалій і проксимальному відділі порожньої кишки, магній – на всьому протязі тонкої кишки. У товстій кишці в основному всмоктуються фосфор, частково вода, формуються калові маси. У дітей грудного віку у товстій кишці переважають процеси бродіння.

2. Захворювання органів травної системи у дітей

2.1. Стоматит - захворювання слизової оболонки порожнини рота. Найбільш часто зустрічається у дітей до 5 років.

Етіологія і патогенез. Причиною стоматиту може бути інфекція (вірусна, бактеріальна, грибова). У цьому випадку захворювання заразне і може передаватися іншим дітям при спілкуванні, через іграшки, предмети гігієни, загальний посуд.

Стоматит може бути травматичного характеру (пошкодження іграшкою, гарячою їжею, травмування неба пустушкою), а також носити загальний симптоматичний характер при загальних захворюваннях організму.

Симптоми. При стоматиті дитину дуже часто турбує біль у роті. У дитини погіршується самопочуття (стає вередливою, погано спить, загальна слабкість), часто підвищується температура тіла, знижується апетит або дитина відмовляється від їжі, так як боляче приймати їжу.

Слизова оболонка рота стає яскраво-червоною припухлою, а на внутрішній поверхні щік і губ, яснах, твердому піднебінні з'являються хворобливі бульбашки або виразки, які можуть бути покриті нальотом. Ясна припухають, можуть кровоточити. Нерідко з'являється неприємний запах з рота. Спостерігається збільшення і болючість підщелепних лімфатичних вузлів.

При виникненні стоматиту у дитини треба відразу починати лікування.

Харчування при стоматиті.

1. Їжа повинна бути теплою, рідкою або протертою консистенції (овочеві відвари, м'ясні, нежирні).

2. Виключити все солоне, кисле, смажене.

3. Дотримуватися перерви в годуванні для можливості дії лік і більш рідкісного травмування слизової оболонки (запалена слизова болюча і легко ранима).

4. Давати дитині більше і частіше пити, можна в будь-який час, але не відразу після обробки слизової ліками.

Харчування та лікування дитині при стоматиті, повинен призначити лікар, в кожному конкретному випадку.

При інфекційному стоматиті необхідно виділити хворій дитині окремий посуд, рушник, іграшки. Часто провітрювати кімнату, кожен день робити вологе прибирання, гігієна порожнини рота. Після їжі промивати дитині рот (теплою, кип'яченою водою, розчином питної соди, чаєм).

2.2. Апендицит. Більшість дітей з болем у животі направляють у стаціонари з діагнозом: гострий апендицит. Тому диференціальний діагноз доцільно проводити саме в цьому аспекті.

Етіологія. Апендицит – захворювання, що зумовлюється запаленням апендикса – червоподібного відростка сліпої кишки; спричиняється мікроорганізмами (головним чином – кишковою паличкою, стафілококом, стрептококом), які проникають в стінку відростка здебільшого з порожнини кишечника (рідше потрапляють з крові або лімфи).

Патогенез. Поширене захворювання дитячого віку, клінічний перебіг якого більш важкий, ніж у дорослих, а діагностика значно складніша. У грудних дітей захворювання спостерігається рідко, потім частота його збільшується і стає найбільшою у віці 9-12 років. Гострий апендицит у дітей характеризується малою специфічністю клінічної картини, швидким розвитком, раннім настанням ускладнень (частіше розлитим перитонітом).

Симптоми. Клінічні прояви гострого апендициту дітей старшого віку на відміну від хворих 3-4-річного віку схожі з такими у дорослих. У

маленьких дітей апендицит починається з загальних явищ: діти стають неспокійними, примхливими, порушується сон. Зазвичай дитина вказує на локалізацію болю в області навколо пупка. Незабаром після виникнення болю з'являються нудота, блювота (вона буває багато разів). Більш ніж у 10% хворих відзначаються рідкі випорожнення, іноді зі слизом. Температура зазвичай підвищується (рідко вище 38°C). Симптом розбіжності частоти пульсу і температури у дітей зустрічається рідко і, як правило, спостерігається при важких гнійних перитонітах. Дитина при гострому апендициті малорухома, часто займає положення в ліжку на правому боці з приведеними до живота ногами. При огляді виявляється характерне місце найбільшої болючості, пасивне напруження м'язів внизу живота справа, позитивний симптом Щоткіна-Блюмберга. При важкій інтоксикації, особливо при гангренозному апендициті, напруга м'язів живота може бути відсутньою.

Перша допомога. Всі хворі з підозрою на апендицит мають потребу в терміновій госпіталізації. Для цього потрібно викликати «швидку допомогу». Не можна робити хворому клізму, класти на живіт грілку, давати знеболюючі ліки і їжу. Важливо, щоб хворий потрапив у хірургічне відділення, перш ніж розв'яжуться ускладнення (прорив апендикса й перитоніт).

2.3. Кишкова інвагінація – форма кишкової непрохідності, при якій одна кишкова петля входить в іншу. Зустрічається переважно у дітей грудного віку (90%) і особливо часто - у віці від 4 до 9 міс. Хлопчики хворіють в 2 рази частіше дівчаток. У дітей старше року інвагінація спостерігається рідко.

Симптоми. Інвагінація в більшості випадків починається раптово. Дитина стає неспокійною, кричить, плаче, блідне, відмовляється від їжі. Напад занепокоєння закінчується так само раптово, як і починається, але через деякий час повторюється. У світлий проміжок дитина заспокоюється (період затишшя триває 3-10 хв). Невдовзі з'являється блювота, спочатку залишками їжі, потім з домішкою жовчі і, нарешті, кишковим вмістом з каловим запахом. Температура частіше нормальна. У перші години захворювання випорожнення можуть бути нормальними, через деякий час з прямої кишки замість калових мас відходить кров, перемішана із слизом. Найчастіше кров з'являється не раніше ніж через 6 годин від початку першого нападу болю в животі. У ряді випадків виділення крові може бути відсутнім протягом усього періоду хвороби.

Перша допомога. Хворий з кишковою непрохідністю повинен бути доставлений у стаціонар якнайшвидше. Для деяких форм цього захворювання важлива кожна хвилина. Спостереження в домашніх умовах,

прийом знеболюючих ліків створює ілюзію поліпшення й змазує клінічну картину. При деяких формах кишкової непрохідності вже через кілька годин розвивається омертвіння защемленої кишки, і тоді шанси хворого вижити після операції істотно падають. А при закупорці кишечника розвивається параліч кишкової мускулатури, і після усунення перешкоди робота кишечника відновлюється не у всіх хворих.

Заворот шлунка розвивається у дітей при парезі діафрагми і створенні умов для формування діафрагмальної грижі. У дитини з'являється різкий колькоподібний біль у животі, що супроводжується загальним занепокоєнням, блювотою з домішкою крові, визначається сильне розтягування і здуття шлунка, падіння артеріального тиску. Стан дитини швидко погіршується. Госпіталізація екстрена, потрібне екстрене хірургічне втручання.

2.4. Пупкова та пахова грижі у дітей

Пупкова грижа - дефект сухожильного апоневроза в області пупка.

Етіологія. Пупкова грижа виникає в наслідок незакриття пупкового отвору поперечною фасцією. Дефект апоневрозу може бути виявлений при профілактичних оглядах і звичайно не викликає занепокоєння дитини.

Патогенез. При великому дефекті в грижовий мішок може виходити кишка або пасмо сальника, що в свою чергу, може привести до неприємних відчуттів у дитини. Випадки обмеження внутрішніх органів при пупкової грижі дуже рідкісні, але вимагають термінового оперативного лікування. До 5 років пупкову грижу не оперують, так як існує можливість самостійного закриття дефекту. Винятком є пупкові грижі великих розмірів, що призводять до розладів травлення, болів і неспокою.

Операція виконується з косметично міні-доступу в самому пупку, що дозволяє досягти відсутності сліду від операції.

Вроджена пахова грижа розвивається переважно в грудному віці і до 2-го року життя. Відзначаються загальне занепокоєння, «немотивований» крик, блідість, пітливість, з'являється блювота. При огляді дитини визначається наявність грижі, вміст грижового мішка стає щільним, чутливим при пальпації, не вправляється. У запущених випадках з'являються ознаки непрохідності кишечника: здуття живота, багаторазова блювота, затримка випорожнення і газів. Гангрена кишкової стінки - явище рідкісне, частіше має місце венозний стаз ущемлених органів.

Госпіталізація у всіх випадках защемленої грижі екстрена в хірургічне відділення.

2.5. Копростаз

Етіологія і патогенез. Копростаз - скупчення калових мас (частіше в термінальних ділянках тонкої або товстої кишки) супроводжується колікоподібним або різким переймоподібним болем у животі.

Симптоми. Нерідко страждає загальне самопочуття: з'являється слабкість, нудота, блювота, блідість, підвищується температура. При пальпації визначаються щільне утворення або калові конгломерати по ходу кишечника.

2.6. Захворювання печінки та жовчовивідних шляхів

Аномалії розвитку жовчного міхура та жовчних протоків. Атрезія (вроджена відсутність або набуте зрощення) жовчних протоків, подвійний жовчний міхур, відсутність жовчного міхура, варіанти атипового впадання жовчних протоків у дітей можуть стати причиною болю в животі. Напади болю в животі повторюються і служать іноді приводом для госпіталізації дітей у хірургічне відділення з підозрою на апендицит.

Симптоми. Зазвичай біль середньої інтенсивності, локалізується у верхній правій половині живота, нерідко іррадіює в плече, шию, лопатку, може супроводжуватися нудотою, блювотою.

Дискінезія жовчного міхура і жовчовивідних шляхів.

Порушення евакуаторної функції - найбільш часта патологія у дітей при захворюваннях жовчовивідної системи.

Симптоми. Для гіпертонічної дискінезії характерний нападopodobний біль (переймоподібний, колючий, ріжучий), як правило, короточасний. Біль при гіпотонічних дискінезіях носить постійний характер (ниючий, що давить, невизначений), біль періодично посилюється, супроводжується відчуттям розпирання в правому підребер'ї, посилюється при пальпації. Турбують нудота, гіркота в роті, зниження апетиту, іноді блювота.

Гострий холецистит – гостре запалення жовчного міхура.

Симптоми. Характеризується раптовим початком, високою температурою (до 38-40 ° С), гострим болем у животі у правому верхньому квадранті, іноді іррадіює в праву руку, праву частину попереку. З'являється нудота і блювота з домішкою жовчі, язик сухий, обкладений сірувато-білим нальотом, живіт помірно роздутий, визначається напруження м'язів передньої черевної стінки. Участь живота, особливо правої половини, в диханні обмежена, з'являються симптоми подразнення очеревини, глибока пальпація неможлива. Діти неспокійні, часто змінюють положення. У дітей

перших років життя переважають загальні прояви хвороби: озноб, відмова від їжі, запор або рідкі випорожнення у поєднанні з болем при пальпації живота у правому підребер'ї. Необхідна госпіталізація в хірургічне відділення.

2.6. Ентероколіт – запалення слизової оболонки тонкої і товстої кишок.

Ентерит – запалення тонкої кишки, *коліт* – товстої кишки.

Якщо одночасно уражається слизова оболонка шлунка, тонкої і товстої кишок, ставлять діагноз гастроентероколіту.

Етіологія і патогенез. Ентероколіт у дітей спричинюють кишкова паличка, ентерококи, стрептококи тощо. Причинами хвороби можуть стати неправильна дієта, інтоксикація, харчова токсикоінфекція. У разі прийому недоброякісної їжі розвивається токсичний ентероколіт. Частіше хворіють діти, що перебувають на штучному вигодовуванні, особливо після якої-небудь хвороби.

Симптоми. Хвороба починається здебільшого гостро. Головною ознакою запалення слизової оболонки кишок є пронос (до 4 – 10 разів на добу). Випорожнення водянисті, зеленого кольору, містять слиз, шматочки неперетравленої їжі. Температура тіла підвищується до 38 – 39 °С, з'являються загальна слабкість, нездужання, блювання, нудота. У дитини різко знижений або відсутній апетит, обкладений язик. У тяжких випадках можуть виникати судоми, потьмарення свідомості. Внаслідок утворення значної кількості газів кишечник здутий, чується буркотіння. Це супроводжується болем. Іноді виникають приступи кишкової кольки (різкий біль у животі), випорожнення бувають пінистими, містять слиз, не мають різкого запаху.

При коліті у дітей раннього віку випорожнення бувають 15 – 20 разів на добу, містять домішки крові та слизу. Помічаються тенезми (несправжні болісні позиви до випорожнення). Звичайно розвивається гнильна диспепсія, а тому випорожнення мають різкий неприємний запах, містять слиз. Проте на відміну від ентериту слиз не перемішаний з каловими масами, а виділяється окремо. При коліті біль у животі набуває переймистого характеру. Часто буває блювання, іноді – потьмарення свідомості. Дитина худне.

Печінка нерідко збільшена та болюча. Найменше порушення дієти, нервові потрясіння призводять до загострення процесу.

За умови своєчасного лікування та правильного догляду дитина видужує. В деяких випадках хвороба переходить у хронічну форму. Тривалий час спостерігаються розлади травлення.

1. Гострий ентероколіт. У грудних дітей виникає часті кашкоподібні, слизові, водянисті випорожнення, що супроводжується болем у животі. Найчастіша причина проносу у грудних дітей - кишкова інфекція. При стафілококових ентеритах відзначають важкий загальний стан, здуття живота, високу температуру, блювоту, ознаки ексікозу (порушення водно-сольового обміну) з інтоксикацією. При вірусних ентеритах на тлі лихоманки, катаральних явищ у носоглотці з'являється болючість в області пупка або внизу живота.

2. Гострий гастрит – запалення слизової оболонки шлунку.

Етіологія та патогенез. Гострий гастрит зустрічається у дітей будь-якого віку. Сприятливі фактори: аліментарні похибки (порушення режиму і раціону харчування, переїдання, недоброякісна їжа), токсикоінфекції, прийом деяких лікарських препаратів (броміди, йодисті препарати), непереносимість окремих продуктів.

Симптоми. У дитини з'являються блювання, іноді повторний, переймоподібний біль в епігастральній ділянці, відчуття тяжкості, повноти, розпирання живота, нудота, загальна слабкість, сухість у роті. При обстеженні відзначаються обкладений язик, бліді шкірні покриви з холодним липким потом, іноді рідкі випорожнення, підвищення температури. Живіт роздутий, визначається біль в епігастрії, симптоми подразнення очеревини відсутні. Діагноз ґрунтується на даних анамнезу та клінічної картини.

3. Хвороби вітамінної недостатності

Вітаміни бувають :

I. Жиророзчинні.

II. Водорозчинні.

Вітаміни відносять до незамінних компонентів харчування. Вміст вітамінів у харчових продуктах значно нижчий, ніж білків, жирів, вуглеводів і не перевищує, як правило, 1-100 мг у 100 г продукту. На відміну від білків, жирів та вуглеводів, вони не можуть бути для людини джерелом енергії, однак є регуляторами життєво важливих функцій організму.

Сучасні дослідження часто виявляють у дітей поєднану вітамінно-мікроелементну недостатність.

Недостатнє надходження вітамінів з їжею чи порушення їх засвоєння у шлунково-кишковому тракті сприяє появі вітамінної недостатності у дітей. Зокрема, до причин виникнення вітамінної недостатності відносять:

- низький вміст вітамінів у добовому раціоні харчування, незбалансованість хімічного складу раціонів;
- порушення оптимального співвідношення між окремими вітамінами;
- втрату і руйнування вітамінів у процесі технологічного та кулінарного

оброблення продуктів харчування, неправильного їх зберігання;

- порушення всмоктування у кишечнику (хвороби шлунково-кишкового тракту);
- порушення синтезу вітамінів групи В і К у кишечнику (зокрема при дисбіотичних порушеннях);
- руйнування вітамінів лікарськими засобами, наприклад через лікування антибіотиками;
- глистяні інвазії;
- інфекційні захворювання;
- стрес.

Симптоми вітамінної недостатності. Нині найбільш розповсюджена форма вітамінної недостатності – це полігіповітаміноз, ознаками якого є:

- значне зниження стійкості організму дітей до дії інфекційних і токсичних чинників;
- уповільнення одужування хворих дітей, у т. ч. дітей з важкими травмами, опіками, після операцій, при інфекціях чи тривалому астенічному синдромі;
- зниження розумової працездатності, ознаками якого є погіршення пам'яті та концентрації уваги;
- відставання дитини у розумовому та фізичному розвитку порівняно зі здоровими однолітками;
- погіршення адаптації до збільшення фізичних навантажень;
- загострення хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів, шлунково-кишкового тракту і гепатобіліарної системи;
- дратівливість, головний біль (через брак тіаміну, аскорбінової кислоти, піридоксину);
- кровоточивість ясен (через брак вітаміну С);
- сухість шкіри (через брак вітамінів А, В₂);
- блідість шкіри (через вітамінозалізодефіцитний стан).

Види вітамінної недостатності:

Гіповітаміноз – різке зниження (але не повне виснаження) запасів одного вітаміну в організмі.

Полігіповітаміноз – недостатність одночасно декількох вітамінів.

Авітаміноз – стан майже повного виснаження вітамінних ресурсів організму.

Профілактика дефіциту вітамінів.

Увесь необхідний для дитини набір вітамінів може надходити до організму тільки за умови використання у меню всіх основних груп продуктів. Помилково вважати, що джерелом вітамінів є лише свіжі овочі та

фрукти. Ця група продуктів дійсно є єдиним джерелом вітаміну С та забезпечує людину вітаміном РР, фолієвою кислотою і β-каротином, але не містить тіаміну, рибофлавіну, ніацину, а також вітамінів В₁₂, Є, D. М'ясо та м'ясні продукти є важливим джерелом вітамінів В₁, В₂, В₆, В₁₂. З молоком та молочними продуктами в організм надходять вітаміни А, В₂; зі злаковими – вітаміни В₁, В₂, В₆, РР, Є; з рослинними жирами – вітамін Є; з тваринними жирами – вітаміни А, D. Тому при складанні меню його необхідно максимально урізноманітнювати.

Однак повністю задовольнити потребу в усіх основних вітамінах тільки за рахунок харчового раціону складно. З метою забезпечення повної відповідності між потребами організму дітей у вітамінах і їх надходженням з їжею проводиться профілактика вітамінної недостатності.

Вітаміни необхідні для таких процесів в організмі людини:

- ріст тканин і кровотворення;
- нормальне функціонування нервової, серцево-судинної систем, системи травлення і залоз внутрішньої секреції;
- підтримання гостроти зору;
- підтримання здоров'я шкіри;
- забезпечення адекватної імунної відповіді;
- забезпечення розумової працездатності, пам'яті та концентрації уваги.

Необхідно щоденно включати до раціону дітей дошкільного віку продукти підвищеної харчової та біологічної цінності, збагачені мікронутрієнтами (табл.1), а також полівітамінні чи вітамінно-мінеральні комплекси. Норми фізіологічної потреби організму у вітамінах наведено у таблиці 2.

Таблиця 1

Основні групи продуктів, збагачених мікронутрієнтами, для харчування дітей дошкільного віку

Група продуктів	Мікронутрієнти	
	Вітаміни, провітаміни	Мінеральні речовини
Хліб і хлібобулочні вироби з пшеничного борошна вищого та першого гатунків	В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , РР, С, фолат, β-каротин	залізо, кальцій, йод
Молоко і кисломолочні продукти	С, А, Е, D, β-каротин, В ₁ , В ₂ , В ₆ , РР, фолат	кальцій, йод, цинк, мідь, залізо
М'ясо та м'ясні продукти	В ₁ , В ₂ , В ₆ , В ₁₂	залізо, цинк, селен, фосфор
Фруктові і овочеві соки, нектари	Е, С, В ₂ , В ₆ , В ₁₂ , РР, фолат	цинк, йод, залізо

Таблиця 2

Добова потреба дітей у вітамінах, мг

Вікова група	А	D	Е	К	В ₁	В ₂	В ₆	Фолат	В ₁₂	РР	С
0-3 місяці	0,4	0,008	3	0,005	0,3	0,4	0,4	0,025	0,0005	5	30
4-6 місяців	0,4	0,01	4	0,008	0,4	0,5	0,5	0,04	0,0005	6	35
7-12 місяців	0,5	0,01	5	0,01	0,5	0,6	0,6	0,06	0,0006	7	40
1-3 роки	0,6	0,01	6	0,015	0,8	0,9	0,9	0,07	0,0007	10	45
4-6 років	0,6	0,01	7	0,02	0,8	1,0	1,1	0,08	0,001	12	50

Види вітамінів у дитячому харчуванні та їхніх функцій в організмі***Жиророзчинні вітаміни:***

Вітамін А відіграє важливу роль у процесах росту і репродукції, диференціюванні епітеліальної і кісткової тканин, підтримці імунітету і зору. Дефіцит вітаміну А призводить до порушення адаптації до сутінок («куряча сліпота» чи гемералогія), ороговіння шкіри; знижує стійкість до інфекцій.

Вітамін D (кальциферол)

Основні функції вітаміну D пов'язані з підтримкою гомеостазу кальцію і фосфору, процесів мінералізації кісткової тканини. Дефіцит вітаміну D призводить до порушення обміну кальцію і фосфору у кістках, посиленню демінералізації кісткової тканини, внаслідок чого підвищується ризик розвитку остеопорозу. Впливає на диференціювання клітин епітеліальної, кісткової, кровотворної та імунної систем.

Вітамін Є представлений групою токоферолів з антиоксидантними властивостями. Це універсальний стабілізатор клітинних мембран; необхідний для функціонування статевих залоз, серцевого м'яза. У разі дефіциту вітаміну Є спостерігається гемоліз еритроцитів, неврологічні порушення.

Вітамін К. Метаболічна роль вітаміну К обумовлена його участю у модифікації низки білків згортальної системи крові і кісткової тканини. Дефіцит вітаміну К призводить до збільшення часу згортання крові, низького вмісту протромбіну у крові.

Водорозчинні вітаміни

Вітамін В₁ (тіамін). Тіамін у формі утвореного з нього тіаміндифосфату входить до складу найважливіших ферментів вуглеводного й енергетичного обміну, що забезпечують організм енергією та пластичними речовинами, а також метаболізму розгалужених амінокислот. Дефіцит цього вітаміну призводить до серйозних порушень нервової, серцево-судинної, ендокринної систем, системи травлення.

Вітамін B₂ (рибофлавін). Рибофлавін у формі коферментів (*невелика небілкова (неамінокислотна) молекула, що вільно зв'язується з ферментом та важлива для його каталітичної активності*) бере участь в окисно-відновних реакціях, сприяє підвищенню сутінкової адаптації і сприйнятливості кольору зоровим аналізатором. Дефіцит вітаміну B₂ супроводжується погіршенням стану шкіри, слизових оболонок, світлового та сутінкового зору.

Вітамін B₆ (піридоксин). Піридоксин у формі своїх коферментів бере участь у перетвореннях амінокислот, метаболізмі триптофану, ліпідів і нуклеїнових кислот, підтримці імунної відповіді, процесах гальмування та збудження у центральній нервовій системі, сприяє нормальному формуванню еритроцитів, стимулює утворення гемоглобіну, сприяє підтримці нормального рівня білків у крові. Дефіцит вітаміну B₆ супроводжується зниженням апетиту, порушенням стану шкіри, розвитком гомоцистеїнемії, анемії.

Фолат (фолієва кислота). Фолат як кофермент бере участь у метаболізмі нуклеїнових кислот і амінокислот. Дефіцит фолату призводить до порушення синтезу нуклеїнових кислот і білка, внаслідок чого гальмується ріст і ділення клітин, особливо у швидкопроліферуючих тканинах: кістковий мозок, епітелій кишечника тощо. Між рівнем фолату, гомоцистеїну і ризиком виникнення серцево-судинних захворювань існує виражений зв'язок.

Вітамін B₁₂ (кобаламін). Вітамін B₁₂ відіграє важливу роль у метаболізмі та перетвореннях амінокислот. Фолат і кобаламін є взаємопов'язаними вітамінами, що беруть участь у кровотворенні. Дефіцит вітаміну B₁₂ призводить до розвитку часткової або вторинної недостатності фолатів, а також анемії, лейкопенії, тромбоцитопенії.

Вітамін PP (ніацин). Ніацин як кофермент бере участь в окисно-відновних реакціях енергетичного метаболізму. Недостатнє споживання вітаміну PP супроводжується погіршенням стану шкіри, шлунково-кишкового тракту та нервової системи.

Вітамін B₅ (пантотенова кислота). Пантотенова кислота бере участь у білковому, жировому та вуглеводному обміні, обміні холестерину, синтезі низки гормонів, гемоглобіну, сприяє всмоктуванню амінокислот і цукрів у кишківнику, підтримує функцію кори надниркових залоз. Дефіцит пантотенової кислоти може призвести до ураження шкіри і слизових оболонок.

Вітамін H або B₇ (біотин). Біотин бере участь у синтезі жирів, глікогену, метаболізмі амінокислот. Регулює роботу нервової системи, зокрема впливає на нервово-трофічну функцію. Дефіцит цього вітаміну може призвести до дерматиту, випадіння волосся

Контрольні питання

1. З'ясуйте анатомо-фізіологічні особливості травної системи дітей дошкільного віку.
2. Охарактеризуйте причини виникнення захворювань органів травлення у дітей.
3. Назвіть основні види патологій травної системи у дітей і опишіть їх клінічну картину.
4. Визначте значення вітамінів для дитячого організму.
5. Охарактеризуйте види авітамінозу.

Література

1. Леонтьева Н.Н. Анатомия и физиология детского организма. / Н.Н. Леонтьева, К.В. Маринова— М., 1976.
2. Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. / А.В. Мазурин, И.М. Воронцов - М.: Медицина, 1985.-432 с.
3. Педиатрия: Ученик для студентов высших мед. учеб. Заведений III -IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр.; и доп. / В.Г. Майданник. - Харьков: Фолио, 2002. - 125 с.
4. Педиатрия: Ученик для медицинских вузов / Под ред. Н.П. Шабалова. - СПб.: СпецЛит, 2003. - 893 с.
5. Спиричев В.Б. Современные представления о роли витаминов в питании. Методы оценки и контроля витаминной обеспеченности населения. / В.Б. Спиричев - М.: МОИП, 1984. С. 1–26.

2.5. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ СЕЧОСТАТЕВОЇ СИСТЕМИ

1. Особливості сечової системи в дітей.
2. Будова статевих органів у дітей.
3. Урологічна патологія.
4. Запалення статевих органів.

1. Анатомо-фізіологічні особливості сечової системи в дітей

Нирки у дітей раннього віку відносно більше, ніж у дорослих (1/100 маси тіла, у дорослих - 1/200), розташовуються нижче за гребінець клубової кістки (до 2 років), будова їх в перші роки дольчата, а жирова капсула виражена слабо, у зв'язку з цим нирки рухоміші і до 2-річного віку пальпуються, особливо права.

Кірковий шар нирок розвинений недостатньо, тому піраміди мозкової речовини доходять майже до капсули. Число нефронів у дітей раннього віку таке ж, як у дорослих (по 1 млн. в кожній нирці), але вони менші по величині, ступінь розвитку їх неоднакова.

Морфологічне дозрівання нирки в цілому закінчується до шкільного віку (до 3-6 років). Ниркові балії розвинені відносно добре, а м'язова і еластична тканина в них розвинена слабо. Особливістю є тісний зв'язок лімфатичних судин нирок з аналогічними судинами кишечника, чим пояснюються легкість переходу інфекції з кишечника в ниркові мисочки і розвитку пієлонефриту.

Нирки є найважливішим органом підтримки рівноваги і відносної постійності внутрішнього середовища організму (гомеостазу). Досягається це фільтрацією в клубочках води і залишкових продуктів азотистого обміну, електролітів, активним транспортом ряду речовин у каналцях. Крім того, нирки виконують, важливу внутрішньосекреторну функцію, виробляючи ренін, уроріназу і місцеві тканинні гормони (простагландини, кініни), а також здійснюють перетворення вітаміну D в його активну форму.

Хоча сечоводи у дітей раннього віку відносно ширше, ніж у дорослих, вони звивистіші, гіпотонічні через слабкий розвиток м'язових і еластичних волокон, що призводить до застою сечі і розвитку мікробно-запального процесу в нирках.

Сечовий міхур у дітей раннього віку розташований вище, ніж у дорослих, тому його можна легко пропальпувати над лобком, що при тривалій відсутності сечовипускання дає можливість диференціювати рефлексорну його затримку від припинення сечоутворення. У сечовому міхурі добре розвинена слизиста оболонка, слабо - еластична і м'язова тканина. Місткість сечового міхура новонародженого - до 50 мл, у однорічної дитини - до 100-150 мл.

Сечовипускальний канал у новонароджених хлопчиків довжиною 5-6 см Зростання його йде нерівномірно: дещо сповільнюється в ранньому дитячому віці і значно прискорюється в період статевого дозрівання (збільшується до 14-18 см). У новонароджених дівчаток довжина його рівна 1-1,5 см, а в 16 років - 3-3,3 см, діаметр його ширший, ніж у хлопчиків. У дівчаток унаслідок цих особливостей сечовипускного каналу і близькості до заднього проходу можливе легше інфікування, що необхідно враховувати при організації догляду за ними (обтирати і підмивати дівчинку треба спереду назад щоб уникнути занесення інфекції із заднього проходу в уретру). Слизова оболонка уретри у дітей тонка, ніжна, легкоуразлива, складчастість її слабо виражена.

Сечовипускання є рефлекторним актом, який здійснюється природженими спинальними рефлексми. Формування умовного рефлексу і навиків охайності потрібно починати з 5-6-місячного віку, а до року дитина вже повинна проситися на горщик. Проте у дітей до 3-річного віку можна спостерігати мимовільне сечовипускання під час сну, захоплюючих ігор, хвилювань. Кількість сечовипускань у дітей в період новонародженості - 20-25, у грудних дітей - не меншого 15 в добу. Кількість сечі в добу з віком збільшується. У дітей старше за рік його можна розрахувати по формулі: $600 + 100(x-1)$, де x - число років, 600 - добовий діурез однорічної дитини.

Ємність сечового міхура (по А. В. Мазуріну, І. М. Воронцову, 1985)

<i>Вік</i>	<i>Ємність сечового міхура, мл</i>
Новонароджений	30
1 рік	35-50
1-3 роки	50-90
3-5 років	100-150
5-9 років	200

2. Будова статевих органів у дітей

Статевий апарат дитини істотно відрізняється своєю величиною і структурою від статевих органів дорослого. У перші 6 років життя ріст статевих органів незначний і не відповідає зростанню всього організму.

Анатомія статевих органів у хлопчиків.

До моменту народження статевий член дитини повністю сформований. У новонародженого він має середню довжину 2-2,5 см, у 4-річного хлопчика – 2,5-3 см, у 7-річного – 4,5 см, а до 16-18-ти років досягає розмірів, характерних для дорослих.

Крайня плоть у новонароджених зазвичай довша, ніж у грудних дітей, сильно видається, досить вузька, що зумовлює наявність фізіологічного фімозу. На внутрішній поверхні крайньої плоти, і особливо на голівці, знаходяться численні залози, що утворюють смегму (суміш секрету сальних залоз крайньої плоти).

У новонароджених крайня плоть статевого члена внаслідок склеювання внутрішнього листка крайньої плоти і зовнішньої поверхні головки злипається з голівкою (їх епітеліальні клітини не піддаються процесу ороговіння). До 3-річного віку це злипання звичайно спостерігається до отвору уретри, потім під впливом ерекцій і маніпуляцій руками розміри злипання зменшуються, і до 5-го року життя головка закрыта вже тільки

наполовину, а на 8-10-му році оголюється вся.

Мошонка у новонародженого являє собою невеликий мішечок (4,5 х 3,5 см) з м'якими стінками. До першого року життя вона стає більше округлою, а стінки її більш напруженими. Округлу форму мошонка зберігає протягом першого десятиліття.

Яєчко незадовго до народження опускається в мошонку, захоплюючи при цьому за собою сім'явивідну протоку, і займає остаточне положення. У новонародженого яєчка відносно невеликі, потім їх зростання сповільнюється, і протягом перших 10 років вони мало збільшуються в розмірах і масі. Насінні канальці представляють собою тяжі у зв'язку з відсутністю у них просвітів. Останні утворюються лише з початком сперматогенезу.

Придаток яєчка новонародженого більш виражений, ніж у дорослих. Його маса складає більше половини маси яєчка. Так само, як і яєчко, придаток повільно росте в перші 10 років життя і лише в період статевого дозрівання швидко збільшується в розмірах.

Насінний канатик у грудних дітей має діаметр 14 мм, у віці 15 років - 18 мм, а у дорослих - 20-25 мм. Сім'явивідна протока в основному схожа з подібною протокою у дорослого. В результаті зростання організму її довжина вдвічі збільшується. Насінний пухирець розташований вище, ніж у дорослого чоловіка, але за формою не відрізняється. Він росте повільно, значне його збільшення відбувається лише в період статевого дозрівання.

Передміхурова залоза складається переважно з гладкої м'язової та сполучної тканин; має кулясту форму, не розділена на частки, у неї відсутній перешийок. Форму каштана набуває лише у віці 13-14 років. Маса залози в середньому 0,82 г; до 2-х років вона збільшується незначно, помітно зростає у віці від 6 до 16-ти років. У середині залози є сліпі епітеліальні трубочки, до 12-ти років протоки залози починають гілкуватися, і секреція їх посилюється.

Анатомія і фізіологія статевих органів у дівчаток.

Одна з відмінних анатомічних особливостей статевих органів у маленьких дівчаток - наявність задньої спайки малих статевих губ, якої немає у дорослих жінок. На малих і великих статевих губах знаходяться численні залозки. При цьому часто вони відсутні на внутрішній поверхні малих губ.

Присінок піхви вистелений клітинами багат шарового плоского епітелію. Малі залозки присінка розміщені переважно у зовнішнього отвору сечовипускального каналу. У новонароджених дівчаток їх значно більше, ніж у дорослих жінок. Великі залози присінка починають функціонувати в період статевої зрілості, вивідні протоки їх вже до 10-12-ти років мають типову

будову - покриті стовпчастим епітелієм.

Яєчники в дитячому віці ростуть повільно, і їх маса збільшується поступово: до кінця 1-го року життя вона подвоюється, до 6-ти років збільшується в 7 разів, а до 16-ти років - в 20 разів у порівнянні з масою при народженні і досягає 5-6 м. Яєчники на 2-му році життя починають ставати яйцеподібним і повністю формуються до 10 років.

Число первинних фолікулів з віком зменшується: у 17-денної дитини їх близько 23 рядів, у 10-річної дівчинки - 6-8. У період статевого дозрівання фолікули в корковому шарі знаходяться на різних стадіях розвитку. Яйцепроводи в дитячому віці не подовжуються. Звивини яйцепроводів зменшуються на 5-м році життя, коли збільшується поперечний розмір таза. Зв'язки яєчників розтягуються, і вони, відділяючись від матки, займають своє нормальне положення.

До моменту народження дівчинки її матка має довжину близько 4 см, тіло вдвічі коротше шийки. Після народження відбувається інволюція і зменшення її розмірів внаслідок припинення дії секрету плаценти та зростання матки. У грудному віці довжина матки становить 2,5-2,8 см. Посилений ріст матки починається у віці після 7-8 років. З настанням статевого дозрівання вона набуває форму і розміри матки дорослої жінки.

У новонароджених довжина піхви досягає 3 см, вхід розташований дуже глибоко, має майже вертикальний напрямок, немов би воронкоподібно втягнутий. У однорічних дівчаток довжина піхви складає 4 см. З 8-ми років з'являється складчастість стінок. Абсолютна величина піхви швидко зростає після 10 років життя і до періоду статевої зрілості досягає 7-8 см в довжину.

У новонародженої дівчинки функціонально-морфологічний стан піхви перебуває під впливом гормонів плаценти. Слизова оболонка добре розвинена, епітелій містить глікоген, а вміст має кислу реакцію. У міру зникнення плацентарних естрогенів від 1 року до 10-12 років глікоген у піхві не утворюється, реакція вмісту стає лужною (рН 7-8), внаслідок цього відсутня захисна функція вагіни, епітеліальний покрив витончується.

3. Урологічна патологія

I. Урологічна патологія характеризується частіше запальними явищами на тлі вроджених або набутих захворювань сечовивідних шляхів.

Загальні симптоми при захворюваннях сечовидільної системи є: стурбованість, зміна положення тіла, біль, яка іррадіює в поперекову область або у внутрішню поверхню стегна і в пахову область, часте та хворобливе сечовипускання, нерідко виникає озноб. Напруга м'язів живота справа носить

більш дифузний характер і зникає в «світлий проміжок». Зона хворобливості проектується по ходу сечоводу. Симптом Пастернацького позитивний.

Нефроптоз – *блукаюча (рухлива, опущена) нирка*, у дітей це патологічний стан, що характеризується надмірною рухливістю нирки з порушенням гемодинаміки і уродинаміки. Частота нефроптозів у дітей становить 4,7%. Дівчатка хворіють частіше хлопчиків, це співвідношення становить 1: 8.

Етіологія. Патогенез. У виникненні захворювання основне значення надається анатомо-фізіологічним особливостям будови організму і особливо слабкості зв'язкового апарату нирки. Провідним патологічним ознакою захворювання слугує натяг судин нирки і перегини сечоводу у вертикальному положенні, що викликає порушення ниркової гемодинаміки і уродинаміки. Нефроптоз обумовлює розвиток пієлонефриту, гідронефрозу, артеріальної гіпертензії, уролітіазу.

Симптоми. Виділяють: безсимптомний нефроптоз, клінічно маніфестних нефроптоз, ускладнений нефроптоз у дітей.

Безсимптомний нефроптоз у дітей спостерігається у 13% всіх хворих і характеризується випадковим виявленням захворювання або при обстеженні з приводу інших захворювань.

Клінічно маніфестних нефроптоз зустрічається у 43% дітей і проявляється больовим абдомінальним синдромом (різкий біль у животі), дизуричними порушеннями, неврологічними порушеннями, артеріальною гіпертензією і відставанням у фізичному розвитку.

Больовий абдомінальний синдром обумовлений напругою судинної ніжки нирки, порушенням кровопостачання і уродинаміки. Біль посилюється після фізичного навантаження. Біль супроводжується диспепсичними розладами, зменшується в лежачому положенні. Дизурический синдром характеризується зміною ритму і характеру сечовипускання, нічним і денним нетриманням сечі. Сечовий синдром проявляється у вигляді гематурії, лейкоцитурії, протеїнурії. Неврологічний синдром супроводжується головним болем, підвищеною збудливістю, швидкою стомлюваністю, загальною слабкістю, психологічної нестійкістю, нейровегетативними розладами. Ускладнений нефроптоз зустрічається у 43% дітей, і найбільш частою його формою буває хронічний пієлонефрит.

Енурез - нічне нетримання сечі, яке зберігається або часто повторюється після трьох років, розглядається як нічний енурез.

Розрізняють *первинний і вторинний* енурез. Первинний енурез проявляється нетриманням сечі в нічний час, в період сну, коли дитина не прокидається при переповненні сечового міхура. Вторинний енурез виникає

внаслідок різних вроджених і набутих захворювань і може виявлятися незалежно від сну, як вдень, так і вночі.

Енурез може викликатися багатьма найрізноманітнішими причинами, насамперед, психічного характеру. Причинами можуть стати незрілість дитячої особистості, емоційна нерозвиненість, інфантилізм, конфліктні ситуації, які пережила дитина. Іноді серед причин зустрічаються мотиви ревнощів до молодших братів і сестер, бажання знову бути маленьким, щоб знову більшою мірою відчувати любов і турботу батьків; небажання прокидатися, щоб знову зустрітися з конфліктами або повною страхів дійсністю. Може відігравати роль надмірна суворість батьків, важкі сімейні обставини, надто глибокий сон тощо.

Цистит - запалення слизової оболонки сечового міхура. Цистити у дітей можуть бути первинними (без анатомічного зміни тканин) і вторинними (що виникають на тлі різних анатомічних змін, що перешкоджають проходженню сечі). Захворювання часто має інфекційний характер. Дівчатка хворіють на цистит частіше за хлопчиків. У маленьких дітей у виникненні циститу значну роль відіграють дисфункції кишечника. Коли грудна дитина лежить у забруднених фекаліями пелюшках, мікробна флора може проникати через сечовід до сечового міхура і також викликати запалення.

У дівчачий сечовий міхур інфекції легше потрапити із зовнішніх статевих органів: у дівчаток уретра є прямою і короткою, поруч розташовані піхва і пряма кишка. Якщо в дівчинки виникне вульвіт – запалення зовнішніх статевих органів, то дуже часто, як наслідок, з'являється і цистит. Тому стежити за гігієною статевих органів необхідно з надзвичайною ретельністю. Найбільш часто хворіють дівчатка 4-7 років. У цей час змінюється мікрофлора в піхві, і організм стає особливо уразливим.

Значну роль у виникненні циститів у дітей відіграють глисти, а зокрема гострики, які під час сну нерідко можуть заповзати в уретру, а іноді й у сечовий міхур, несучи на собі безліч мікробів.

Патогенез. Цистит може розвинутися раптово, але найчастіше явища запалення нарастають поступово. Цистит виявляється в першу чергу почастищенням сечовипускання, проявляється відчуттям дискомфорту та болю, печіння і свербежу в області уретри і промежини під час сечовипускання. Біль над лобком або в області промежини може залишатися і після сечовипускання.

Часте сечовипускання пояснюється наявністю запального процесу, набряку слизової оболонки, притоку крові, подразнення нервових закінчень, закладених в слизовій оболонці стінки сечового міхура. Його кількість

залежить від інтенсивності запального процесу.

У кінці акта сечовипускання іноді сеча забарвлюється кров'ю. Позиви на сечовипускання можуть бути імперативними, іноді спостерігається неутримання сечі. У більшості випадків при гострому циститі температура тіла залишається нормальною, рідко буває субфебрильною. Підвищення температури при циститі свідчить про те, що інфекція поширилася за межі сечового міхура, найчастіше на верхні сечові шляхи. Пальпація і перкусія в надлобковій області при циститі іноді супроводжуються хворобливістю. Напруження м'язів передньої черевної стінки спостерігається головним чином у дітей. Сеча при гострому циститі містить багато лейкоцитів і еритроцитів, що обумовлює наявність у ній невеликих кількостей білка.

Гострий пієлонефрит - захворювання частіше розвивається у дітей з вродженою патологією сечовивідних шляхів.

Симптоми: біль у животі та поперекової області поєднується з дизурічними явищами (порушенням сечовиділення), високою температурою, ознаками інтоксикації; у маленьких дітей можливе порушення функції шлунково-кишкового тракту. Симптомів подразнення очеревини, як правило, немає.

Гломерулонефрит - захворювання інфекційно-алергічного характеру, яке супроводжується порушенням функцій нирок. Воно розвивається після перенесеної ангіни, скарлатини, грипу, вірусних інфекцій дихальних шляхів, хронічного тонзиліту, фарингіту, ларингіту, через пару тижнів. Дуже часто провокує його просте переохолодження організму.

Класифікація.

У медицині виділяють два типи захворювання - хронічний і гострий гломерулонефрит у дітей, які розрізняються причинами виникнення і симптоматикою.

Гострий. Причина - перенесене інфекційне захворювання, симптоматика виражена яскраво, стан дитини різко погіршується. При своєчасному виявленні піддається лікуванню і протікає в більшості випадків без ускладнень.

Хронічний, так званий дифузний гломерулонефрит - більш важкий, запальний процес у нирках, який поступово призводить до відмирання ниркових клубочків. Причиною захворювання найчастіше служить вчасно не помічена та непролікована гостра форма гломерулонефриту. Основний симптом - гіпертонія з усіма витікаючими звідси наслідками.

Хронічний гломерулонефрит зустрічається у дітей набагато рідше: на 100 випадків гострого розвитку захворювання всього два припадає на хронічний перебіг.

4. Запалення статевих органів у дітей може бути наслідком недотримання правил гігієни. Організми, що викликають запальний процес, можуть потрапляти туди з брудними руками.

Симптоми. Проявами, на підставі яких можна запідозрити запальний процес, є виділення зі статевих шляхів, свербіж та почервоніння зовнішніх статевих органів. Характер виділень залежить від причини, що викликала захворювання статевих органів. За наявності чужорідного тіла з'являються виділення з неприємним запахом, іноді з прожилками крові.

Вульвовагініт – запалення зовнішньої частини статевих органів і слизової піхви. Вульвовагініт у дівчаток може виникати до 10 років. Частота виникнення в такому віці обумовлена зниженням захисту піхви, наприклад лужна реакція вмісту піхви.

Причини виникнення вульвовагініту: ангіна; ГРВІ; хвороби сечовивідних шляхів; нераціональна антибіотикотерапія; дисбактеріоз.

Вульвіт супроводжується різними симптомами, які залежать від причини виникнення хвороби. Зазвичай це сильне запалення лобка, статевих губ, присінка піхви, дівочої пліви. Свербіж змушує дитину постійно чесати інтимне місце. Часто вульвіт, симптоми якого непомітні, проходять непомітно. Гострий вульвіт у дитини супроводжується печінням, сверблячкою, дискомфортом при сечовипусканні і ходьбі.

Широко розповсюдженим захворюванням серед дівчаток з народження до 5-6-річного віку є **синехії** - зрощення малих статевих губ. Як правило, воно є наслідком перенесеного запалення вульви і піхви, в результаті якого зовнішній шар клітин однієї малої статевої губи наростає на край іншої.

Нерідко синехії можуть утворюватися і при неправильному догляді за дівчинкою, коли батьки надто часто (по кілька разів на день) користуються милом або щодня протягом тривалого періоду роблять ванночки з розчином марганцівки при догляді за дитиною. Цим самим вони видаляють природний захисний секрет, пересушують слизову статевих органів і роблять її більш вразливою до будь-яких інфекцій.

При зрощенні статевих губ між собою утворюється додаткова «кишеня», через яку проходить сеча під час сечовипускання.

Фімо́з - патологічна вузькість отвору крайньої плоті, через який виходить головка пенісу. У 90% хлопчиків крайня плоть при народженні не відкривається. Таке явище називається фізіологічний фімоз, який продовжується до 5 – 6 років. Такий фімоз (якщо, звичайно, відсутні явища запалення головки – баланіт або головки і крайньої плоті – баланопостит) потребує спостереження і не вимагає хірургічного лікування.

Причиною прояви фімозу у хлопчиків може стати недостатність сполучної

тканини в дитячому організмі внаслідок генетичної схильності. Фімозу також може сприяти запалення крайньої плоті статевого члена або його травма, в результаті чого утворюється рубцева тканина і звужується крайня плоть.

У дітей розрізняють чотири ступені розвитку фімозу, що володіють своїми особливостями.

При першому ступені характеризується відкриттям голівки статевого органу тільки в спокійному стані, при сечовипусканні хлопчик може відчувати хворобливість.

При другому ступені є важким виведення з крайньої плоті голівки статевого члена, а при третьому – головка статевого члена взагалі не відкривається.

При четвертому ступені голівка статевого члена не відкривається, сечовипускання відбувається дуже важко, сеча виділяється крапельками або тоненькою цівкою.

Основні симптоми фімозу у дитини:

- порушення сечовипускання
- запалення головки та крайньої плоті
- неможливість виведення головки статевого органу з крайньої плоті

У деяких випадках крайня плоть ущемляє головку пеніса, не закриває її. Головка стає хворобливою, синіє, порушується кровообіг у статевому члені.

Контрольні питання

І. Охарактеризуйте анатомо-фізіологічні особливості сечостатевої системи у дітей.

1. Визначте етіологію, патогенез, клініку, профілактику при пієлонефриті
2. Поясніть симптом «блукаючої нирки».
4. Поясніть причини виникнення енурезу.
6. З'ясуйте етіологію виникнення циститу у дітей.
7. Схарактеризуйте види вроджених аномалій та запалення статевих органів, особливості протікання цих хвороб у дітей.

Література

1. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. – Вінниця-Київ, 2001. – С. 257-331.
2. Клінічне обстеження органів та систем у дітей // В.Г.Майданник, В.Д.Чеботарьова, М.А. Дадикіна та інш. - К.:»Супрамед»,1993. – С. 138-159.
3. Мазурин А.В. Пропедевтика детских болезней. / А.В. Мазурин., И.М. Воронцов - М.Медицина,1985. - С. 181-238.
4. Особливості і семіотика захворювань дитячого віку / Під ред. Чл.-кор. АМН України, проф. Сміяна І.С., проф.. Майданника. – Тернопіль-Київ, 1999. – 146 с.
5. Пропедевтика дитячих хвороб / Навчальний посібник за ред. Проф. О. Гнатейка. – Львів: Ліга-Прес, 2004. – С 145-168.

2.6. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ЗАХВОРЮВАННЯ ЕНДОКРИННОЇ СИСТЕМИ

1. Особливості будови ендокринної системи у дітей.
2. Патології ендокринної системи у дітей.

1. Особливості будови ендокринної системи у дітей

Ендокринні залози мають невеликі розміри, гарно кровозабезпечені, розташовані в різних відділах тіла людини. Залози мають різне походження і будову. В той же час залози об'єднані спільною участю в обмінних процесах, в гуморальній регуляції життєвоважливих функцій. За функціональними ознаками ендокринні залози об'єднані в єдиний ендокринний апарат.

Функції і будова залоз внутрішньої секреції значно змінюються з віком.

Гормони – органічні сигнальні молекули безпровідникової системної дії, які розпізнаються рецепторами та впливають на експресію генів і активність ферментів в клітинах-мішенях на відстані від місця своєї продукції. На сьогодні відомі біля 100 гормонів.

Продукуються гормони в організмі періодично, за потребою в них, та зберігаються тією чи іншою мірою. Деякі гормони вивільняються в кров постійним потоком, що змінюється за своєю інтенсивністю, інші секретуються тільки імпульсно.

Гіпофіз вважається залозою всіх залоз оскільки своїми гормонами впливає на роботу багатьох з них. Ця залоза розташована біля основи головного мозку у поглибленні турецького сидла клиноподібної (основний) кістки черепа.

У новонародженого маса гіпофіза 0,1-0,2 г, в 10 років він досягає маси 0,3 г, а у дорослих 0,7-0,9 г. Залозу умовно ділять на три частини: передню (аденогіпофіз), задню (негірогіпофіз) і проміжну. В області аденогіпофіза і проміжного відділу гіпофіза синтезується більшість гормонів залози, а саме соматотропний гормон (гормон росту), а також адренокортикотропний тиреотропні, гонадотропні, лютеотропний гормони і пролактин. В області нейрогіпофіза набувають активної форми гормони гіпоталамуса: окситоцин, вазопресин, меланотропін і Мізін-фактор.

Гіпофіз тісно пов'язаний нейронними структурами з гіпоталамусом проміжного мозку, завдяки чому здійснюється взаємозв'язок і координація нервової та ендокринної регулюючих систем.

Основним гормоном гіпофіза є соматотропний гормон або гормон

росту, який регулює ріст кісток, збільшення довжини і маси тіла. При недостатній кількості соматотропного гормону (гіпофункція залози) спостерігається карликовість (довжина тіла до 90-100 см., зменшена маса тіла, хоча розумовий розвиток може проходити нормально).

Надлишок соматотропних гормонів у дитячому віці (гіперфункції залози) призводить до гіпофізарного гігантизму (довжина тіла може досягати 2,5 і більше метрів, розумовий розвиток найчастіше страждає).

У гіпофізі також виробляються меланофорний гормон, що впливає на колір шкіри, волосся і на інші структури організму, вазопресин, що регулює кров'яний тиск і водний обмін і окситоцину, що впливає на процеси виділення молока, тонус стінок матки та ін.

Гормони гіпофіза впливають також на вищу нервову діяльність людини. У період статевого дозрівання особливо активні гонадотропні гормони гіпофіза, що впливають на розвиток статевих залоз.

Поява в крові статевих гормонів в свою чергу гальмує активність гіпофіза (зворотний зв'язок). Функція гіпофіза стабілізується в післяпубертатний період (у 16-18 років). За період росту дитини маса гіпофіза збільшується у два рази (з 0,3 до 0,7 г).

Епіфіз найбільш активно функціонує до 7 років, а далі перероджується в неактивну форму. Епіфіз вважається залозою дитинства, так як ця залоза виробляє гормон, гальмуючий до певного часу розвиток статевих залоз.

Крім цього епіфіз регулює водно-сольовий обмін, утворюючи речовини, подібні до гормонів: мелатонін, серотонін, норадреналін, гістаміну. Існує певна циклічність утворення гормонів епіфіза протягом доби: вночі синтезується мелатонін, а вночі серотонін. Завдяки цьому вважається, що епіфіз виконує роль своєрідного хронометра організму, регулює зміну життєвих циклів, а також забезпечує співвідношення власних біоритмів людини з ритмами навколишнього середовища.

Щитовидна залоза (маса до 30 грамів) розташована попереду гортані на шийі. Основними гормонами цієї залози є тироксин, трийодтиронін, які впливають на обмін води і мінеральних речовин, на хід окислювальних процесів, на процеси згоряння жиру, на зріст, масу тіла, на фізичному і розумовому розвитку людини.

Найбільш активно залоза функціонує в 5-7 і в 13-15 років. Заліза виробляє також гормон тірокальцітонін, який регулює обмін кальцію і фосфору в кістках (гальмує їх вимивання з кісток і зменшує кількість кальцію в крові).

При гіпофункції щитовидної залози діти затримуються в рості, у них випадає волосся, страждають зуби, порушується психіка і розумовий

розвиток (розвивається захворювання мікседема), втрачається розум (розвивається кретинізм). При гіперфункції щитовидної залози виникає базедова хвороба ознаками якої є збільшення щитовидної залози, вилучені очі, різке схуднення і ряд вегетативних порушень (підвищене серцебиття, пітливість та інше). Хвороба також супроводжується підвищенням дратівливості, стомлюваності, зниженням працездатності й ін.

Паращитовидні залози (маса до 0,5 г) містяться на задній поверхні бічних часток щитоподібної залози. Найчастіше у людей їх буває 4. У дітей вони малих розмірів, із слабо розвинутою сполучнотканинною стромою і великою кількістю паренхіми, яка ще не поділена на часточки. Гормоном цих залоз є паратгормон, який підтримує кількість кальцію в крові на постійному рівні (навіть, якщо треба, за рахунок вимивання його з кісток), а разом з вітаміном Д впливає на обмін кальцію і фосфору в кістках, а саме, сприяє накопиченню цих речовин в тканини.

Гіперфункція залози призводить до надмірної мінералізації кісток і окостеніння, а також до підвищеної збудливості півкуль мозку. При гіпофункції спостерігається тетанія (судоми) і відбувається пом'якшення кісток. Ендокринна система організму людини містить в собі безліч найважливіших залоз і це одна з них.

Вилочкова залоза (тимус), як і кістковий мозок, є центральним органом імуногенезу. Окремі стовбурові клітини червоного кісткового мозку потрапляють в тимус з потоком крові і в структурах залози проходять етапи дозрівання і диференціації, перетворюючись на Т-лімфоцити (тимус залежні лімфоцити). Останні знову потрапляють в кровоносне русло, розносяться по організму і створюють тимус-залежні зони в периферійних органах імуногенезу (селезінці, лімфатичних вузлах та ін). Тимус створює також ряд речовин, які, швидше за все, впливають на процеси диференціації Т-лімфоцитів.

Тимус міститься у верхній передній частині грудної порожнини над ручкою грудини і продовжується до III – IV ребра і має дві долі, вкриті сполучною тканиною. Активно функціонує внутрішньоутробно і до 2-х років. Строма (тіло) тимуса має ретикулярну сітківку, в петлях якої розташовані лімфоцити тимуса (тімоцити) і плазматичні клітини (лейкоцити, макрофаги та ін).

Тимус впливає також на термін стримування розвитку статевих залоз у дітей, а самі гормони статевих залоз у свою чергу здатні викликати редукцію тимуса.

Наднирникові залози розміщені над верхніми полюсами нирок. Маса 6-8 г, а у дорослих до 15 г кожна, розвиток їх незавершений. Наднирники

складаються з двох шарів: коркового і мозкового. Коркова речовина виробляє: глюкокортикоїди (кортикостерон, кортизон та ін.), що регулюють вуглеводний обмін, мають виражену протизапальну і десенсибілізуючу дію, виявляють катаболічний ефект;

мінералокортикоїди (дезоксикортикостерон, альдостерон), які підвищують реабсорбцію води і хлору в канальцях нирок;

статеві гормони (тестостерон, ест радіол), що впливають на білковий та водно-сольовий обмін, прискорюють ріст, стимулюють розвиток вторинних статевих ознак.

Мозкова речовина наднирників у новонароджених недорозвинена, диференціація її триває до 2 років. Гормони мозкової речовини – катехоламіни: адреналін, норадреналін, які підвищують артеріальний тиск, звужують кровоносні судини. Ці гормони мають виключно важливе значення для мобілізації фізичних резервів організму під час стресів, при виконанні фізичних вправ.

При надмірних хвилюваннях під час спортивних виступів у дітей іноді може відбуватися ослаблення м'язів, пригнічення рефлексів підтримки положення тіла, з причини перезбудження симпатичної нервової системи, а також внаслідок надмірного викиду адреналіну в кров. У цих обставинах може також спостерігатися посилення пластичного тону м'язів з подальшим заціпенінням цих м'язів або, навіть, заціпеніння просторової пози.

Підшлункова залоза. Розташована позаду шлунка, звичайно на рівні I і II поперекових хребців. В ній розрізняють головку, тіло і хвіст. Підшлункова залоза має зовнішню секреторну (виділяє ферменти трипсин, ліпазу, амілазу) і внутрішню секреторну функції (виділяє гормони інсулін, глюкагон, соматостатин). Кожен гормон виробляється спеціалізованими клітинами.

Інсулін, який секретується β -клітинами, є найважливішим анаболічним гормоном організму: він стимулює синтез глікогену, білків, жирних кислот з амінокислот, посилює фосфорний обмін, підвищує внутрішньоклітинний транспорт калію, затримує воду в організмі.

Глюкагон, що виробляється α -клітинами підшлункової залози, антагоніст інсуліну. Він посилює розпад глікогену в печінці, посилює ліполіз, стимулює гліконеогенез і біосинтез глюкози з амінокислот.

При гіпофункції залози зменшується утворення інсуліну і це може викликати небезпечну хворобу - цукровий діабет. Розвиток функції підшлункової залози триває приблизно до 12 років життя дітей і, таким чином, вроджені порушення в її роботі часто проявляються саме в цей період. Серед інших гормонів підшлункової залози слід виділити липокаїн (сприяє утилізації жирів), ваготонін (активізує парасимпатичний відділ

вегетативної нервової системи, стимулює утворення еритроцитів крові), центропеїн (поліпшує застосування клітинами організму кисню).

В організмі людини в різних частинах тіла можуть зустрічатися окремі островці залізистих клітин, утворюють аналоги ендокринних залоз і мають назву парагангліев. Ці залози зазвичай утворюють гормони місцевого призначення, що впливають на хід тих чи інших функціональних процесів.

Наприклад, ентероензимні клітини стінок шлунка виробляють гормони (інкрети) гастрину, секретину, холецистокінін, що регулюють процеси перетравлення їжі. Ендокард серця продукує гормон атріопептид, діє знижуючи на обсяг і тиск крові. У стінках нирок утворюються гормони еритропоетин (стимулює продукцію еритроцитів) і ренін (діє на кров'яний тиск і вплив на обмін води і солей).

2. Патології ендокринної системи у дітей

2.1. **Цукровий діабет** у дітей - це серйозне захворювання, яке характеризується хронічним підвищенням рівня глюкози в крові і є поширеним серед ендокринних порушень в дитячому організмі. Перебіг захворювання в кожному окремому випадку залежить в основному не тільки від провокуючих чинників, якими, наприклад, можуть бути вірусна інфекція, а й від віку дитини. Важливо, що чим менша дитина, тим важче вона буде переносити цукровий діабет.

Патогенез. До факторів, які сприяють розвитку цукрового діабету у дітей, відносяться: спадковість; часті гострі вірусні захворювання; порушення обміну речовин, наприклад, ожиріння або гіпотиреоз; загальне зниження імунітету; маса дитини при народженні більше 4,5 кг.

Етіологія. У медицині виділяють два типи цукрового діабету у дітей:

1. Інсулінозалежний діабет - першого типу, який включає в себе: аутоімунний тип ідіопатичний тип.

2. Інсулінонезалежний діабет - другого типу. Як показує статистика, найчастіше у дітей виявляють цукровий діабет першого типу, який характеризується низьким рівнем інсуліну в крові.

Основними симптомами цукрового діабету у дітей є підвищена спрага і часте сечовипускання, дитина дуже часто просить пити не тільки вдень, але і вночі, сеча, як правило, липка, через велику кількість цукру. Характерним для діабету у дітей вважається підвищення апетиту, слабкість і сухість у роті. У деяких випадках при даному захворюванні може спостерігатися поява частих гнійних уражень шкіри, запалення ясен і зовнішніх статевих органів.

Профілактика цукрового діабету полягає у виявленні дітей, які

належать до групи ризику, і в їх подальшому спостереженні у ендокринолога 2 рази на рік. Не менш важливим для профілактики діабету у дітей вважається і своєчасна вакцинація від деяких інфекційних захворювань, а також обстеження у таких фахівців, як невропатолог, окуліст і т.д.

2.2. Ендемічний зоб – дифузне збільшення щитоподібної залози. Захворювання, основним симптомом якого є прогресуюче збільшення щитоподібної залози. Він уражує великий контингент населення в географічних зонах із дефіцитом йоду в навколишньому середовищі.

На земній кулі нараховується близько 200 млн хворих на ендемічний зоб. Він зустрічається в Західній Україні. На ендемічний зоб частіше хворіють жінки. Але при тяжкій зобній ендемії відношення жінки–чоловіки зменшується. Ендемічний зоб може уражати всі вікові групи, але особливо характерна захворюваність у дітей віком до 14 років.

Патогенез:

- недостатність йоду у ґрунті, воді та харчових продуктах.
- неповноцінне одноманітне харчування, особливо при дефіциті в їжі вітамінів і білків;
- недостатнє потрапляння в організм бромиду, цинку, кобальту, міді, молібдену;
- надмірне вживання струмогенних продуктів харчування (брюква, квасоля, морква, редиска, шпинат, арахіс), які можуть провокувати реалізацію йодної недостатності.

Дефіцит йоду призводить до недостатньої продукції тиреоїдних гормонів, до зниження їх секреції.

Клінічна картина включає місцеві і загальні симптоми, які залежать від ступеня збільшення щитоподібної залози і її функціональної активності.

На початку захворювання хворі можуть пред'являти скарги на відчуття слабості, підвищену втому, головний біль, в міру збільшення щитоподібної залози і стиснення органів, що до неї прилягають, виникають скарги на відчуття стиснення в ділянці шиї, яке більше проявляється в лежачому положенні, утруднення при ковтанні, пульсуючий головний біль, напади ядухи, сухий кашель.

Зустрічаються атипові локалізації зоба: загруднинна, підязикова, навколо трахеї, позатрахеальна. За характером функції залози у 70-80% випадків ендемічний зоб є еутиреоїдним (функція щитоподібної залози збережена). Зоб великих розмірів може призводити до стиснення нервів і судин. Механічне утруднення кровообігу може призвести до гіпертрофії правого відділу серця, в результаті чого розвивається так зване зобне серце. Місцево можливі крововиливи в паренхіму зоба, запалення (струміт),

звাপнення.

В районах з вираженою ендемією у 20-30% дітей виявляють вузли в щитоподібній залозі. Типовим проявом ендемічного зоба є гіпотиреоз. Зовнішній вигляд хворих (набрякле, бліде обличчя, значна сухість шкірних покривів, випадання волосся), в'ялість, брадикардія, глухість серцевих тонів, гіпотонія, сповільнена мова – все це свідчить про зниження функції щитоподібної залози.

Одним із проявів гіпотиреозу при ендемічному зобі, особливо при тяжкому перебігу, є кретинізм, частота якого становить від 0,3-10%. Кретинізм пов'язаний з глибокою патологією, яка починається у внутрішньоутробному періоді. Симптоми: виражена фізична і психічна відсталість, маленький зріст з непропорційним розвитком окремих частин тіла, різкою психічною неповноцінністю. Ці хворі в'ялі, малорухомі, мають порушення координації рухів, вони погано вступають в контакт.

Профілактика. Є три види профілактики ендемічного зоба:

1. «Німа» – йодування солі (25 г калію йодиду на одну тонну солі), в разі щоденного вживання якої забезпечується добова потреба в йоді.
2. Групова – застосування антиструміну, в якому міститься 1мг калію йодиду. Дошкільні заклади 1/2 таблетки на тиждень, у школах до 7-го класу – по 1таблетці, а старшим школярам – по 2 таблетки на тиждень.
3. Індивідуальна - може бути забезпечена включенням в раціон продуктів моря (морська риба, морська капуста, мідії, кальмари, краби).

Але йодна профілактика не ліквідує нестачі йоду в природі. Тому ослаблення або припинення екзогенного надходження йоду веде до нового спалаху захворювання. В Україні організоване обов'язкове постачання йодованою сіллю населення в ендемічних районах.

2.3. Гіпотиреоз - захворювання, обумовлене дефіцитом гормонів щитовидної залози.

Розрізняють вроджений і набутий, первинний і вторинний.

Первинний гіпотиреоз обумовлений порушенням синтезу тиреоїдних гормонів самої щитовидною залозою.

Вторинний є наслідком ураження гіпофіза.

Причини. Відсутність при народженні щитовидної залози, генетичний дефект біосинтезу ферментів, йодна недостатність, операція на щитовидній залозі, запальні та пухлинні захворювання щитовидної залози, захворювання гіпофіза (запальні, травматичні, пухлинні).

Патогенез. В основі розвитку хвороби лежить та чи інша ступінь зниження функції щитовидної залози. Дефіцит тиреоїдних гормонів

(тироксину, трийодтироніну) викликає значні зміни білкового, жирового і вуглеводного обміну.

Основними симптомами вродженого гіпотиреозу є млявість, сонливість, зниження температури, утруднене дихання через ніс, сухість шкіри, низький голос, холодні стопи, запори. Відстає розвиток лицьового скелета: широке і запале перенісся, широко розставлені очниці, запізнюється прорізування зубів. Частота серцевих скорочень знижена.

Найбільш важка форма гіпотиреозу - **мікседема** (слизовий набряк). Всі вищенаведені симптоми яскраво виражені. Зовні дитина набрякла. Діти відстають у фізичному (затримка росту, пізно починають тримати голівку, сидіти, ходити) і психічному розвитку. При невчасному лікуванні ураження мозку носить незворотній характер, у зв'язку з чим порушується інтелект. Набутий гіпотиреоз розвивається частіше в результаті запальних процесів у щитовидній залозі або після її видалення. Зниження функції щитовидної залози помітно змінює зовнішній вигляд дитини: з'являється одутлість, уповільнення мовлення і рухів, з'являються скарги на мерзлякуватість, запори, порушення пам'яті.

Профілактика. У всіх новонароджених береться крапелька крові для дослідження рівня тиреоїдних гормонів. Якщо тиреотропний гормон підвищений, а тироксин знижений, проводиться поглиблене дослідження.

2.4. Патологія росту у дітей

Механізми зростання в постнатальному періоді можна розділити на 2 великі групи:

1. Ендокринні механізми
2. Неендокринні механізми

Ендокринні механізми регуляції. Усі центральні і периферичні ендокринні органи беруть участь у процесах контролю росту. Одним з головних факторів є щитовидна залоза. Гормони щитовидної залози надають стимулюючий вплив як на диференціювання кісткової тканини (тобто гармонійного розвитку кісткової тканини) і процесах стимулюючих лінійно ріст дитини.

Патологія щитовидної залози (*природжений гіпотиреоз*) буде проявляти себе серйозними відставаннями в рості. На наступне місце, з точки зору регуляції контролю зростання, дослідники ставлять соматотропний гормон (у перші роки життя його роль мало значуща, оптимально його дія починається з другого третього року життя).

Як наслідок захворювань гіпоталамуса або гіпофіза можуть клінічно

проявляти себе істотним відставанням у рості дитини.

Велике значення надається андрогенам кіркової речовини надниркових залоз. Роль андрогенів: прискорюють процеси лінійного росту і диференціювання тканин; завдяки їм визначається другий пубертатний ростовий стрибок, в цей період вони стимулюють закриття зон росту. Таким чином, надниркова патологія характеризується дисфункцією коркового відділу, наприклад, більш ранній викид андрогенів призводить до закриття зон росту, уповільнення росту.

Глюкокортикоїди: у разі гіперпродукції глюкокортикоїдів порушується хондрогенез, остеогенез. Наприклад, діти, які довго отримують глюкокортикоїди, часто страждають порушенням росту.

Неендокринні механізми регуляції. Генетичні чинники. Окремі елементи генетичної програми спеціально контролюють процеси росту. Наприклад, діти із хромосомною патологією частіше характеризуються саме порушенням росту. Для того щоб дитина росла і розвивалася потрібен пластичний матеріал.

Зростання людини є інтегративним показником здоров'я. Зростання є показником гармонійної взаємодії систем організму. Існує безліч причин, які можуть стати основою для відхилення в рості дитини.

Існують таблиці, формули розрахунку нормального росту. Але важливо відзначити що повинні враховуватися регіональні особливості.

У клінічній практиці частіше доводиться зустрічатися з низькорослістю, ніж високорослою.

Класифікація низькорослості. (За етіологічним ознакою)

1. Конституціонально сповільнений ріст (сімейно-індивідуальні особливості інакше гіпопластики).

2. Аліментарні порушення, пов'язані з недостатністю харчування.

3. Захворювання кісткової системи: рахіт, рахітоподібні захворювання, та ін.

4. Хронічні захворювання внутрішніх органів.

5. Захворювання крові (лейкози, гіпопластична анемія та ін).

6. Захворювання ЦНС.

7. Хромосомні хвороби (напр. хвороба Дауна).

8. Ендокринна патологія.

Церебральна гіпофізарная карликовість. (Гіпофізарний нанізм).

Етіологія і патогенез. В основі хвороби лежить або недолік вироблення рилізінг-факторів гіпоталамусом, або власне первинна гіпофізарна недостатність. Розрізняють два варіанти:

Сімейні випадки: у здорових батьків народжуються діти з гіпофізарним

нанізмом. Пояснення цього: успадкування деякого мутантного гена, або існування якогось успадкування, або третє пояснення: соматотропний гормон виробляється в нормальних кількостях і досить активний, але тканини не чутливі до нього.

Спорадичні випадки. Причини цих випадків: родова травма, механічна травма, гіпоксія, крововиливи; інфекція, або пухлини гіпофіза (аденома).

Клінічні прояви родинної форми: діти народжуються з нормальною масою і зростом, але спостерігається активне відставання в рості з 2-4 років життя. У міру розвитку спостерігається відсутність появи вторинних статевих ознак.

Симптоми. У клініці можуть з'являтися симптоми гіпотиреозу, рідше надниркової недостатності. Інтелект може не страждати, але формується певний тип особистості: негативізм, замкнутість та ін

У разі спадкової форми пізно з'являються ядра окостеніння та практичні залишаються відкритими зони росту, тобто існує можливість впливу препаратами на зони росту і можна, гіпотетично, домогтися збільшення зростання. А у випадках спорадичної гіпофізарної карликовості досить швидко закриваються зона росту і вплив на них не можливо.

Різке відставання в інтелектуальному розвитку.

Високорослі. Гігантизм - зростання більше 2-х метрів.

Етіологія і патогенез. *Вроджені* (генетично детермінована висока чутливість тканин до соматотропного гормону).

Набуті (травма, інфекція, еозинофільна аденома гіпофіза).

Гігантизм характеризується більш пропорційним розвитком скелета, проте до шкільного віку з'являються ознаки акромегалії, що характеризується більш сильним періостальним зростанням з подовженням кісток рук, носа і т.д. Симптоми. Підвищена стомлюваність, головні болі. Порушення зору. Приєднання симптомів цукрового та нецукрового діабету. Якщо гігантизм непухлинної етіології, то прогноз більш сприятливий, але ці люди згодом схильні до астенизації, інфекцій.

2.5. Ожиріння у дітей - це захворювання з утворенням надлишкової маси тіла за рахунок накопичення жиру. При ожирінні в організмі замість нормальної кількості жиру, що дорівнює 10 -15% маси тіла, його відкладається значно більше.

Існує два типи ожиріння – гіперцеллюлярний і гіпертрофічний. Гіперцеллюлярним (багатоклітинним, гіперпластичним) ожирінням називають кожний випадок огрядності із збільшенням числа жирових клітин в організмі. При цьому розміри клітин можуть бути і нормальними, і

великими. Гіпертрофічна форма ожиріння характеризується нормальним числом жирових клітин та їх великими розмірами. Перша форма ожиріння виникає в дитячому віці, друга розвивається у дорослої людини.

Етіологія та патогенез ожиріння у дітей.

Головна причина ожиріння - переважання калорійності їжі над енергоспоживанням організму. Іншими словами, дитина з їжею отримує більше поживних речовин, ніж організм може переробити, спалити, що згодом призводить до збільшення розмірів жирових клітин і підшкірно-жирової клітковини. Існує ряд захворювань і станів, при яких у дітей підвищена схильність до ожиріння, але вони не є його основною причиною.

До таких випадків відносять:

Спадкова схильність (надмірно велика кількість жирових клітин)

Ендокринні хвороби, при яких утворення жиру переважає над його розпадом: гіпотиреоз (знижена функція щитовидної залози), гіпогонадізм та інші.

Різного роду поразки гіпоталамуса - органу, контролюючого діяльність всіх інших ендокринних залоз (травма в пологах, затяжні пологи, інфекції).

Доведено, що 90 % дітей, що страждають ожирінням, набули його в результаті надлишкового надходження поживних речовин (переїдання) в сукупності з малою руховою активністю.

Щоб визначити, якою мірою вага дитини перевищує необхідний, зіставляють надлишок ваги щодо довжини тіла.

Виділяють чотири ступені ожиріння:

I ступінь - 15-24 %

II ступінь - 25-49 %

III ступінь - 50-99 %

IV ступінь - більше 100 %

Симптоми ожиріння у дітей. Про ожиріння у дитини можна говорити тільки тоді, коли вага перевищує відповідно до довжини тіла на 15 %. Цей надлишок не повинен бути обумовлений надмірно розвиненими м'язами або особливостями кісткової тканини. Тому часто для того, щоб підтвердити надлишок жирової тканини, вимірюють спеціальним каліпером товщину шкірно-жирової складки.

Ускладнення ожиріння. Крім того, що надмірна вага формує ряд комплексів, вона перешкоджає нормальному статевому розвитку (частіше діти розвиваються надмірно швидко), є причиною таких серйозних захворювань у майбутньому, як цукровий діабет, артеріальна гіпертензія (підвищений тиск), жовчнокам'яна хвороба (відкладення каменів у жовчному міхурі), атеросклероз (відкладення холестерину на стінці судини).

Неправильне статеве дозрівання пов'язано з тим, що жирова тканина виробляє жіночі статеві гормони, при цьому у дівчаток починається раннє статевий розвиток, а у хлопчиків можлива поява жіночих ознак. Це загрожує можливим безпліддям у майбутньому. У таких дітей часто Х- подібні ноги, це відбувається через те, що зайва вага діє на зростаючі кістки і зв'язки, які не витримують такого навантаження і викривляються.

Профілактика ожиріння у дітей повинна починатися не з того моменту, коли він з'являється на світ, а ще тоді, коли він знаходиться в утробі матері. Адже саме в цей час закладається не тільки схильність до хвороб, а й більшість смакових уподобань.

Не варто привчати дитину до пляшечки з молоком при першому крику, адже так виробляється звичка заїдати неприємності і стрес. Не треба маніпулювати дітьми, змушуючи з'їсти все до кінця, мотивуючи їх подарунком. Так з'являється звичка їсти тоді, коли не хочеться, тому що залишати їжу - погано.

У внутрішньоутробному періоді і перший рік життя відбувається закладка жирових клітин, надмірна кількість яких у старшому віці веде до схильності до ожиріння. Тому так важливо правильне збалансоване харчування вагітної та раціональне введення прикорму без перегодовування малюка. Не виправдана «теорія, що дитина виросте і вся надмірна вага піде в ріст», адже зайві кілограми завдадуть шкоди її здоров'ю і самі по собі нікуди не зникнуть.

2.6. Порушення статевого розвитку

Статевий розвиток, процес формування статевих ознак людини, що визначають його статеву належність. Невід'ємно пов'язаний з фізичним, психічним, духовним і іншим аспектами індивідуального розвитку. Головні первинні ознаки статі – статеві залози (яєчка і яєчники), провідні шляхи (сім'япроводи - сім'я вивідні шляхи) і яйцепроводи (маткові труби)), матка й копулятивні органи (статевий член у чоловіків, піхва, клітор, статеві губи у жінок). Всі інші ознаки, як одна стать відрізняється від іншої (особливості пропорцій тіла, ступінь розвитку молочних залоз, характер оволосяння, тембр голосу й т.п.), є вторинними статевими ознаками.

Усвідомлення власної статевої приналежності повною мірою розвивається до 3 - 6 років, у процесі того, як дитина усвідомлює себе особистістю. У дітей 2 - 4 років проявляється так звана статеві цікавість, що веде до прагнення розглядати й обмацувати свої статеві органи. Ознаками статевої приналежності в цьому віці є лише особливості будови зовнішніх

статевих органів.

Порушення статевого диференціювання (синдром гермафродитизму). Це група захворювань, проявом яких є двостатева структура зовнішніх геніталій.

Справжній гермафродитизм, або синдром істинної двостатевості. Фенотип може бути чоловічим або чисто жіночим. Зовнішні геніталії двостатеві. Латерально складка з одного боку утворює половину мошонки і в неї яєчко, з протилежного – велику соромітну губу. В усіх хворих виявляють матку, інколи маткові труби. Визначають змішану монаду (статеву залозу). Діагноз встановлюється на підставі двостатевих гонад, наявних внутрішніх жіночих органів на тлі вторинних чоловічих ознак.

Синдром дизгенезії яєчок виникає внаслідок низької андрогенної активності внутрішньоутробного яєчка, внаслідок генетичних чи ембріотоксичних чинників. Унаслідок недорозвинення гонади залишаються похідні проток. З них формуються рудиментарні матка, маткові труби, завжди є піхва. Зовнішні геніталії двостатеві: недорозвинутий невеликий статевий член, подібний до гіпертрофованого клітора, розщеплена мошонка, схожа на великі соромітні губи, сечівник відкривається до урогенітального синусу.

Кіничні форми:

1. Тернероїдний тип: низький зріст, вади розвитку, диспластична монада.
2. Євнухоїдний тип: зріст великий з великими кінцівками, геніталії більше подібні до жіночих.
3. Андроїдний тип: зовнішні геніталії схожі на чоловічі.

Синдром тестикулярної фемінізації – несправжній чоловічий гермафродитизм: гонада чоловіча на тлі жіночого фенотипу. Захворювання зумовлене мутаціями гена рецепторів до андрогенів. Відсутня матка, маткові труби, верхня третина піхви. Виділяють повні та неповні форми синдрому. При повній формі фенотип жіночий, відсутнє оволосіння, глибокий урогенітальний синус, молочні залози розвинені. При неповній формі тестикулярної фемінізації зовнішні статеві органи двостатеві, є оволосіння лобка, пенісоподібний клітор, молочні залози нерозвинені, урогенітальний синус мілкий.

Контрольні запитання

1. Охарактеризуйте особливості будови ендокринної системи у дітей.
2. Назвіть ендокринні залози та гормони, що вони виробляють.
3. Визначте особливості протікання цукрового діабету в дитячому віці.
4. Назвіть патології розвитку у дітей.

5. Поясніть ускладнення при ожирінні у дітей.
6. Визначте поняття «стать» і схарактеризуйте клінічну картину порушення статевого розвитку дитини дошкільного віку.
7. Що таке «синдром гермафродитизму»?

Література

1. Чеботарьова В.Д. Пропедевтична педіатрія. / В.Д. Чеботарьова, В.Х. Майданник – К.: Б. в., 1999. – С. 197-204; 440-447.
2. Мазурии А.В. Пропедевтика детских болезней. / А.В Мазурии, И.М.Воронцов – СПб.: «Издательство Фолиант», 2001. – С. 622-671.
3. Доскин В. А. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. / В.А. Доскин, Х. Келлер, Н.М. Мураенко, М.Р.Тонкова-Ямпольская– М.: Медицина, 1997. – С. 191-210.
4. Эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. Н. Лавина. – М.: Практика, 1999. – 1128 с.
5. hnb.com.ua

2.7. АНАТОМО-ФІЗІОЛОГІЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ТА ПАТОЛОГІЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ У ДІТЕЙ

1. Анатомо-фізіологічні особливості нервової системи дитини.
2. Дитячий церебральний параліч.
3. Абсцеси і травми мозку.
4. Неврози у дітей.

Нервова система регулює життєдіяльність організму, забезпечує координовану діяльність органів і систем. Крім того, головний мозок є місцем формування емоцій, почуттів, інтелекту. Знання вікових особливостей нервової системи необхідне для адекватної оцінки загального стану дитини та її нервово-психічного розвитку. Своєчасне забезпечення умов для формування розумового розвитку закладає основу для гармонійного розвитку особистості надалі.

1. Анатомо-фізіологічні особливості нервової системи дитини

Нервова система поділяється на центральну (головний і спинний мозок) та периферичну.

Найважливіші функції нервової системи:

- основне значення нервової системи полягає у забезпеченні найкращого пристосування організму до впливів зовнішнього середовища і здійсненні його реакцій як єдиного цілого;
- адекватна взаємодія організму з зовнішнім світом;
- забезпечення поведінки згідно з умовами життя;
- об'єднання і регуляція всіх функцій організму, його органів, тканин, клітин і внутрішньоклітинних структур;
- пускова дія функціонування (скорочення м'язів).

До моменту народження дитини центральні і периферичні відділи нервової системи ще не повністю розвинені і сформовані. Морфологічно це виражається в недостатній кількості і диференційованості клітин головного мозку і міжнейронних зв'язків, відсутністю нормальних звивин і мієлінізації рухових волокон. Все це призводить до того, що діти, особливо молодшого віку, схильні до більш різких, генералізованих реакцій у відповідь на інфекцію, інтоксикацію, больову і психічну травму. Тому місцеві специфічні ознаки захворювання часто бувають згладжені, на перший план виступають загальні симптоми – підвищення температури тіла, блювота, пронос. Одночасно з генералізованою відповіддю на травми у дітей спостерігається швидке виснаження компенсаторних реакцій нервової системи. Дитина насилу локалізує біль, її дихальна система слабкіше контролюється з боку вегетативної нервової системи, тому проявом загальної реакції організму дитини на будь-який вплив служить порушення дихання.

Психічна реакція на травму може спостерігатися у дуже маленьких дітей, причому вона зберігається тривалий час. Так, серед дітей, які різного роду травми на фізичному чи психічному рівнях, значно частіше спостерігаються страхи, заїкання, нічне нетримання сечі. Недостатня психічна зрілість дитини призводить до негативізму, що виражається в небажанні виконувати вимоги батьків, вихователів, лікарів, і до дисимуляції (приховування скарг).

Недосконалість вегетативної нервової системи в поєднанні з ендокринними зрушеннями у дітей сприяє виникненню розладів перистальтики, що може призвести до проносів або запорів, алергічних реакцій і ін.

2. Дитячі церебральні паралічі.

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) - термін, що об'єднує групу непрогресуючих захворювань головного мозку, що виникли внаслідок

недорозвинення або пошкодження структур мозку в антенатальний, інтранатальний і ранній постнатальний періоди, що характеризуються руховими розладами, порушеннями пози, мови, психіки.

Етіологія:

- процесі внутрішньоутробного розвитку плоду. Серед патогенних факторів, що ушкоджують мозок внутрішньоутробно, провідна роль належить інфекціям (грип, краснуха, токсоплазмоз), соматичним та ендокринним захворюванням матері (врожені вади серця, хронічні захворювання легень, цукровий діабет, гіпо-і гіпертиреоз та ін), імунологічній несумісності крові матері і плода (по резус-фактору, системі АВО і інших антигенів), професійним шкідливим факторам, алкоголізму.
- ураження мозку в процесі пологів, основне значення мають родова травма, асфіксія в пологах, в ранньому післяпологовому періоді - енцефаліти.

Розрізняють три стадії перебігу захворювання: ранню; початкову і хронічно-резидуальну.

Форми ДЦП.

1. *Спастична диплегія (хвороба Літтля)* - найбільш розподіл: 2руки і 2 ноги. Підвищення м'язового тону (спастичність) в нижніх кінцівках – основні ознаки.

Літтл вперше вказав на роль родової травми в походженні ДЦП. Велика частина дітей народилися недоношеними і перенесли асфіксію при народженні.

Виражені симптоми виявляються в перші дні життя дитини. При купанні, сповиванні виражений підвищений тонус м'язів (тугорухливість, опір пасивним рухам). Діти починають ходити з відставанням. Пошкоджується центральний руховий нейрон і розвивається центральний параліч або парез.

Руки уражаються в значно меншому ступені, ніж ноги. Часто порушення моторики рук настільки незначні, що спастична диплегія визначається як «спастичний параліч кінцівок, частіше нижніх, рідше, верхніх і нижніх».

Тонус м'язів ніг різко підвищений (у приводять і розгинальних м'язах). Внаслідок цього ноги розігнуті і приведені одна до іншої, іноді перехрещені. Характерна хода («качина хода»): ступні торкаються підлоги тільки пальцями, ноги переставляються з великими труднощами, часто перехрещуються, що порушує поставу, ускладнює стояння і ходьбу.

Легке порушення рухових функцій рук дозволяє користуватися ними: хворий допомагає собі ними при ходьбі; дає можливість розвивати навички самообслуговування, трудові та навички письма.

Ступінь порушень різна, частіше інтелект збережений. У багатьох дітей – ЗПР (затримка психічного розвитку) і мовні розлади (дизартрія, рідше - моторна алалія).

Спастична диплегія відноситься до найбільш сприятливої форми ДЦП.

2. *Подвійна геміплегія* - найважча форма ДЦП. Діагностується вже в період новонародженості.

Характеризується важкими руховими порушеннями у всіх чотирьох кінцівках (іноді руки важче) 2 руки і 2 ноги. Рухові розлади часто асиметричні через велику вираженість шийного тонічного рефлексу на одній стороні. Діти не тримають голову, не сидять, не ходять. Не розвиваються передумови до формування самообслуговування. Олігофренія в ступені важкої дебільності, імбецильності або навіть ідіотії. Дизартрія (порушення мовної функції), анартрія (втрата здатності утворювати мовні звуки).

3. *Геміпаретична форма* - дитяча церебральна геміплегія (повна втрата довільних рухів в руці і нозі з одного боку.).

Етіологія і патогенез. Одностороннє пошкодження рухової зони кори головного мозку або основного рухового (пірамідного) шляху, найчастіше в результаті енцефалітів.

Симптоми. Характеризується односторонніми руховими порушеннями. Найчастіше помічається більш важке ураження руки. М'язовий тонус в руці високий, вона зігнута в ліктьовому суглобі, приведена до тулуба, кисть опущена і стиснута в кулак. Якщо дитина не користується рукою – настає її вкорочення (відставання в зростанні), зменшення в об'ємі (атрофія).

Нога розігнута в колінному суглобі, стопа опущена. Сухожильні рефлексі підвищені, є патологічні зміни 1 рука > 1 нога. Найчастіше спостерігається у дітей раннього віку, потім стає менш вираженою, особливо в нижній кінцівці. Характерна хода - плече приведенне до тулуба, рука зігнута в ліктьовому суглобі, кисть зігнута або витягнута, пальці зігнуті або придавлені до кисті. Нога розігнута, злегка повернена всередину, стопа спирається тільки на пальці. Уражені кінцівки відстають у рості від здорових: кістки коротше, тонше. ЗПР (переборна), олігофренія в стадії дебільності, рідше - імбецильності.

4. *Гіперкінетична форма.*

Етіологія. Внутрішньоутробне ураження мозку; частіше білірубінова енцефалопатія (несумісність крові матері і плоду по резус-фактору, по групі крові) уражаються підкіркові відділи мозку, які відіграють роль здійснення мимовільного рухового акту.

Симптоми. Характеризується руховими розладами - гіперкінезами (насилені мимовільні рухи в різних групах м'язів), які можуть

поєднуватися з паралічами і парезами. Спостерігаються, в залежності від форми, інтенсивні, широкі, неритмічні мимовільні рухи в у різних м'язових групах: нахмурювання брів, випинання язика, прищмокування, шмигання носом, хаотичні рухи кінцівок. Утруднюється прийом їжі, стояння і ходьба.

Атетодні гіперкінези (супроводжуються зміною тону) - повільні, червоподібні рухи пальців рук, рідше - випинання губ, перекіс рота, гримаси.

Хореоатетодні гіперкінези - змішана форма.

Спастична кривошия - судомні скорочення м'язів шиї. Голова повернена убік і нахилена до плеча. Може поєднуватися з відкиданням голови назад, знижуванням плечима.

Гіперкінетична форма - характеризується непостійністю м'язового тону - дистонією. 90% - мовні порушення (гіперкінетична дизартрія). Інтелект і психіка страждають рідше. Однак мовні і рухові порушення ускладнюють розвиток дитини, її навчання і соціальну адаптацію.

Прогностично сприятлива форма відносно навчання та соціальної адаптації. У чистому вигляді зустрічається рідко.

5. Атонічно-астатична форма.

Етіологія і патогенез. Низький м'язовий тонус і труднощі у вертикалізації (астазія). Несформованість реакцій рівноваги, недорозвинення випрямних рефлексів і порушення координації, розлад цілеспрямованих рухів, ходьби (мозочкова атаксія).

Симптоми. Траєкторія руху зигзагоподібна - хода п'яної людини (хода при атаксії). Важко стояти (особливо на одній нозі), переступати перешкоди, здійснювати повороти, стрибки, бігати. При ходьбі координація рук і ніг не узгоджена. Тремор рук ускладнює виконання довільних дій, позначається на листі - букви танцюють, нерівні і великі, лист переривчасте. Мова розстроюється, втрачає плавність, переривчаста, монотонна, повільна.

3. Абсцеси і травми головного мозку. Травми спинного мозку.

Абсцеси - це обмежене (осередкове) скупчення гною в головному мозку, що викликає запальні процеси мозку, можуть виникнути внаслідок емболії з гнійних ділянок, або ж розвиток їх буває обумовлений захворюванням вуха або травмою.

В першому випадку абсцеси мозку бувають чисельними; вони швидко призводять до летального кінця і лікуванню не піддаються.

У другому випадку, що зустрічається частіше, хвороба починається поступово, не даючи при цьому характерних симптомів, і тільки наявність етіологічних моментів (травма черепа або хронічне захворювання вуха)

примушує думати про можливість абсцесу мозку.

Симптоми.

- головний біль;
- слабкість і підвищена стомлюваність;
- нудота і блювання без почуття полегшення і зв'язку з прийомом їжі;
- світлобоязнь і слезотеча;
- напруга і спазм потиличних м'язів;
- втрата свідомості;
- температура і лихоманка;
- інтенсивне потовиділення.

Крім цього, можуть спостерігатися і специфічні симптоми, які залежать від локалізації запального процесу: зниження інтелекту, підвищена балакучість, марення, моторна афазія (порушення мови), порушення координації, м'язова гіпотонія (слабкість м'язів), ністагм (рухи очей з боку в бік), судомні напади, часткові та повні паралічі.

Ускладнення. Основним ускладненням абсцесів є зниження функцій центральної нервової системи. Можливий розвиток паралічу (часткової повного), зниження слуху, зору, інтелектуальних здібностей, порушення пам'яті та уваги. Не виключена можливість летального результату.

Травми мозку у дитини пов'язані переважно з падінням її з якої-небудь висоти (з даху, паркану, у грудних дітей – з ліжка). При цьому в деяких випадках травма буває настільки значною, що може супроводжуватись розтрощенням, синцем мозку, крововиливом з проявом місцевих вогнищевих симптомів залежно від того, яка частина мозку пошкоджена.

Симптоми залежать від форми травми головного мозку.

Струс головного мозку. Характеризується короткочасною втратою свідомості в момент травми, блювотою (частіше одноразової), головним болем, запамороченням, слабкістю, болем при рухах очима і ін.

Забій головного мозку легкого ступеня. Відрізняється виключенням свідомості до 1 години після травми, скаргами на головний біль, нудоту, блювоту.

Забій головного мозку середнього ступеня. Свідомість втрачається на кілька годин. Виражено випадання пам'яті (амнезія) на події, що передували травмі, саму травму та події після неї. Скарги на головний біль, неодноразову блювоту. Виявляються короткочасні розлади дихання, частоти серцевих скорочень, артеріального тиску. Можуть бути порушення психіки. Вогнищева симптоматика проявляється у вигляді нерівномірної величини зіниць, порушень мови, слабкості в кінцівках і т.д.

Забій головного мозку важкого ступеня. Характеризується тривалою

втратаю свідомості (тривалістю до 1-2 тижнів). Характерні грубі порушення життєво важливих функцій (зміна частоти пульсу, рівня тиску, частоти і ритму дихання, температури). У неврологічному статусі відзначаються ознаки ураження стовбура мозку - плаваючі рухи очних яблук, порушення ковтання, зміна м'язового тону і т.д. Можуть виявлятися слабкість в руках і ногах аж до паралічів, а також судомні напади. Забій тяжкого ступеня супроводжується, як правило, переломами склепіння та основи черепа і внутрішньочерепними крововиливами.

Здавлення головного мозку. Основною причиною здавлення мозку при черепно-мозковій травмі є скупчення крові в замкнутому внутрішньочерепному просторі. Причиною здавлення мозку можуть бути також вдавлені переломи кісток склепіння черепа, особливо проникнення кісткових відламків на глибину понад 1 см.

Симптоми. У більшості випадків відзначається втрата свідомості в момент травми. У подальшому свідомість може відновлюватися. Період відновлення свідомості називається світлим проміжком. Через кілька годин або діб хворий знову може впасти в несвідомий стан, що, як правило, супроводжується наростанням неврологічних порушень у вигляді появи або поглиблення парезів кінцівок, епілептичних нападів, розширення зіниці з одного боку, брадікардії (частота пульсу менше 60 за хвилину) і т. д. По темпу розвитку розрізняють гострі внутрішньочерепні гематоми, які проявляються в перші 3 доби з моменту травми, підгострі - клінічно проявилися в перші 2 тижні після травми і хронічні, які діагностуються після 2 тижнів з моменту травми.

Травми спинного мозку.

Більша частина пошкоджень спинного мозку викликає втрату чутливості нижче місця ураження і здатності рухатися (параліч) або постійну недієздатність. Параліч, що зачіпає велику частину тіла, включаючи руки та ноги, називається тетраплегією. Коли враження спинного мозку зачіпає тільки нижню частину тіла, кажуть про параплегію.

Симптоми. Симптоми пошкодження спинного мозку залежать від двох факторів.

1. Розташування пошкодження. Загалом, пошкодження верхніх відділів спинного мозку обумовлює більший за обсягом параліч. Наприклад, пошкодження верхніх шийних відділів спинного мозку може викликати параліч обох рук і обох ніг, пацієнт може дихати лише за допомогою апарату штучного дихання, тоді як пошкодження, розташовані нижче, можуть вразити тільки ноги і нижню частину тіла.

2. Ступінь тяжкості пошкодження. Пошкодження спинного мозку бувають частковими або повними, це залежить від того, яка частина спинного мозку була вражена.

При частковому пошкодженні спинного мозку, яке ще називають частковою травмою, спинний мозок може передавати деякі нервові імпульси в головний мозок і з нього. Тому, пацієнти з частковим пошкодженням спинного мозку володіють деякою чутливістю і, можливо, деякими моторними функціями нижче ураженої ділянки.

Повне пошкодження спинного мозку проявляється повною або практично повною втратою моторної функції і чутливості нижче ділянки пошкодження. Однак, навіть при повному пошкодженні спинний мозок майже ніколи не є повністю переріzanим. Лікарі застосовують термін «повне», щоб описати велику площу враження спинного мозку. Це важлива відмінність, тому що багато пацієнтів з частковими враженнями спинного мозку можуть відновитися, тоді як пацієнти з повними пошкодженнями - не можуть.

Пошкодження спинного мозку будь-якого виду можуть призвести до появи одного або більше ознак і симптомів:

- біль або інтенсивна печія, викликані враженням нервових волокон в спинному мозку;
- втрата здатності рухатися;
- втрата чутливості, включаючи здатність відчувати тепло, холод і дотик;
- втрата контролю над роботою кишечника і сечового міхура;
- надмірна рефлекторна активність або спазми;
- утруднене дихання, кашель або відкашлювання секрету з легенів.

Критичні ознаки і симптоми.

Критичні ознаки та симптоми пошкодження спинного мозку після травми голови або нещасного випадку включають:

- періодичну втрату свідомості;
- сильний біль у спині або відчуття тиску в ділянці шиї, голови або спини;
- слабкість, втрата координації або параліч будь-якої частини тіла;
- оніміння, поколювання або втрата чутливості в кистях, пальцях рук, ступнях або пальцях ніг;
- втрата контролю над роботою кишечника і сечового міхура;
- проблеми з рівновагою і ходінням;
- утруднене дихання після травми;
- неправильне або викривлене положення шиї і спини.

Пошкодження може бути травматичним і нетравматичним

Травматичне пошкодження спинного мозку може виникнути внаслідок

раптового, травмуючого удару хребта, який ламає, зміщує, руйнує або здавлює один або більше хребців. Таке пошкодження може також бути результатом вогнепального або ножового поранення спинного мозку. Додаткове пошкодження зазвичай проявляється через кілька днів або тижнів внаслідок кровотечі, набряку, запалення і скупчення рідини в спинному мозку і навколо нього.

Нетравматичне пошкодження спинного мозку може бути викликане артритом, раком, порушенням роботи кровоносних судин або кровотечею, запаленням, інфекціями або дегенеративними захворюваннями хребта.

4. Неврози у дітей

Дана патологія – самий розповсюджений вид нервово-психічної патології. Спочатку неврози постають як емоційні розлади, що виникають переважно в умовах порушених стосунків в сім'ї, наперед, з матір'ю (особливо в ранньому дитинстві), в подальшому виникають проблеми пов'язані з батьком, який не здатний вирішити проблеми особистості дитини. Батьки часто не в змозі розв'язати багато особистих проблем, самі можуть страждати неврозами. Тому це дає змогу, розглядати невротичний стан дитини як відображення особистих проблем батьків.

До факторів, що можуть ускладнити процес формування особистості відносяться причини соціально-психологічного, соціально-культурного, соціально-економічного характеру.

Соціально-психічні фактори: наявність одної дитини в сім'ї або емоційна ізоляція одної дитини, недостатня психологічна сумісність батьків, домінування в сім'ї когось з батьків.

Соціально-культурні фактори: проблеми урбанізації, прискорення темпу сучасного життя, недостатні умови для повноцінного відпочинку, емоційна перенапруга.

Соціально-економічні фактори: незадоволеність матеріальних проблем.

Класифікація:

1. Неврастенії.
2. Невроз жаху.
3. Невроз нав'язливих станів.
4. Істеричний невроз.

Невроз – нервово-психічний розлад, що виникає внаслідок порушення особливо значущих життєвих відношень людини та проявляється специфічними клінічними феноменами при відсутності психотичних явищ.

Для неврозів характерно:

1. Зворотність патологічних порушень.

2. Психогенна природа захворювання (зв'язок між клінічною картиною та конфліктною ситуацією хворого).

3. Домінування емоційно-афективних розладів.

Неврози можуть виникати у осіб, що не страждають психопатіями, надсильний психотравмуючий фактор може викликати розвиток неврозу у будь-якої людини.

Характерні риси людей в передхворобній фазі залежно від форми неврозу:

1. Неврастенія – підвищена відповідальність, добросовісність, висока чутливість до критики, висока працездатність, активність при вираженій емоційності.

2. Істерія – висока егоїстичність, егоцентризм, висока активність, незначна рішучість, висока впевненість в собі, прагнення лідерства.

3. Невроз нав'язливих станів – низька активність, нерішучість, виражена тривожність.

Вплив виховання в сім'ї:

1. При істерії – надмірна ласкавність батьків, сюсюкання, невинуватене підкреслення існуючих та неіснуючих переваг дитини, що веде до неадекватного завищення самооцінки.

2. Невроз нав'язливих станів – надмірне оберігання дитини, залякування, зменшення ініціативності та рішучості у дитини.

3. Неврастенія – стимулюється нездоровий потяг до успіху без урахування сил та можливостей дитини.

В патогенезі психогенних розладів особливе місце займає психологічний конфлікт (зовнішній чи внутрішній), патогенність якого обумовлюється нездатністю хворого вирішити його. Зовнішній конфлікт – стикання порушених відношень особистості з вимогами оточуючого середовища. Внутрішній – визначається існуванням протирічливих бажань, тенденцій, мотивацій. Конфліктні ситуації. При виникненні конфлікту особистість не може прийняти певного рішення.

Неврастенія - нерве виснаження, викликане перевтомою або тривалим впливом психотравмуючих чинників.

Симптоми. Неврастенія проявляється у формі нестабільності емоційного стану (настрою), підвищеною збудливістю, дратівливістю, плаксивістю, втомою. Працездатність дитини значно знижується, вона швидко втомлюється, з'являються головний біль, млявість, сонливість, пасивність.

В одних випадках переважає підвищена дратівливість, примхливість, іноді психомоторне збудження, а в інших навпаки млявість, втома, переляканий стан, сором'язливість. Часом у дітей можуть бути виражені лише окремі симптоми неврастенії: головний біль, розлади сну і апетиту, зниження працездатності.

Невроз страху. Страху у дітей самі по собі не повинні розглядатися як прояв хвороби, оскільки підвищена лякливість є їх фізіологічною особливістю. Іноді в результаті неправильного виховання (залякування дітей) або психічної травматизації страхи мають стійкий характер.

Симптоми. Може змінюватися поведінка дитини. Вона починає боятися темряви, перебувати одна в приміщенні, боїться нових людей. У маленьких дітей часто виникають нічні страхи. Вони можуть мати затяжний перебіг.

Перебіг неврозу страху відрізняється динамічністю симптомів, характеризується повторенням, може бути затяжним. У такому випадку говорять про нав'язливі страхи (фобії).

Невроз нав'язливих станів. Нав'язливі стани частіше розвиваються у віці десяти-чотирнадцяти років, але можуть виникати і значно раніше у віці двох з половиною чотирьох років.

Симптоми. Характерними для дитячого віку є нав'язливі страхи (фобії) гострих предметів, відкритих просторів (агорафобія) коли дитина уявляє небезпечними природні та казкові явища, смерть, пільму, шкільні ситуації, боїться заразитися. Невроз нав'язливих станів часто розвивається у дітей з істеричним розвитком (езопової, примхливих, які вимагають до себе особливої уваги).

Істерія - це важкий невроз, який супроводжується сильним емоційним і афективним станом. Це явище може бути тимчасовим і зворотнім, тобто без будь-яких наслідків для організму, відсутні патологічні зміни в нервовій системі. Такий стан може виникнути від хвилювання, якогось страху, стресу і т. п.

Симптоми. Істерія у дітей супроводжується рухами рук і ніг, а також небажанням грати, бігати, ходити і т. д. Стан афекту - плач, крик, гнів, який може закінчитися судомами, нападами епілепсії (не справжньої), порушенням зору та слуху, паралічем, а також іншими серйозними ускладненнями. Апетит, якщо не остаточно втрачений, то значно знижений. Слиновиділення майже завжди збільшується. З очей виділяються потоки сліз, повіки запалюються. Плачуть без жодної на те причини. Вираз обличчя і колір шкіри змінюються досить швидко. Іноді хворий одночасно сміється й плаче.

У тяжких випадках хворі з криком падають на спину або бік, але на відміну від епілептичного приступу реакція зіниць на світло зберігається.

З'являються судоми із значним вигинанням спини. Іноді це справжня «істерична дуга». Внаслідок судом м'язів обличчя, шиї, голови, стравоходу з'являються скрегіт зубів, крик, голосний сміх, що переходить у плач, а також позіхання, зітхання, судомне стиснення стравоходу. Після приступу хворий швидко включається, починає реагувати на навколишні події. Судомні приступи пов'язані з емоційним перенапруженням.

Епілєсія – тяжке захворювання, основою якого є спонтанна безладна активність клітин головного мозку. На даний момент не встановлено жодної чіткої причини епілєпсії. Існують лише провокуючі хворобу фактори, які можуть стати причиною розвитку захворювання: пороки внутрішньоутробного розвитку, родові травми, інфекційні захворювання (менінгіти та енцефаліти), травми голови, особливо з тривалою втратою свідомості, ДЦП, пухлини головного мозку.

Симптоми. Картина епілєптичних випадків у дітей мало відрізняється від такої у дорослих. Розрізняють, як і в дорослих, два види епілєпсії: «великий випадок» і «малий».

При великому випадку дитина раптово падає, іноді з криком, непритомніє, і у неї починаються спочатку тонічні, а потім клонічні судоми кінцівок і лицьових м'язів.

Судоми супроводжуються прикушуванням язика, сильним виділенням слини, нерухомістю зіниць; при цьому нерідко буває також мимовільне виділення сечі й калу. Напад триває декілька хвилин (2–4), а потім дитина на короткий час приходить у свідомість і відразу засинає; після сну вона нічого не пам'ятає.

У деяких випадках нападам передуює особливий стан (так звана аура), що виражається у дітей блюванням, болями в животі, страхом і передчуттям небезпеки. Іноді діти сідають на підлогу або ж ховаються в куток кімнати, де у них і відбувається напад. Частота нападів буває різна: від 1–2 на рік до декількох випадків на місяць або на тиждень; в дуже рідких випадках бувають і щоденні напади.

Іноді напад триває недовго: дитина втрачає притомність лише на одну мить, на декілька секунд, іноді вона навіть залишається в сидячому положенні, тільки дещо нахилиється вперед, а потім тут же без всяких судом приходить до тями. Така форма епілєпсії має назву «малої». Такі напади можуть повторюватись у дитини 1–2 рази на день і навіть значно частіше (до 40 на день).

Прогноз у зв'язку з дуже різноманітним перебігом епілєпсії у дітей буває різний. Найгірший він буває у тих випадках, коли спостерігаються безперервно тривалі випадки епілєпсії; в таких випадках майже завжди

розвивається недоумство, особливо коли випадки починаються з раннього дитячого віку, причому не має значення, яка форма епілепсії спостерігалась – велика чи мала: випадки малої епілепсії, які тривають безперервно, часто можуть призвести до недоумства. Якщо у дитини була невелика кількість випадків, це не є гарантією, що розумові здібності її не постраждають, і в цьому відношенні прогноз при всякій епілепсії у дитини несприятливий.

Дітей, які хворіють на тяжку форму епілепсії з випадками, що часто повторюються, і з явищами наростаючого недоумства, необхідно поміщати в спеціальні установи.

Контрольні питання

1. Поясніть причини виникнення невротичних розладів у дітей дошкільного віку.
2. Складіть таблицю (за пунктами: етіологія, патогенез, симптоми) дитячих неврозів.
3. Назвіть хвороби, які визначають запалення головного мозку та мозкових оболонок.
4. Визначте симптоматику уражень спинного мозку.
5. Охарактеризуйте особливості протікання епілепсії у дитячому віці.
6. Поясніть чим відрізняються епілептичні випадки від істеричних.
7. Охарактеризуйте основні причини, форми і особливості протікання дитячого церебрального паралічу у дітей.

Література

1. Бадалян Л. О. Дитяча неврологія / Л. О. Бадалян - М: Медицина, 1984.
2. Буянов М.І. Основи психотерапії дітей і підлітків / М.І. Буянов - М.: Просвещение, 1998.
3. Мойсак, О.Д. Основи медичних знань і охорона здоров'я /О. Д. Мойсак. – К.: Арістей, 2007. – 616 с.
4. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С.К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991. – 442 с.
5. Ткаченко С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики: підручник / С.К. Ткаченко, Р.І. Поцюрко, Л. В. Беш та ін. – К.: «Медицина», 2009. – 560 с.

РОЗДІЛ 3

ІНФЕКЦІЙНІ ДИТЯЧІ ЗАХВОРЮВАННЯ

3.1. ПОНЯТТЯ ПРО ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ. ОСОБЛИВОСТІ ІНФЕКЦІЙНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ. ІМУНІТЕТ, ЙОГО ВИДИ

1. Поняття терміну «інфекція». Шляхи передачі інфекції.
2. Поняття імунітету, його форми.
3. Щеплення.

1. Поняття терміну «інфекція». Шляхи передачі інфекції

Термін «інфекція» походить від латинського слова *inficere* – заражаю. Отже, під інфекцією розуміють проникнення і розмноження хвороботворних мікроорганізмів в іншому організмі та їх взаємодію при різних умовах.

Інфекційне захворювання – це стан, викликаний хвороботворними мікроорганізмами (бактеріями, вірусами, рикетсіями, грибками) та виробленими ними токсинами (отрутою), які передаються від хворої людини або тварини здоровій людині. Інфекційні хвороби проявляються у вигляді епідемічних осередків.

Причина кожного інфекційного захворювання – збудник, непомітний для ока мікроорганізм: паличка або вірус, стрептокок або вібріон. Таких збудників, що здатні «атакувати» людину, є безліч.

Наступна характерна ознака для всіх інфекцій – це так звані періоди розвитку інфекційного процесу.

1. Інкубаційний період або прихований, що триває від моменту проникнення інфекційного збудника в організм дитини до появи перших ознак захворювання. Іноді інкубаційний період буває від 1-2 днів до року. Протягом інкубаційного періоду відбувається розмноження й накопичення мікробів та їхніх отрут, підвищення реактивності організму до збудника.

2. Продромальний період: з'являються ознаки інтоксикації – підвищення температури тіла, лихоманка, порушення з боку нервової системи (головний біль, запаморочення, важкість в голові, нудота і т. п.), загальна слабкість, почуття ломоти у всьому тілі і особливо в суглобах.

3. Період розпалу хвороби (у такий період інфекційний процес досягає високої інтенсивності, тримається на цьому рівні певний час, що є неоднаковим при різних захворюваннях).

4. Період реконвалесценції, тобто одужання (при сприятливих умовах перебігу, така хвороба переходить у стадію одужання, першою ознакою чого є спадання температури, поліпшення загального самопочуття і т.п. При багатьох інфекційних захворюваннях клінічне одужування не збігається за часом зі звільненням інфікованого організму від збудника хвороби).

Характерними властивостями мікроорганізмів є:

- висока ефективність зараження людей;
- здатність викликати захворювання у результаті контакту здорової людини із хворою або з певними зараженими предметами;
- наявність певного інкубаційного періоду, тобто з моменту зараження до прояву певного захворювання (від декількох годин до десятків днів);
- певні труднощі з визначенням окремих видів збудників.

Шляхи передачі інфекції.

В організм людини збудники інфекцій можуть потрапляти різними шляхами:

- через верхні дихальні шляхи (повітряним);
- через шлунково-кишковий тракт (повітряно-крапельним);
- через проникнення у кров (в основному передаються кровоносними паразитами);
- через шкіру;
- через слизові оболонки.

Потрапляючи у внутрішні органи людини, збудники інфекційних захворювань можуть викликати різні розлади як клінічного, так і анатомічного характеру. Деякі із збудників захворювань можуть спричиняти інфекційні хвороби через харчі (воду, молоко, продукти), вживаючи які, людина хворіє. Поширенню багатьох інфекцій сприяють і комахи, а також недотримання правил особистої гігієни.

Симптоми. Інфекційне захворювання в більшості випадків починається гостро (протягом 1-3 діб) або підгостро (протягом 7 днів). Як правило, на ранніх стадіях багато інфекційних хвороб за своїми проявами схожі. При інфекційному захворюванні з'являються ознаки інтоксикації – підвищення температури тіла, лихоманка, порушення з боку нервової системи (головний біль, запаморочення, важкість в голові, нудота і т. п.), загальна слабкість, почуття ломоти у всьому тілі, особливо в суглобах. По мірі одужання вираження проявів інфекційної інтоксикації зменшується. Інфекційне захворювання відрізняє швидка зміна різних симптомів: поява одних і

зникнення або збільшення вираження інших протягом захворювання

По мірі розвитку хвороби картина прояснюється: з'являються ознаки переважного ураження будь-яких органів (або органа), що дає можливість віднести дане захворювання до кишкової інфекції, інфекції дихальних шляхів і т. д. Висип на шкірі або на видимих слизових оболонках при інфекційних захворюваннях, на відміну від висипки при шкірних захворюваннях, з'являється на тлі ознак загальної інтоксикації. Лімфатичні вузли реагують на збудника інфекції помітним збільшенням і хворобливістю при прощупуванні. У більшості випадків ускладнення, що виникають при інфекційному захворюванні, наприклад, інфекційно-токсичний шок, ниркова та печінкова недостатність, міокардит, інфекційна енцефалопатія і т. п., не зачіпають органи, уражені при даній хворобі, але можуть представляти безпосередню загрозу для життя хворого.

Епідемія – це масове розповсюдження інфекційних захворювань людини в будь-якій місцевості чи країні, що значно перевищує звичайний рівень захворюваності. Пандемія – епідемія, що охоплює більшу частину населення країни, групи країн, континенту. Епідемічний процес – безперервний ланцюг послідовно виникаючих та взаємозв'язаних інфекційних станів (хворі, носії), що проявляється у вигляді епідемічних вогнищ з хворими та носіями. Поняття «Епідемія»... Епідемічне вогнище – це місце перебування джерела інфекції з оточуючою його територією в тих межах, в яких воно може передавати хворобу.

Для запобігання захворювань проводяться такі профілактичні заходи: проведення профілактичних щеплень; карантинні заходи (під карантином розуміється - комплекс заходів щодо припинення розповсюдження інфекції, включаючи ізоляцію раніше хворих, дезінфекцію місця проживання хворих, виявлення контакту інфекції з хворими та інші); вилучення джерела інфекції. Також дуже важливим фактором у запобіганні інфекційних захворювань є здоровий імунітет.

2. Поняття імунітету, його форми

Імунітет - форма захисту людського організму для підтримання стійкості до чужорідних антигенів (мікробних, вірусних, грибкових, паразитарних, клітинних та ін.), які порушують гомеостаз, призводячи до патологічних імунних та інших фізіологічних реакцій.

Кожна клітина людського організму має свою антигенну структуру, тобто свій антиген, за яким клітини імунної системи можуть відрізнити «своїх від чужих». У випадку потрапляння бактерії чи вірусу відбуваються

специфічні імунні реакції, направлені на розпізнавання та знищення чужорідних антигенів. Одним із методів їх знищення є вироблення антитіл. Антитіла - високо специфічні біологічно активні речовини, які забезпечують зв'язування та знищення антигенів (у доному випадку чужорідних). Таким чином утворюється ціла система «антиген- антитіло», яка впродовж мільйонів років забезпечує універсальний захист всіх живих організмів. Але антитіла виробляються лише на антигени, з якими імунна система вже мала справу. Коли збудник потрапляє до організму перший раз, то захист спрацьовує не одразу, тому розвивається захворювання. Проте, коли відбуваються повторні атаки, універсальні клітини пам'яті передають сигнал для вироблення антитіл саме до цього антигена, який уже добре знайомий.

Види імунітету.

Вроджений імунітет - отримується від матері.

Набутий – активний - утворюється після перенесеного захворювання (природний), або після вакцинації (штучний); - пасивний – з'являється тимчасово при введенні уже готових антитіл.

Характеристика основних форм імунітету.

Вроджений (спадковий) імунітет – стійкість організму до певних патогенних агентів, яка властива даному виду і передається спадково. Вважають, що цей вид імунітету зв'язаний з особливостями генотипу даного конкретного виду макроорганізму (несприйнятливість людини до чуми рогатої худоби, курячої холери, а тварин – до скарлатини, кору).

Видовий імунітет є наслідком тривалої еволюції взаємовідносин організму і патогена. Він може бути абсолютним і відносним та залежить від біологічних особливостей організмів, які сформувалися у процесі історичного розвитку в ході природного добору, мінливості й генетичної адаптації до умов довкілля.

Під *набутим* імунітетом розуміють специфічний захист проти генетичне чужорідних субстанцій (антигенів), який здійснюється імунною системою організму через вироблення антитіл. Набутий імунітет виробляється в результаті перенесеного захворювання або вакцинації здорового організму.

Розрізняють *природний і набутий штучний імунітет*.

Природний імунітет буває активним і пасивним. *Природний активний* імунітет може виникати після перенесення інфекції і тривати місяцями, роками або все життя. *Природний пасивний* імунітет має новонароджений організм, набуваючи його від матері в період внутрішньоутробного розвитку. *Набутий штучний* імунітет виробляється в результаті активної або пасивної імунізації організму. *Штучний активний* імунітет формується під впливом

вакцин і може тривати від кількох місяців до кількох років. Імунітет, зумовлений введенням в організм готових захисних речовин (антитіл) у вигляді сироваток, дістав назву *набутого штучного пасивного* імунітету.

Набутий імунітет не успадковується. Він формується щодо конкретного виду патогенного мікроба в результаті контакту з ним, тобто є суворо специфічним. Цей вид імунітету дуже стійкий; наприклад, після віспи він зберігається все життя, а після кору, висипного тифу – тривалі роки.

Неспецифічна резистентність (опірність). Під нею розуміють відносний рівень природженої стійкості організму щодо дії різних чинників: механічних, фізичних, хімічних, біологічних, у тому числі мікробів, їхніх токсинів тощо. Резистентність може бути властивою всьому організму або його окремим системам, тканинам і органам. Вона пов'язана з анатомо-фізіологічними і генетичними особливостями організму, з його механічними, гуморальними і клітинними неспецифічними факторами захисту тощо.

Неспецифічна резистентність організму зумовлена такими факторами захисту, як бар'єрна функція шкіри, слизових оболонок, лімфатичних вузлів, бактерицидних речовин слини, крові, видільна система, температурна реакція тощо. Ці фактори не потребують спеціальної перебудови, а знешкоджують чужорідні тіла і речовини в основному за рахунок механічної або фізико-хімічної дії.

Розрізняють *антибактеріальну і антитоксичну, протівірусну і протипаразитарну форми імунітету* (залежно від того, проти яких агентів спрямовані захисні сили організму). Хоча абсолютно автономних форм імунітету не існує, всі вони взаємозв'язані і показують свою дію в організмі за участю всіх його систем.

3. Щеплення (вакцинація)

З метою забезпечення епідемічного благополуччя населення України та попередження інфекцій, керованих засобами специфічної профілактики, наказом МОЗ № 276 від 31.10.2000 року затверджено календар профілактичних щеплень. Батьки та медичні працівники повинні неухильно дотримуватись календаря, від цього залежить здоров'я дитини та стан її імунітету.

Дитина, яка не отримала щеплення, наражається на великий ризик захворіти й отримати ускладнення.

Щеплення - форма профілактичних заходів, що забезпечує створення штучного імунітету. Вона проводиться проти однієї інфекції (моновакцинація) або 5-7(полівакцинація). Даний захід імунопрофілактики

реалізується за допомогою вакцин-лікарських препаратів, які містять ослаблені чи вбиті мікроорганізми, анатоксини (деактивовані токсини бактерій), або продукти хімічного розщеплення мікроорганізмів (так звані бактеріальні лізати).

Види вакцин.

- живі вакцини (віспа, бруцельоз, туберкульоз, туляремія);
- вбиті вакцини (черевний тиф, кашлюк);
- хімічно-модифіковані (паратиф А і В, дизентерія та ін.);
- анатоксини (дифтерія, правець, газова гангрена, ботулізм).

Штучна активна імунізація може створити достатнє напруження імунітету, на відміну від пасивної, при якій вводяться готові антитіла (імуноглобуліни), період напівжиття яких складає близько 2,5 місяців. У такому разі при наступній зустрічі із збудником, їх вводять знову, що часто веде до маси різних клінічних ускладнень.

У дитячому віці проводяться комплексні вакцинації проти багатьох найнебезпечніших захворювань. А якщо є вірогідність виникнення епідемії, проводять масові щеплення препаратами, специфічними для збудника, який загрожує поширенням.

Аліментарна профілактика інфекцій така ж важлива, як і боротьба з ними. Адже навіть просто вимиті вчасно руки після відвідин убиральні або по приходу з вулиці, може врятувати від ряду кишково-інфекційних захворювань. Джерелом інфекцій може бути що завгодно, від перил на сходах і кнопок у ліфті, до грошових банкнот, які пройшли через безліч рук.

Щоб звичайні овочі не стали джерелом небезпечних мікробів або навіть гельмінтів, їх слід особливо ретельно вимивати. У деяких випадках, навіть слабким розчином марганцівки. Крім того, профілактика інфекцій може виражатися і в боротьбі з такими небезпечними носіями інфекційних захворювань, як гризуни і таргани. Для чого сучасна промисловість випускає досить багато як ефективних, так і не дуже, засобів. Носіями інфекцій можуть стати кліщі і комарі. Сприйнятливості до інфекційних захворювань залежить від безлічі факторів: від віку, перенесених і супутніх захворювань, харчування, вакцинації. Усі ці фактори впливають на імунітет - здатність людини протистояти інфекціям. Інфекційний процес являє собою взаємодію макро-і мікроорганізму. При нормальному імунітеті проникненню збудника перешкоджає цілий ряд захисних бар'єрів; при зниженні сили хоча б одного з них сприйнятливості до інфекцій збільшується.

Існує лише кілька протипоказань до вакцинації:

1. Гостре захворювання, що супроводжується температурою вище 38,5°C.
2. Серйозна алергічна реакція (анафілактичний шок) на попередню дозу

вакцини чи відома алергічна реакція на один із компонентів вакцини.

3. Захворювання і стани організму, при яких імунітет після введення вакцини може не сформуватися.

4. Дітям з неконтрольованою епілепсією не рекомендовано вводити цільноклітинні вакцини проти кашлюка.

Календар щеплення за віком

Вік	Туберкульоз	Гепатит В1	Дифтерія	Поліомієліт	Кір
			Коклюш		Краснуха
			Правець		Паротит
1 день	-	+	-	-	-
3 дні	+	-	-	-	-
1 місяць	-	-	-	-	-
3 місяця	-	+	+	+	-
4 місяця	-	-	+	+	-
5 місяців	-	+	+	+	-
6 місяців	-	-	-	-	-
12-15 місяців	-	-	-	-	+
18 місяців	-	-	+	+	-
3 роки	-	-	-	+	-
6 років	-	-	+	+	+
7 років	+	-	-	-	-

В Україні перелік протипоказань ширший. Наприклад, в Україні не можна вакцинувати дітей з підвищеною температурою. Перелік протипоказань визначений наказом Міністерства охорони здоров'я України. Наявність протипоказань до вакцинації визначається індивідуально для кожної дитини.

Контрольні питання

1. Дайте визначення поняттям: інфекція, інфекційний процес, інфекційна хвороба.
2. Поясніть стан: загострення, ремісії, рецидиву інфекційної хвороби.
3. Особливості протікання інфекційних хвороб у дітей.
4. Визначте механізм і шляхи передачі інфекції.
5. Зобразьте схематично імунітет, його види, форми.
6. Дайте визначення поняттям: імунітет, види імунітету, імунопрофілактика.
7. Види вакцин. Активна і пасивна імунізація.

8. Охарактеризуйте склад сироваток, вакцин та інших препаратів, що використовують для імунізації.
9. Охарактеризуйте поняття «епідемія», «пандемія», «дезінфекція та її види».

Література:

1. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – С. 322-380.
2. Інфекційні хвороби / За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. – С.55-70.
3. Крамарєв С.О. Інфекційні хвороби у дітей / С.О.Комаров - К: МОРІОН, 2003. - 480 с.
4. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. Лобзина Ю.В. – СПб: Фолиант, 2003.- С. 21-38.
5. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. – Ростов н/Д.: Феникс, 2001. – 959 с.

3.2. ІНФЕКЦІЇ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ. ЕПІДЕМІЧНИЙ ПАРОТИТ ТА ОТИТ У ДІТЕЙ

1. Грип.
2. Застуда. Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ).
3. Ангіна.
4. Дифтерія.
5. Коклюш (кашлюк).
6. Туберкульоз: шляхи зараження. Особливості протікання захворювання у дітей.
7. Епідемічний паротит.
8. Отит.

1. Грип.

Вірусна природа грипу встановлена у 1933 році англійськими вченими. Збудники - РНК - містять віруси. Вони класифікуються на три самостійних типи: А, В, С. Віруси грипу - внутрішньоклітинні паразити, високо чутливі до зовнішніх впливів: гинуть під дією прямих сонячних променів, ультразвуку, формаліну; при температурі 60°C віруси втрачають інфекційність майже миттєво.

Грип у дітей - це інфекційне захворювання дихальних шляхів. Носієм вірусу є хвора людина, яка є небезпечною для оточуючих, починаючи з кінця інкубаційного і весь гарячковий період. Після 5-7-го дня хвороби

концентрація вірусу у видихуваному повітрі різко знижується, і хворий стає практично безпечним для оточуючих. Велику епідемічну небезпеку становлять хворі на стерті форми хвороби. Залишаючись на ногах і продовжуючи вести активний спосіб життя, вони встигають заразити велику кількість людей. Діти раннього віку заражаються, як правило, від дорослих. Передача інфекції здійснюється виключно повітряно-крапельним шляхом. Вірус зі слизових дихальних шляхів виділяється у величезній концентрації при чханні, кашлі, розмові, диханні і може знаходитися у вигляді аерозолів в підвішеному стані кілька хвилин. У рідкісних випадках можлива передача інфекції через предмети побуту, соски, іграшки, білизну, посуд.

Схильність до грипу загальна. Навіть новонароджені діти сприйнятливі до грипу.

Після перенесеного грипу формується стійкий імунітет. Повторні захворювання зумовлені зараженням новим типом вірусу грипу.

Клінічні прояви і симптоми грипу у дітей.

Інкубаційний період триває від декількох годин до 2 -4. Захворювання починається гостро, раптово, з підйому температури тіла до високих цифр (39-40° С), ознобу, запаморочення, загальної слабкості, м'язових і суглобових болів. Температура досягає максимуму до кінця першої, рідше - на другу добу хвороби. Діти скаржаться на головний біль в області скронь, лоба, надбрівних дуг, очних яблук; пропадає апетит, погіршується сон, трапляється марення, галюцинації, нудота, блювота. Характерні слабкі катаральні явища у вигляді покашлювання, закладення носа, мізерних виділень з носа, болю або першіння в горлі, особливо при ковтанні. У важких випадках - постійні носові кровотечі, судоми, короткочасна втрата свідомості, менінгеальні симптоми.

Класифікація грипу у дітей.

По важкості розрізняють легку, середньоважку, важку, або токсичну і гіпертоксичну, форми грипу. Тяжкість визначається ступенем вираженості загальної інтоксикації (гіпертермія, неврологічні симптоми: головний біль, запаморочення, втрата свідомості, судоми, менінгеальні симптоми, вираженість геморагічного синдрому, порушення серцево-судинної діяльності, що супроводжуються циркуляторними розладами і ураженням м'язів серця).

Легка форма грипу. До легких відносяться і стерті форми грипу, що протікають при нормальній температурі тіла і відсутності будь-яких симптомів інтоксикації. У дитини при цьому можуть бути виражені тільки катаральні явища: нежить, кашель.

При середньоважкій формі грипу у дітей в наявності всі ознаки

грипозної інтоксикації: озноб, головний біль, запаморочення, м'язові і суглобові болі. Температура тіла піднімається до 39,5 ° С. Може виникнути сегментарна пневмонія.

При важкій формі грипу у дітей є ще більш виражені ознаки грипозної інтоксикації: затьмарена свідомість, марення, галюцинації, блювота, короткочасні судоми, підвищення температури тіла до 40 - 40,5 ° С. Можливі важкі бактеріальні ускладнення, порушення серцево-судинної діяльності, геморагічний набряк легенів, гнійно-некротичний ларинготрахеобронхіт.

Для гіпертоксичної форми грипу у дітей характерні менінгоенцефалічний, геморагічний і гіпертермічний синдроми.

Перебіг грипу у дітей.

Перебіг грипу завжди гострий. Тривалість гарячкового періоду - 3-5 днів. Зниження температури тіла зазвичай відбувається критично. З падінням температури стан дітей покращується. Можливі повторні підйоми температури тіла, проте вони зазвичай обумовлені нашаруванням бактеріальної флори чи іншої вірусної респіраторної інфекції. Загальна тривалість хвороби - 7-10 днів. Після перенесеного грипу протягом 2-3 тижнів можуть зберігатися явища післяінфекційної астєнії. Діти скаржаться на підвищену стомлюваність, слабкість, головний біль, дратівливість, безсоння.

Ускладнення грипу у дітей.

Ускладнення можуть виникати в будь-які терміни від початку хвороби. Найбільш частими з них, особливо у дітей раннього віку, є отити, запалення придаткових пазух, гнійний ларинготрахеобронхіт, вогнищева або сегментарна пневмонія. Всі ці ускладнення виникають при нашаруванні на грипозну вірусну інфекцію бактеріальної флори.

Особливо важко, тривало і хвилеподібно протікають ларинготрахеобронхіти у дітей раннього віку, клінічно проявляються синдромом крупа. Вогнищеві пневмонії при грипі також завжди обумовлені приєднанням бактеріальної інфекції. З неврологічних ускладнень можуть бути менінгіт, менінгоенцефаліт і енцефаліт, рідше - невралгії, неврити.

2. Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ)

ГРВІ або застуда - це гостра респіраторна вірусна інфекція (гостре респіраторне захворювання). На сьогоднішній день відомо більше двохсот видів респіраторних вірусів, які можуть викликати різноманітні захворювання верхніх відділів дихальної системи (ніс, носоглотка, глотка). Часто застуда вражає і нижні дихальні шляхи (трахея, бронхи, легені).

Шлях передачі. Застуда - заразне захворювання і передається повітряно-крапельним шляхом (чхання, кашель), а також - через слиз, в

якому вірусна інфекція живе довше, ніж у повітрі або в сухому місці (через загальні предмети побуту, руки, поручні в громадському транспорті). Якщо лікування застуди не викликає ускладнень то вона, в середньому, триває близько тижня.

Симптоми застуди. Найчастіше застуда або ГРВІ проявляє себе запаленням лімфатичних вузлів. Це - болючі при натисканні ущільнення на шиї, потилиці, під нижньою щелепою, за вухами (за мочкою вуха). При застуді з'являється нежить - з рясними виділеннями слизу або закладеність носа і незвичайна сухість слизової носа (при зараженні риновірусом). Виникає сухий кашель, болить горло або з'являється осиплість голосу (при вірусі парагрипу). Іноді з'являється почервоніння очей і починається слъозотеча (при аденовірусної інфекції), а також блювота і розлад шлунка (при ротавірусі). Температура при попаданні респіраторної вірусної інфекції в організм може підвищуватися від 37 до 38,5 градусів. Вкрай рідко ГРВІ проходить безсимптомно.

Етапи ГРВІ. Характерні три стадії розвитку цього інфекційного захворювання. На першому етапі зараження ГРВІ, температури, як правило, не буває, але з'являється дискомфорт в носі, носоглотці та горлі. Потім, на другому етапі, коли інфекція потрапляє в кровоток, з'являється гарячковий стан, підвищується температура, слизова губ покривається бульбашковими висипаннями (вірус герпесу), починається виснажливий лаючий кашель, посилюється біль у горлі, голові, суглобах і м'язах. Якщо не виникають ускладнення, то завершується застуда - третім етапом - очищенням від слизу (рясний нежить і кашель з відхаркуванням згустків слизу).

Причини, через які застуда у дітей протікає в більш складній формі і призводить до ускладнення:

- слабкий імунітет (до першого півріччя життя, дитина використовує імунітет матері);
- відсутність звички до особистої гігієни;
- нерозвинена система виділення і вузький просвіт трахеї і бронхів, що сприяє застою слизу, який, в свою чергу, є сприятливим середовищем для вірусів і бактерій.

Ускладнення при застуді

Несвоєчасне або неправильне лікування застуди може викликати ускладнення. Ускладнення виникає через зараження ослабленого організму хвороботворними (патогенними) бактеріями. Ускладнення після ГРВІ проявляється вже на 7-10 день - при стабільно високій температурі - як запалення слизової носа (риніт), носових пазух (синусит), вуха (отит), бронхів (бронхіт), мозкових оболонок (менінгіт), легень (одно - або

двостороння пневмонія), нервової системи (неврит) та іншим способом. Ці ускладнення часто мають комбінований і хронічний характер, що ускладнює їх лікування.

Профілактика застуди або ГРВІ.

Щоб не захворіти на застуду слід дотримуватися певний профілактичний безпечний режим. Для цього потрібно: зміцнювати імунну систему (загартовувати організм), приймати препарати імуностимулятори, типу настоянки ехінацеї, збільшити у щоденному раціоні відсоток молочно-кислих продуктів, обмежити в осінньо-зимовий період відвідування масових скупчень людей, стежити за особистою гігієною (мити частіше руки, користуватися спиртовими серветками або компактным розчином хлоргексидину), користуватися марлевою пов'язкою або медичною маскою, яку слід змінювати кожні 2-4 години. Особливо ці заходи важливі в закритому приміщенні і в присутності хворої на ГРВІ людини.

3. Ангіна у дітей

Ангіна - гостре інфекційне захворювання - запалення піднебінних мигдаликів у ротовій порожнині.

Джерелом інфекції є людина, хвора на ангіну чи іншу стрептококову інфекцію.

Шляхи передачі інфекції: аліментарний і повітряно-крапельний. З порожнини рота або глотки (каріозні зуби, хронічне запалення піднебінних мигдалин і ін) відбувається ендогенне інфікування. Гнійні захворювання носа та його придаткових пазух також можуть бути джерелом інфекції.

Збудники: стрептококи, стафілококи. Рідше інші патогенні бактерії при виникненні сприятливих умов для розмноження - переохолодження, вірусні інфекції, погане харчування, перевтома.

Інкубаційний період триває від кількох годин до 2 діб.

Симптоми. Хвороба починається гостро, з головного болю, підвищення температури тіла, ломоти в суглобах, ознобу. Одночасно (рідше наприкінці 1-ї доби) з'являється біль у горлі – спочатку при ковтанні, а згодом постійний. Частий і ранній симптом ангіни – збільшення регіонарних (підщелепних) лімфовузлів, їх болючість. Обличчя гіперемійоване, часто спостерігається герпетична висипка. Гарячковий період триває 3–5 днів. З перших днів хвороби відзначають ознаки ураження серцево-судинної системи: тахікардію, приглушені тони серця, гіпотонію, іноді, за груди́нний біль.

За характером змін мигдаликів розрізняють катаральну, фолікулярну, лакунарну і некротично-виразкову ангіни.

Катаральна ангіна характеризується гіперемією і набряком мигдаликів, піднебінних дужок та язичка. Нагноєння лімфатичних фолікулів на поверхні мигдаликів, про що свідчать виникнення дещо піднятих абсцесів (гнійників) жовто-білого кольору, є ознакою фолікулярної ангіни

Якщо в піднебінних мигдаликах накопичується гній у вигляді жовто-білих пробок або нальоту, то говорять про *лакунарну ангіну*. Частіше ці дві форми поєднуються. При *некротично-виразковій ангіні* на мигдаликах виявляють некротичні ділянки темно-сірого кольору, після відшарування яких утворюється глибокий дефект слизової оболонки з бугристим дном. Крім піднебінних мигдаликів можуть уражатись інші утворення лімфатичного глоткового кільця – язиковий мигдалик, лімфоїдна тканина задньої стінки глотки (бокові валики) і гортані.

Ускладнення. Міокардит (розвивається у 10 % хворих, які не лікувалися), абсцеси, отит, запалення придаткових пазух носа, гнійне запалення шийних лімфовузлів. Можуть розвинутись хронічний тонзиліт, ревматизм, гломерулонефрит, ревматоїдний артрит, геморагічний васкуліт, сепсис.

Профілактика полягає в зміцненні організму, підвищенні його стійкості до інфекційних впливів і несприятливих умов зовнішнього середовища, насамперед до холоду: загартовування організму, систематичні заняття фізкультурою, ранкова гімнастика, повітряні ванни, обтирання і душ з поступовим зниженням температури води, обтирання шиї холодною водою.

Нерідко ангіна переходить у хронічну форму протікання – *тонзиліт*. Хронічна форма тонзиліту може розвинутись через неправильне лікування гострої форми хвороби. Даний вид тонзиліту протікає хвилеподібно: то процес загострюється, то затихає. Загострення протікає так само, як і гострий тонзиліт. У період затишшя мигдалини виглядають зморщеними. Імунітет хворої дитини не може самотійно подолати хворобу.

Сприяти розвитку хронічного тонзиліту може цілий ряд факторів:

- постійні вогнища інфекції в районі носоглотки, гайморит, карієс зубів;
- викривлення носової перегородки, аденоїди та інші перешкоди, що ускладнюють дихання;
- переохолодження;
- загазованість і запиленість повітря;
- порушення в роботі нервової системи;
- погіршення в роботі імунної системи;

Всі ці фактори сприяють активації мікроорганізмів, які при хронічному тонзиліті постійно живуть на мигдаликах.

Симптоми. Біль у горлі, який з'являється в момент ковтання. Зазвичай він посилюється вночі. Дискомфорт або біль у горлі після прийому холодної

їжі. Поганий запах з рота. Відчуття того, що в горлі «щось заважає». Підвищені стомлюваність і дратівливість; пітливість; головні болі; підвищення температури до 38 ° С; тахікардія, задишка; збільшення шийних і піднижньощелепних лімфовузлів. У дитячому віці захворювання протікає більш важко, ніж у дорослому. При сильних болях у горлі дитина може відмовлятися від їжі і від води, а при підвищенні температури у дітей часто виникає діарея і блювота. Часто до тонзиліту додається фарингіт, тоді виникають першіння в горлі і кашель.

Профілактика:

- своєчасне лікування ангіни (гострого тонзиліту), хвороб носоглотки, зубів, ясен;
- достатня рухова активність;
- правильне харчування;
- чистота в приміщеннях;
- загартування;
- уникати місць з підвищеною загазованістю повітря.

4. Дифтерія

Дифтерія - бактеріальна інфекційна хвороба, що характеризується запаленням слизових оболонок верхніх дихальних шляхів і носоглотки, а також, в окремих випадках, шкіри в місцях пошкоджень. Дане захворювання може призвести до летального випадку.

Збудник дифтерії - грампозитивна нерухома паличкоподібна бактерія із потовщеннями на кінцях (булавовидна форма), стійка у зовнішньому середовищі. Добре витримує висушування – на поверхні сухих предметів і в пилу зберігається до 2 міс, у дифтерійній плівці, краплинах слини – протягом 15 днів. Під час нагрівання до температури 60 °С гине через 10 хв; стійкий до низьких температур. Під впливом 10 % перекису водню гине через 3 хв; 50–60 % алкоголю – через 1 хв.

Джерело інфекції: хворі на будь-яку форму дифтерії, а також бактеріоносії.

Механізм передачі збудника - повітряно-крапельний. У рідких випадках інфекція передається контактно-побутовим шляхом.

Інкубаційний період коливається від 2 до 7 днів (в середньому 3 дні). Особи, які не імунізовані проти інфекції, можуть захворіти в будь-якому віці.

Симптоми. Класифікація дифтерії визначається локалізацією процесу і його клінічних проявів. Відповідно до цього розрізняють дифтерію ротоглотки (92 %), гортані, носа, очей, вух, статевих органів, шкіри, рани. У

7 % випадків трапляється комбінована форма захворювання (переважно це дифтерія ротоглотки з дифтерією іншої локалізації). Перебіг хвороби може бути в атиповій (катаральній) або в типовій (з наявністю плівчастих нальотів) формі. Типова дифтерія буває локалізованою, поширеною, токсичною, гіпертоксичною і геморагічною. Винятком є дифтерія гортані, що перебігає тільки в локалізованій або поширеній формі.

Локалізована форма починається гостро – зі збільшення температури до фебрильних цифр, нездужання та незначному болю при ковтанні. Через 24-36 годин відмічається гіперемія зів, білувато-сірі нальоти. Ці фібринозні плівки щільні, їх нелегко зняти ватним тампоном або шпателем; після зняття поверхня кровить. Відповідно стороні ураження мигдаликів збільшуються у розмірах підщелепні, а іноді й передньошийні лімфатичні вузли.

Разом з типовим перебігом локалізованої форми дифтерії з утворенням фібринозних плівок хвороба може протікати лише із катаральними проявами (гіперемія та набряклість мигдаликів, помірний біль при ковтанні, незначне збільшення регіонарних лімфатичних вузлів). Інтوكсикація при цьому мало виражена, температура зазвичай субфебрильна.

Поширена форма - *дифтерія зів*, протікає з вираженою загальною інтоксикацією, підвищенням температури до 39 °С. Відмічаються набряклість ділянки зів та гіперемія мигдаликів, на яких, так само як на піднебінних дужках, м'якому піднебінні, слизовій носоглотки, розташовуються щільні нальоти брудного білого кольору, які важко відділяються тампоном.

Важким перебігом відрізняється *токсична форма* дифтерії зів. Відмічається солодкуватий запах з рота, значний набряк шийної клітковини, тахікардія. При несвоєчасному або недостатньо енергійному лікуванні у хворих дифтерією зів з 12-15 дня хвороби, а іноді дещо раніше розвивається міокардит, що проявляється тахікардією, аритмією, ритмом «галопа», розширенням серця. Пізніше, з 22-28-го дня хвороби, в окремих випадках розвивається поліневрит з парезом м'язів глотки та гортані.

Геморагічна форма протікає особливо тяжко, супроводжується носовими кровотечами, висипом на шкірі, фібринозними плівками геморагічного характеру у зіві.

У дітей грудного віку може іноді спостерігатися *дифтерія носа*, що перебігає у плівчастій формі (утрудненість носового дихання, серозні, пізніше – гнійні з кров'ю виділення з носу) або катаральній формі (розпушення слизової оболонки, плівчасті нальоти на слизовій носових раковин та перегородки, іноді ерозії).

Самостійно або у поєднанні з дифтерією зів у окремих випадках,

головним чином у маленьких дітей, може розвинути *дифтерія гортані (справжній дифтерійний круп)*. При цьому плівчасті фібринозні накладення поширюються на слизову гортані, викликаючи сухий кашель, осиплість голосу, далі ослаблення його до шепотіння. Подальше прогресування крупу може призвести до стенозу гортані, гострій асфіксії, кисневої недостатності, загрожуючи життю хворого. Поширена форма крупа супроводжується плівчастим ураженням гортані та трахеї, іноді з переходом плівок у бронхіальне дерево.

У випадку *дифтерії ока* відмічаються островні плівчасті нальоти на кон'юнктиві повік, її гіперемія та набряклість.

Ускладнення. Різні клінічні форми дифтерії можуть викликати ускладнення. Токсична форма іноді викликає зупинку серця, що розвивається навіть у такі ранні строки як 3-4-ий день хвороби. Іноді дифтерія ускладнюється паралічем м'язів гортані та глотки, порушенням акомодатії очей. Між 15-м та 22-м днем хвороби, особливо при токсичній формі дифтерії, може розвинути параліч м'якого піднебіння (хворий не може ковтати, м'яке піднебіння відвисає, голос стає гугнявим).

Профілактика здійснюється за допомогою вакцинації. Ефективність сучасних вакцин, що містять адсорбований дифтерійний анатоксин, становить 95-100%. Всесвітньою організацією вакцинація рекомендована для усіх без винятку країн світу.

5. Кашлюк

Кашлюк – гостре інфекційне захворювання, викликається надзвичайно заразливою бактерією.

Збудник коклюшу являє собою коротку паличку із закругленими кінцями (0,2-1,2 мкм), грамнегативну, нерухому.

Джерело інфекції: хворий, бактеріоносіє.

Шляхи передачі. Хвороба поширюється повітряно-краплинним шляхом на відстані 2–3 м. Хворіють діти частіше у віці від декількох місяців до 5–8 років.

Інкубаційний період триває від 2 до 14 днів (частіше 5-7 днів).

Патогенез. Воротами інфекції є слизова оболонка респіраторного тракту. Кашлюкової мікроби прикріплюються до клітин миготливого епітелію, де вони розмножуються на поверхні слизової оболонки, не проникаючи в кров. На місці проникнення збудника розвивається запальний процес, пригнічується діяльність війкового апарату клітин епітелію і збільшується секреція слизу. В подальшому відбувається виразка епітелію

дихальних шляхів і вогнищевий некроз.

У генезі судомних нападів має значення сенсibiliзація організму до токсинів кашлюкової палички. Постійне роздратування рецепторів дихальних шляхів зумовлює кашель і приводить до формування в дихальному центрі вогнища збудження типу домінанти. Внаслідок цього типові напади спазматичного кашлю можуть бути викликані і неспецифічними подразниками. З домінантного вогнища збудження може іррадіювати і на інші відділи нервової системи, наприклад на судиноруховий (підвищення артеріального тиску, спазм судин). Іррадіацією порушення пояснюється також поява судомних скорочень м'язів тулуба, блювоти й інших симптомів кашлюку. Перенесений кашлюк (як і протикашлюкове щеплення) не забезпечує надійного довічного імунітету, тому можливі повторні захворювання на кашлюк.

Симптоми. Катаральний період характеризується загальним нездужанням, невеликим кашлем, нежиттю, субфебрильною температурою. Поступово кашель посилюється, діти стають дратівливими. В кінці 2-го тижня хвороби починається період спазматичного кашлю. Напади судомного кашлю проявляються серією кашльових поштовхів. Число таких циклів під час нападу коливається від 2 до 15. Приступ закінчується виділенням в'язкого склоподібного мокротиння, іноді в кінці нападу відзначається блювота. Під час приступу дитина збуджена, обличчя ціанотичне, вени ший розширені, язик висовується з рота, вуздечка язика часто травмується, може наступити зупинка дихання з наступною асфіксією. Період судомного кашлю триває 3-4 тижні, потім приступи стають рідше і нарешті зникають, хоча «звичайний» кашель продовжується ще протягом 2-3 тижнів (період дозволу). Стерті форми коклюшу можуть спостерігатися у дітей, яким проведені щеплення.

Ускладнення. Загрозливим життю ускладненням кашлюку є пневмонія. Крім того, під час кашлю напруга тіла настільки сильна, що це може викликати грижі, випадання прямої кишки і крововилив в мозок. Протягом декількох подальших років у дитини, що перенесла кашлюк, з'являється схильність до інших захворювань дихальних шляхів, що супроводжуються кашлем.

Профілактика. Надійним засобом специфічної профілактики є вакцинація: (вакцина кашлюково-дифтерійно-правцева адсорбована рідка). Всім дітям з 3 місяців проводиться курс вакцинації проти кашлюку, що складається з 3 ін'єкцій вакцини АКДП з інтервалом в 15 місяців. Вакцинація в 70-80% попереджає захворювання або ж воно протікає в легкій формі.

6. Туберкульоз: шляхи зараження. Особливості протікання захворювання у дітей

Туберкульоз – хронічне інфекційне захворювання, яке характеризується розвитком специфічних змін у різних органах і тканинах, насамперед у легенях.

Збудником туберкульозу є мікобактерії, відкриті в 1882 р. німецьким ученим Робертом Кохом. Існує кілька типів мікобактерій, людські, бичачі, пташині й мишачі. Для людини патогенні перші 3 типи, особливо людський і бичачий.

Інкубаційний період при туберкульозі, до появи перших клінічних ознак, різний. Він становить в середньому 6-8 тижнів і залежить від віку дитини, її індивідуальної особливості, частоти повторних інфікувань.

Основним джерелом інфекції є хвора на відкриту форму туберкульозу людина. Збудник потрапляє у навколишнє середовище з харкотинням хворого, при туберкульозі інших органів – з калом, сечею, гноем, слиною. Мікобактерії туберкульозу виявляють у молоці матері-годувальниці, хворої на туберкульоз. Палички Коху можуть потрапити і через ушкоджену шкіру або слизову оболонку носа чи рота, а також при вживанні в їжу молока, м'яса від хворої туберкульозом худоби.

Воротами інфекції є дихальні шляхи, травний канал, шкіра, слизова оболонка мигдаликів тощо. Найчастіше мікобактерії проникають в організм через дихальні шляхи, тобто аерогенно (80-90 %).

Аерогенне зараження буває двояке: повітряно-крапельне (найнебезпечніше) і повітряно-пилове.

Патогенез. Коли бактерії потрапляють в організм людини, це означає його зараження, але не захворювання. Зазвичай на туберкульоз захворюють люди, організм яких послаблений попередніми захворюваннями, які знижують опір організму (грип, діабет та інші), поганим харчуванням, санітарно-гігієнічними умовами життя.

Симптоми. Прояви хвороби залежать від стану організму, характеру та ступеня ушкодження окремих органів і систем. Загальними ознаками для всіх форм хвороби є: підвищення температури, потовиділення ночами, погіршення сну і апетиту, втрата ваги, дратівливість, зниження працездатності. При туберкульозі легень також спостерігається кашель, сухий або з виділенням мокрот, може виникнути легенева кровотеча.

Профілактика туберкульозу у дітей включає два основних напрямки: профілактика виникнення туберкульозу у дітей, які не мали контакту з хворими туберкульозом і профілактика туберкульозу у дітей, які перебували

в контактi з хворими на туберкульоз.

У першому випадку основною мірою профілактики туберкульозу є вакцинація вакциною БЦЖ. Вакцина БЦЖ містить живі ослаблені мікроби (бичачого типу), які за своєю будовою дуже схожі на збудників туберкульозу. Вакцина вводиться тільки внутрішньшкірно. Вакцинація забезпечує створення захисного імунітету.

У другому випадку (діти, що знаходилися в контактi з хворим на туберкульоз) профілактика туберкульозу починається з встановлення можливих ознак хвороби, після чого дитині призначається курс профілактичного лікування.

7. Епідемічний паротит

Епідемічний паротит (свинка) - гостре вірусне захворювання, характеризується запалення привушних слинних залоз.

Збудник - РНК-вмісний вірус з сімейства параміксовірусів, стійкий у зовнішньому середовищі. Тривалий час зберігає активність при низьких температурах, а при кімнатній температурі зберігається кілька днів. Швидко гине під дією високих температур, ультрафіолетового опромінення, при висушуванні.

Механізм передачі: повітряно-краплинний, іноді контактнo-побутовий. Джерелом інфекції є хвора людина. Заразним хворий стає в останні 1-2 дні інкубаційного періоду і в перші 3-5 днів захворювання. Вірус виділяється зі слиною і сечею, виявляється в крові та лікворі, грудному молоці.

Воротами інфекції служать слизові оболонки верхніх дихальних шляхів і, можливо, ротової порожнини, а також кон'юнктиви.

Інкубаційний період епідемічного паротиту коливається від декількох днів до місяця, в середньому він становить 15-20 днів.

Симптоми. Найчастіше захворювання починається гостро, швидко розвивається лихоманка, озноб. Лихоманка зазвичай зберігається до тижня. Відзначається симптоматика інтоксикації: головний біль, загальна слабкість, безсоння. Специфічним симптомом свинки є запалення привушних слинних залоз, нерідко страждають підщелепні і під'язикові залози. Запалення слинних залоз проявляється припухлістю, на дотик залози тістоподібні, болісні (переважно в центральній частині). Виражений набряк залози може значно деформувати овал обличчя, надаючи йому грушоподібної форми і піднімаючи мочку вуха. Як правило, захворювання вражає обидві привушні залози з проміжками в 1-2 дні, в деяких випадках запалення залишається одностороннім.

У привушній області відзначають відчуття розпирання, біль (особливо в нічний час), можуть бути шум і біль у вухах (в результаті передавлення євстахієвої труби), може знижуватися слух. Іноді виражена болючість залоз заважає жуванню, відзначається знижений слиновиділення.

Біль в області залоз зберігається до 3-4 днів, іноді іррадіює у вухо або в шию, пізніше поступово проходить, набряклість зменшується. Збільшення лімфатичних вузлів для епідемічним паротиту не характерно.

Ускладнення. Зазвичай гострий період епідемічного паротиту протікає легко, але пізніше можуть виявитися такі ускладнення як менінгіт, гострий панкреатит, вражати нервові і Залозистий тканини.

Специфічна профілактика здійснюється щепленням живою вакциною (ЖПВ) планово у віці 1 року, надалі проводиться ревакцинація в 6 років.

8. Отит

Отит - гостре запалення середнього вуха, часте захворювання в дітей раннього і дошкільного віку. Анатомічна будова вуха дитини сприяє значно легшому потраплянню інфекції до середнього вуха.

Етіологія і патогенез. Розвитку гострого отиту сприяють захворювання верхніх дихальних шляхів – гострі респіраторні вірусні інфекції, грип, і навіть гострі інфекційних захворювань (скарлатина, кір, епідемічний паротит та інших.). Розростання аденоїдної тканини, яке часто зустрічається у дітей дошкільного віку, утрудняє природний відтік із середнього вуха, ще, аденоїди є місцем, де збирається інфекція (остання легко може поширитися на середнє вухо).

Гострий отит, може бути катаральним і гнійним.

Симптоми. Гострий отит у дітей виникає раптово, з'являється занепокоєння, крик, порушується сон, дитина погано їсть, піднімається висока температура. При легкому надавлюванні на козелок хворого вуха дитина здригається, кричить. До пізніших симптомів гострого отиту відносять головний біль, блювота, рідкий стул.

Гострий гнійний отит частіше виникає після катарального запалення, а може розвиватися і як первинне захворювання, особливо в дітей із зниженою опірністю, у хворих на туберкульоз, ослаблених будь-якою іншою патологією (пневмонія, гостра дизентерія та інших.). З огляду на симптоми, які відзначаються при гострому катаральному отиті, з'являється гноетечі з вуха (вух), зниження слуху.

Хронічне запалення середнього вуха розвивається частіше в дітей із зміненої реактивністю, патологією носоглотки (аденоїди, хронічний

тонзиліт) або через недостатнє лікування гострого гнійного отиту.

Основними симптомами хронічного запалення середнього вуха є повторні тривалі гноетечі з вуха, іноді рясні, часто з неприємним запахом, зниження слуху.

Ускладнення: утворення кіст у середньому вусі, що руйнують кісткову тканину; перехід запального процесу на сусідні ділянки черепа (мастоїдит, що супроводжується болем за вухом при натисканні на цю ділянку, менінгіт); зниження і втрата слуху в результаті утворення спайок у середньому вусі та рубцювання барабанної перетинки з відкладенням у ній солей кальцію та порушенням її провідної функції.

Профілактика отитів спрямована на попередження гострих і хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів, що сприяють виникненню отитів. У дітей, особливо грудного та раннього віку: туалет ротовій порожнині, носа, вух; раціональне перебування на свіжому повітрі, дотримання сезонності в одязі. Недопущення переохолодження дитини і перегрівання в перехідний та холодне сезон.

Контрольні питання:

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать грип, ГРП?
2. Дайте характеристику збудника грипу, парагрипу, риновірусної, респіраторної та аденовірусної інфекцій.
3. Механізм передачі грипу та інших ГРВІ. Патогенез та основні його клінічні симптоми.
4. Охарактеризуйте основні клінічні форми ангіни. Назвіть можливі ускладнення.
5. Визначте шляхи передачі, патогенез та профілактику дифтерії. Опишіть дифтерійний круп.
6. Поясніть особливості протікання кашлюку у дітей дошкільного віку. Назвіть терміни вакцинації.
7. Назвіть збудника і патогенез туберкульозу.
8. Опишіть клінічну картину гнійного отиту.

Література:

1. Волков, К.Н. Психологи о педагогических проблемах / К. Н. Волков. Под ред. А. А. Бодалева. – М.: Просвещение, 1981.
2. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С.К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991.
3. Ткаченко, С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунопрофілактики / С. К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. – К., 2009.

3.3. ІНФЕКЦІЙНІ УРАЖЕННЯ ЦЕНТРАЛЬНОЇ НЕРВОВОЇ СИСТЕМИ

1. Енцефаліт.
2. Менінгіти.
3. Поліомієліт.
4. Правець.
5. Сказ.

1. Енцефаліт

Енцефаліт - запалення головного мозку. Під такою назвою об'єднують групу захворювань, що викликаються різними збудниками. У розвитку цих захворювань важливу роль відіграє зміна імунологічної реактивності організму.

Енцефаліти найчастіше спостерігаються в ранньому дитячому віці; вони бувають навіть ще у внутрішньоутробному періоді. Але прижиттєвий діагноз після народження становить важко, тільки по окремих симптомах (паралічі, недоумство) через деякий час можна подумати про енцефаліт, що мав місце у внутрішньоутробному періоді.

Гострий неепідемічний енцефаліт

Параінфекційні енцефаліти (менингоенцефаліти). До цієї групи захворювань відносяться енцефаліти, що виникають як ускладнення загальних інфекційних захворювань, найчастіше при епідемічному паротиті й кору, набагато рідше при вітряній віспі й краснусі.

Симптоми. Вони розвиваються переважно в дітей, проявляються потьмаренням свідомості від оглушення до коми й психотическими епізодами (делірій (з лат. – марення) – стан свідомості людини, що характеризується зниженням здатності зосередити увагу, порушеним сприйняттям і мисленням, сутінкове потьмарення свідомості). При корі психічні прояви захворювання більше важкі, ніж при епідемічному паротиті. Вони характеризуються більше глибоким і тривалим потьмаренням свідомості й більше вираженими психотичними розладами.

Епідемічний летаргічний енцефаліт.

Етіологія і патогенез. Викликається фільтрованим вірусом, передається повітряно-краплинним шляхом, у зв'язку із чим можливі розповсюджені епідемії. Остання епідемія спостерігалася в 1916-1920 р. і охопила більшість країн Європи.

Виділяють гостру і хронічну стадію хвороби.

Гостра стадія. Симптоми: поряд з розвитком маніакальних і

депресивних станів характеризується патологічною сонливістю (летаргією), коли хворі сплять і вдень і вночі, але для прийому їжі їх, хоча й складно, але можна розбудити. Найбільш частою формою екзогенних психозів є делірій, що має певні особливості й характеризується жахливими зоровими галюцинаціями й фотопсіями.

Гостра стадія закінчується повним видужанням, або після більш-менш тривалого (від декількох тижнів до декількох років) періоду псевдоневрастенічних розладів (порушення сну, дратівливість, зниження настрою і зниження психічної активності (слабкість спонукань, апатія, адинамія, загальне вповільнення психічних процесів) починають виявлятися симптоми хронічної стадії.

Хронічна стадія характеризується паркінсонічними розладами, можливі нав'язливі розлади, пароксизми (посилення хворобливого припадку до найвищого ступеня) рухового порушення з імпульсивними вчинками, епізоди сновидного потьмарення свідомості. Можливі рідкі випадки тривалих галюцинаторно-параноїдних психозів.

Епідемічний весняно-літній кліщовий енцефаліт (тайговий) – інфекційне захворювання центральної нервової системи. Характерною особливістю цього захворювання є сезонність (звідки і назва). Спостерігається воно у вигляді епідемічних спалахів наприкінці весни і на початку літа.

Хоча хвороба ця поширена в лісних селищах здебільшого серед працюючого дорослого населення, не виключена, однак, можливість захворювання весняно-літнім енцефалітом і дітей, особливо старшого віку (8–12 років); описані випадки цієї хвороби і у дітей 3 років.

Етіологія і шляхи зараження. Збудник – фільтрівний вірус передається людині через укуси кліща.

Клініка і форми хвороби. Інкубаційний період, якщо взяти до уваги роль кліщів як переносників вірусу на людину, дорівнює 10–14 дням від моменту укусу кліщем.

Початок хвороби звичайно гострий; серед повного здоров'я з'являється головний біль, біль у потилиці, шиї, кінцівках; часто буває нудота й блювання, температура в межах 38° – 40° C; шкіра суха, червона; у зіві гіперемія, нерідко спостерігається кон'юнктивіт і слезотеча, іноді світлобоязнь і пожовтіння склер.

З боку внутрішніх органів відмічається глухість серцевих тонів і болючість при пальпації печінки. З самих перших днів постійно бувають виражені і менінгеальні симптоми, при цьому дуже рано спостерігається також порушення психіки (маячення, рухове збудження, розлад пам'яті).

Часто буває непритомний стан, сонливість. Відзначаються різкі гіперстезії у хворого, навіть при легкому дотику до шкіри.

2. Менінгіт

Менінгіт - важке захворювання, що представляє собою запалення оболонки спинного і головного мозку.

Етіологія і патогенез. Причинами цього захворювання у дітей можуть стати:

- віруси, бактерії, грибки, найпростіші;
- сепсис і родові травми - у новонароджених;
- проблеми з носоглоткою і середнім вухом у маленьких дітей (до року);
- недоношеність;
- знижений імунітет;
- захворювання нервової системи;
- травми спинного і головного мозку.

Види менінгіту.

Менінгіти серед дітей діляться на дві групи.

1. Гнійний. Викликається бактеріальною інфекцією. Вражає найменших дітей, яким не виповнився навіть рік. Найчастіше починаються з сильного ознобу, підвищення температури, блювоти і головних болів. Менінгеальні синдроми при цьому дуже чітко виражені.

2. Серозний. Причина - вірусна інфекція. У дітей найчастіше зустрічається саме цей тип захворювання. Він може бути викликаний вірусами епідемічного паротиту (свинки у дітей), деякими кишковими вірусами. Вражає дітей від 1 до 8 років. Починається несподівано - з різкого стрибка температури до 39-40 ° C і вище. Такий гострий період триває від 3 до 5 днів, а на повне одужання можна сподіватися через 2 тижні.

Ознаки та симптоми.

Незважаючи на те, що всі діти можуть по-різному хворіти на менінгіт, існує ряд симптомів, характерних для всіх його форм. До менінгеальних симптомів відносяться наступні прояви:

- головний біль, сильний і посилюється від зовнішніх чинників (гучний звук, яскраве світло);
- блювання без нудоти, ніяк не пов'язане з їжею;
- висока температура (39-40 ° C), що не реагує на звичайні жарознижуючі препарати;
- скарги на оніміння потилиці і спини;
- хворому зручніше лежати на боці, підібравши ноги близько до живота і

закинувши голову назад;

- при менінгіті може початися висип, доходить часом до великих яскраво-червоних плям по всьому тілу.

Ускладнення після менінгіту.

Якщо менінгококова інфекція у дитини була виявлена вчасно, лікарі та батьки прийняли всі можливі заходи, спрямовані на ліквідацію захворювання, не потрібно лякатися серйозних наслідків. Якщо ж звернення в лікарню була не своєчасним, при гнійних формах, а також за наявності у малюка відхилень у здоров'ї можуть спостерігатися такі наслідки, як:

- повна глухота;
- сліпота;
- розумова і фізична затримка в розвитку;
- токсичний шок;
- набряк, набухання головного мозку;
- гостра надниркова недостатність.

4. Поліомієліт

Поліомієліт - це інфекційне захворювання, при якому уражається центральна нервова система, шлунково-кишковий тракт і лімфатична система, характеризується загально-інфекційним токсичним синдромом та ураженням сірої речовини спинного мозку з розвитком м'явих паралічів.

Збудник поліомієліту - вірус, який поширюється повітряно-крапельним шляхом, або разом з немитими продуктами і виділеннями хворої людини. Збудник захворювання досить стійкий, він здатний кілька місяців жити в молоці, овочах, у стічних водах і фекаліях.

Інкубаційний період коливається від 3 до 30 днів.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хвора людина та вірусоносії. Особливу небезпеку складають особи з легкими і стертими формами хвороби. Вірус виділяється в зовнішнє середовище з носоглотковим слизом протягом 1-2 тижнів, з випорожненнями - 1-1,5 місяці. Найбільша заразливість хворого припадає на останні 3-5 днів інкубаційного періоду та перший тиждень хвороби.

Механізм передачі фекально-оральний, але можливий і повітряно-крапельний. Основними факторами передачі є харчові продукти і вода, рідше - повітря і побутові речі. Вхідними воротами інфекції є слизова оболонка носоглотки і кишечника.

Хворіють здебільшого діти до 10 років. Характерною є літньо-осіння сезонність. Спорадичні випадки захворювання спостерігаються протягом

року. Імунітет стійкий.

Симптоми. Залежно від того, в якій стадії настає виздоровлення, розрізняють інапарантну (вірусоносійство), абортивну («мала хвороба»), менингеальну (непаралітичну) і паралітичну форми поліомієліту. В клінічній картині останньої виділяють продромальний, препаралітичний, паралітичний і відновний періоди.

Абортивна форма характеризується гострим початком з гіпертермією, катаральними явищами носоглотки, кашлем, нежитом. Спостерігаються шлунково-кишкові розлади: біль в животі, блювота, рідкий стул або запори. Перебіг абортивної форми сприятливий, з швидким видужанням протягом тижня.

Менингеальна форма розвивається гостро. Після короткого продромального періоду з'являються менингеальні симптоми, ригідність м'язів потилиці, біль голови, повторна блювота, загальна гіперстезія, часто болі в ногах і в спині. Перебіг менингеальної форми доброякісний. Видужання настає до кінця 2-4-го тижня від початку хвороби.

Паралітична форма поліомієліту є найважчою. Розвитку паралічів передують продромальний і препаралітичний (менингеальний) періоди. Протягом перших 1-3-х днів спостерігається нездужання: підвищення температури тіла, біль голови, нежить, фарингіт, запор або пронос. Згодом, після 2-4-х днів, з'являється друга гарячкова хвиля з різким погіршенням загального стану. Температура тіла підвищується до 39-40 °С, з'являється біль голови, блювота, сонливість, адинамія, пітливість, біль в спині, кінцівках, тонічні та клонічні корчі, інколи потьмарення свідомості.

Паралічі виникають раптово на 5-10-й день хвороби. Характер їх млявий, із зниженням тону м'язів, зниженням або відсутністю активних рухів, сухожильних рефлексів. Частіше пошкоджуються нижні кінцівки. Може наступити параліч м'язів тулуба і шиї. Інколи порушення ковтання, дихання. З кінця першого місяця розвивається атрофія м'язів, яка прогресує і супроводжується вегетативними розладами (пошкоджені кінцівки холодні та синюшні). Можливі розлади тазових органів. Чутливість не порушена.

Відновний період при паралітичній (спінальній) формі триває довго, розпочинаючись з легко уражених м'язів. Функція глибоко уражених м'язів повністю не відновлюється. Легкі парези зникають протягом півроку, важкі - до 1-1,5 року. Парези і паралічі, що не виявляють тенденції до відновлення, розглядаються як залишкові явища, можлива деформація кінцівок і тулуба.

Ускладнення. Центральний параліч дихання, параліч ковтальних м'язів, висхідний параліч (запалення нервів спинного і головного мозку). Ці ускладнення часто призводять до смерті.

Профілактика. Головним способом попередження поліомієліту є масова імунізація живою вакциною всіх дітей, починаючи з трьохмісячного віку, з періодичною плановою ревакцинацією.

5. Правець

Правець - гостре інфекційне захворювання, що зумовлене дією на організм екзотоксину правцевої палички, характеризується ураженням нервової системи.

Збудником правця є грампозитивна паличка, яка здатна жити в безкисневому середовищі. Паличка відрізняється підвищеною стійкістю до впливу навколишнього середовища: у вигляді спор вона здатна зберігати свою життєздатність роками. Потрапляючи в організм людини, починає виділяти найсильніші токсини, які проникають у відростки нейронів, в центральну нервову систему, пригнічують сигнали гальмування в синапсах і, тим самим, перешкоджає вивільненню гальмівних медіаторів. Бактерії проникають в людський організм через травмовану шкіру або слизові оболонки (наприклад, при забрудненні саден і забитих місць, при занесенні скалок або при укусах тварин). В окремих випадках відбувається зараження правцем під час обробки відморожень, опіків і операційних ран.

Інкубаційний період правця від 7 до 21 днів або однієї до трьох тижнів.

Джерело інфекції. Основним джерелом поширення правцевої інфекції є птахи, гризуни, травоядні тварини і хворі люди. Збудник міститься в шлунково-кишковому тракті носія і виводиться в навколишнє середовище разом з фекаліями.

Симптоми. Прихований період правця може тривати від кількох днів до місяця. В окремих випадках хвороба починається з продромальних явищ (тремтіння і напруги м'язів в зоні проникнення інфекції, пітливості, головного болю, дратівливості), але, найчастіше, першою ознакою хвороби стає тягнучий, тупий біль в місці проникнення збудника в організм. Потім починають проявлятися й інші характерні ознаки правця:

- тризм (напруга і судомні скорочення жувальної мускулатури, що утрудняє відкривання рота);
- утруднення ковтання;
- нееластичність потиличних м'язів;
- так звана «сардонічна посмішка» (особливе напруження мимічної мускулатури: зморщений лоб, звужені щілини очей, опущені куточки рота).

Надалі симптоматика хвороби доповнюється:

- болючими судомами м'язів кінцівок і тулуба;

- постійною напругою мускулатури (яка зберігається навіть під час сну);
- одеревенінням м'язів черевної стінки;
- спазмами діафрагми і міжреберних м'язів;
- утрудненням дефекації і сечовипускання, пов'язаним з напругою м'язів кишечника, тазового дна і сечовивідних шляхів.

У результаті постійної напруги м'язів спини у хворого розвивається опістотонус (судомна поза з різким вигинанням спини, запрокидуванням голови назад (поза арки з опорою лише на потилицю і п'ятки), витягуванням ніг, згинанням рук внаслідок тонічного скорочення розгинальних м'язів спини, кінцівок і шиї). Хворі відчувають сильні болі, задишку, у них різко підвищується температура, виникає посилена слинотеча і потовиділення, тахікардія і, в окремих випадках, артеріальна гіпертензія. При цьому хворі постійно перебувають у повністю ясній свідомості: марення з'являється лише незадовго до смертельного результату.

Самим небезпечним для життя хворого періодом вважається 11-14 день після прояву перших ознак недуги. У цей час у його організмі розвивається поліорганна недостатність, найважчі нейрогенні порушення, пов'язані з глибоким токсичним пошкодженням мозку, з'являється ризик асфіксії і виникнення паралічу серцевого м'яза. Безперервні судоми стають причиною виснажливого безсоння.

Профілактика. З раннього дитячого віку робляться специфічні щеплення. Перша така вакцина (які у своєму складі містять правцевий анатоксин) робиться у віці трьох місяців, а потім з перервою на півтора місяця ще два рази. Повторна ревакцинація проводиться в півтора року, а потім в дев'ятирічному віці. Особливі умови для профілактики правця існують для тих, що безпосередньо працює в сільськогосподарській місцевості. Там дорослі повинні робити щеплення кожні десять років, саме через десятиліття, ефективність щеплення повністю знижується, тому потрібна повторна вакцинація. Профілактика також може бути і екстреної. Вона проводиться, коли поранення вже є, з метою запобігання розвитку хвороби.

6. Сказ

Сказ (водобоязнь, гідрофобія) – гостре інфекційне захворювання людини і теплокровних тварин, яке виявляється в ураженні центральної нервової системи.

Збудником сказу є фільтрівний вірус. Сказ зараховано до особливо небезпечних хвороб.

Зараження сказом відбувається в основному через укуси хворою

твариною чи внаслідок попадання її слини на свіжі поранення, подряпини шкіри або слизових оболонок. Інфікування людини сказом відбувається здебільшого від диких хижих (вовки, лисиці – 41,4 %) чи домашніх тварин (коти – 21,8 %, собаки – 15,3 %), а також сільськогосподарських тварин (20,2 %).

Потрапивши в організм дитини вірус продовжує «дрімати» ще 2-3, а то і всі 7-10 днів. Після цього в області укусу з'являється печіння і відчуття обтяження, при тому що рана вже повністю зажила. Крім того, в окремих випадках на місці укусу може з'явитися почервонілий рубець і набряк цієї області. У хворої дитини підвищується температура, болить голова, спостерігаються часті блювоти і нудота.

Інкубаційний період сказу триває досить довго – у середньому 1–3 місяці (хоча може тривати й до року), і перші ознаки хвороби виникають пізно, коли у мозку вже відбулися руйнівні процеси (набряк, крововилив, деградація нервових клітин), що робить лікування після вираження симптомів практично неможливим (зафіксовано лише три науково підтверджених випадків виздоровлення після появи симптомів).

Хвороба має три періоди.

Продромальний (період провісників). Триває 1-3 дні.

Симптоми. Підвищення температури тіла до 37,2-37,3°C, пригнічений стан, поганий сон, безсоння, занепокоєння хворого. Біль у місці укусу відчувається, навіть якщо рана зарубцювались.

Стадія порушення. Триває від 4 до 7 днів.

Симптоми виражаються в різко підвищеній чутливості до найменших подразнень органів чуття: яскраве світло, різні звуки, шум викликають судоми м'язів кінцівок. Хворі стають агресивними, буйними, з'являються галюцинації, марення, відчуття страху.

Стадія паралічів. Симптоми. Настає параліч очних м'язів, нижніх кінцівок. Важкі паралітичні розлади дихання викликають смерть. Загальна тривалість хвороби 5-8 днів, зрідка 10-12 днів.

Ознаки захворювання у тварин. Головною ознакою захворювання диких тварин є зміна поведінки, насамперед, втрата відчуття страху. Звірі втрачають обережність і вдень з'являються у населених пунктах, нападають на людей і тварин. З метою попередження сказу ветеринарною службою ведеться боротьба зі сказом серед собак, знищення бродячих тварин, профілактична вакцинація свійських тварин. При несвоєчасно проведених щепленнях, які здійснюються після укусу інфікованої тварини, хвороба закінчується смертю.

Сказ дітей у ранньому віці. Найчастіше хвороба дає знати про себе

відразу після укусу, причому напади порушення можуть бути відсутні. Замість цього, у дітей спостерігається параліч, сонливість, депресія тощо. Летальний результат може наздогнати дитину через добу.

Профілактика захворювання. Після укусу дитини твариною зараженою сказом, ранку необхідно рясно промити кип'яченою водою або перекисом водню. Після чого рану необхідно обробити спиртом 70% або йодом. Розрізати або зашивати рану - суворо протипоказано. Вакцинація на початковій стадії дуже ефективна і здатна запобігти ускладненню хвороби в більшості випадків.

Специфічна профілактика - це пасивна імунізація антирабічним імуноглобуліном або антирабічною сироваткою з подальшою активною імунізацією (вакцинацією). Пасивну й активну імунізацію проводять одночасно, але різні препарати не можна вводити в одне і те ж місце.

Контрольні питання

1. Заповніть таблицю

Назва патології	Шлях передачі	Інкубаційний період	Основні симптоми	Профілактика	Назва вакцини і терміни вакцинації
Менінгіти					
Енцефаліти					
Поліомієліт					
Правець					
Сказ					

- Назвіть збудника менінгококової інфекції, охарактеризуйте його морфологічні властивості, фактори патогенності.
- Охарактеризуйте джерело інфекції, назвіть механізм інфікування енцефалітом.
- Опишіть вираз обличчя і положення тіла при правці. Назвіть причину такого стану.
- Назвіть ознаки і симптоми сказу. Охарактеризуйте клінічні періоди сказу.
- Поясніть особливості протікання сказу у дітей.
- Охарактеризуйте основні форми уражень при поліомієліті.

Література

- Васильев В.С. Практикум инфекциониста / В.С. Васильев, В. О. Комар – Минск: Высшая школа, 1993.
- Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 –с. 322-380.
- Інфекційні хвороби / За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. – с.55-70.

4. Инфекционные болезни тропиков/ Под ред. Сокол А. С., Киселевой А. Ф. – Киев: Здоровье, 1992.
5. Руководство по инфекционным болезням/Под ред. Лобзина Ю.В. –Санкт-Петербург: Фолиант, 2003.- с. 21-38.
6. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни / Е.П. Шувалова – Ростов н/Д.: Феникс, 2001. – 959 с.

3.4. ЗАХВОРЮВАННЯ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ У ДІТЕЙ

1. ВІЛ-інфекція: етіологія, епідеміологія, патогенез.
2. Класифікація стадій ВІЛ.
3. Діагностика ВІЛ-інфекції.

1. ВІЛ-інфекція: етіологія, епідеміологія, патогенез

ВІЛ - інфекція – це довготривале інфекційне захворювання, яке розвивається в результаті інфікування вірусом імунодефіциту людини і характеризується прогресуючим ураженням імунної системи людини, що проявляється вторинними інфекціями, пухлинами та іншими патологічними проявами.

СНІД – остання стадія *ВІЛ - інфекції*, яка виявляється різними важкими захворюваннями, опортуністичними інфекціями, пухлинами, що розвиваються на фоні порушень імунної системи.

Етіологія. Збудник хвороби – вірус імунодефіциту людини (ВІЛ) з родини ретровірусів, РНК-вмісний, генетично й антигенно неоднорідний, з великим ступенем мінливості; геном ВІЛ містить унікальний фермент – зворотну транскриптазу, який зчитує генетичну інформацію з РНК та ДНК. Збудник сферичної форми, діаметром приблизно 120 нм. Виділяють два типи: ВІЛ 1 та ВІЛ 2, які розрізняються за структурними і антигенними характеристиками. Нестійкий у зовнішньому середовищі, гине під дією всіх відомих хімічних агентів з дезінфікуючої активністю (навіть при низьких концентраціях), через 13 хвилин гине від кип'ятіння; стійкий до висушування, заморожування, УФО та іонізуючої радіації.

Інкубаційний період коливається від 2-6 тижнів до кілька років. Вважають, що на 1 хворого на ВІЛ припадає до 300 вірусоносіїв. Протягом 5 років у 1/3 вірусоносіїв виникає захворювання.

Епідеміологія. Джерело інфекції (резервуар) – хвора людина (у будь-якій ситуації) і вірусоносії. Вважається, що вірус може міститися майже в

усіх біологічних рідинах організму. Проте його кількості недостатньо для інфікування, якщо в цих рідинах немає домішок крові. Усі біологічні рідини, що пов'язані за своїм походженням з лімфою, містять ВІЛ у високих концентраціях.

Шляхи зараження дітей ВІЛ-інфекцією:

1) природний – можливий від вагітної жінки до плода (трансплацентарний);

2) штучний – найчастіше при переливанні зараженої крові та деяких її препаратів; трансплантації інфікованих органів; при повторному використанні недостатньо очищеного та простерилізованого будь-якого медичного інструментарію (у стоматології, хірургії, лабораторній діагностиці тощо), у тому числі шприців, голок, скарифікаторів та інших інструментів.

Чинники, які сприяють парентеральному зараженню дитини на ВІЛ-інфекцію:

- імунний статус матері (чим молодший вік, тим більша імовірність зараження);

- найбільша загроза зараження плода існує в ранні терміни вагітності;

- ризик зараження плода збільшується з кожною наступною вагітністю;

- наркоманія матері підвищує ризик інфікування плода ВІЛ;

- ризик зараження плода більший при природному перебігу пологів, ніж при кесаревому розтині та при природному вигодовуванні, ніж при штучному;

- несприятливі умови для виношування дитини вагітною жінкою.

Хвороба не передається:

- через рукостискання, через поцілунок, їжу, предмети домашнього вжитку;

- при купанні в басейні, душі, через спортивні предмети, укуси комах, при догляді за хворими.

Патогенез. Вірус здатний проникнути в середину Т-лімфоцитів, рідше в моноцити і макрофаги, де й розмножується. Відповідно до цього провідним у патогенезі є глибоке і безповоротне руйнування клітинного імунітету, що робить хворого беззахисним перед будь-якою інфекцією. У зв'язку з цим нашаровуються захворювання, викликані різними збудниками - найпростішими, грибами, вірусами, бактеріями, гельмінтами. Знижується імунний контроль за утворенням атипових клітин, унаслідок чого часто розвиваються пухлини. Крім цього, активізується В-система імунітету, що веде до гіперпродукції імуноглобулінів усіх класів і підвищення кількості циркулюючих імунних комплексів.

2. Класифікація стадій ВІЛ

Захворювання протікає у декілька стадій. Перебіг ВІЛ - інфекції, як і терміни настання та тривалості кожної стадії захворювання, можуть значною мірою відрізнятися між собою у різних дітей.

В більшості своїй клінічні прояви ВІЛ-інфекції у дітей зводяться до затримки розвитку на фізичному рівні і на рівні психомоторики. Діти частіше дорослих стикаються з розвитком рецидивуючих форм бактеріальних інфекцій, розвивається анемія.

Форми ВІЛ-інфекції у дітей.

1. Вроджена інфекція (трансплацентарний шлях передачі).

2. Набута інфекція.

Клінічні різновиди вродженої інфекції.

1. Дізморфічний синдром (при народженні). Виявляється у дитини, народженої від інфікованої матері, характеризується мікроцефалією, гідроцефалією, симптомами енцефалопатії, кальфікацією м'яких тканин мозку.

2. СНІД-асоційований комплекс. Симптоми: тривалі гарячкові стану з вираженим потовиділенням, тривалі діареї неясного характеру, шкірний висип неясної етіології. Вище перераховані прояви зустрічаються у вигляді окремих симптомів, або в поєднанні.

3. Власне СНІД. Дві групи проявів: інфекція та онкологія. У дітей з вродженим СНІДом, він проявляється поодинокими інфекціями (бактеріальними, вірусними), які характеризуються важким перебігом, з розвитком септичних (зараження крові) ускладнень. Домінування інфекції, викликані умовно-патогенної флорою (наприклад пневмоцистна пневмонія).

При вродженій ВІЛ-інфекції діти живуть 1,5 - 2 роки після народження.

Придбані ВІЛ інфекції у дітей.

1. Характеризується тяжкими змінами з боку ЦНС: прогресуюча енцефалопатія (дистрофічні зміни тканини мозку) з розвитком судомного синдрому, атаксії (розлад координації рухів), затримки психічного розвитку

1. Опортуністичні інфекції (виникають, коли знижений імунітет).

2. Онкологічні захворювання.

Рекомендованою в Україні (наказ Міністерства охорони здоров'я України від 04.10.2006 № 658) є Клінічна класифікація стадій ВІЛ - інфекції у дорослих та підлітків.

Перша стадія. Після безсимптомного (інкубаційного) періоду, становить від двох до шести тижнів, у більшій частини ВІЛ - інфікованих впродовж декількох років не виявляється жодних симптомів захворювання. Проте у невеликої частини ВІЛ - інфікованих розвиваються ознаки гострої

вірусної інфекції: висока температура, болі у горлі, слабкість, висипка, збільшення заушних, шийних, над-і підключичних, підпахових та інших лімфатичних вузлів та інші симптоми. Поступово усі вищеназвані симптоми згасають і ВІЛ - інфекція набуває безсимптомного перебігу. В цей час ВІЛ - інфіковані, як правило, почуваються добре, ведуть звичайне життя, проте впродовж всього часу безсимптомного перебігу вірус розмножується в організмі людини.

Збільшення лімфовузлів виявляють випадково при медичному огляді. Здебільшого вони не турбують ВІЛ - інфікованого. Вони не болючі, м'які, колір шкіри над ними незмінний. У подальшому лімфовузли можуть зменшуватись у розмірі та ставати більш щільними (твердими) проте не болять. У частини ВІЛ - інфікованих ця стадія супроводжується високою температурою (39°C і вище), лихоманкою, посиленням потовиділенням.

Друга стадія. Захворювання прогресує. ВІЛ-інфіковані можуть швидко втрачати вагу. Рівновага між імунною відповіддю організму і дією вірусу порушена, зменшується кількості Т-лімфоцитів. Спостерігають ураження слизових оболонок та шкіри бактеріями, герпесвірусами, грибами: бактеріальні інфекції верхніх дихальних шляхів, оперізуючий лишай, стоматит, дерматит, грибкові ураження нігтів.

Третя стадія. Поступово кількість Т4-лімфоцитів зменшується, що призводить до розвитку бактеріальних, вірусних, грибкових уражень. Формуються важкі бактеріальні інфекції, ВІЛ-інфікований може багато часу проводити у ліжку – не менше 50 % денного часу через втрату сил. Можливі значні втрати ваги тіла – понад 10 %, тривала та немотивована діарея, лихоманка більше місяця.

Четверта стадія(стадія СНІДу). У 80-90 % хворих спостерігається ураження ЦНС, що спричиняє сильний головний біль, знижується зір, втрачається орієнтація, розвивається опосередкована неврологічна симптоматика, загальмованість, депресія та прогресуюча недоумкуватість – деменція.

Таким чином для ВІЛ - інфекції характерний багаторічний перебіг хвороби. Захворюваність з часом призводить до прогресуючого зниження імунітету та, якщо його адекватно не лікувати, до важких форм захворювань.

3. Діагностика ВІЛ-інфекції

Оскільки ранній період ВІЛ-інфекції часто є безсимптомним, лікарі можуть виявити його лише за допомогою дослідження крові пацієнта на наявність у ній антитіл (протеїнів, за допомогою яких організм бореться з

хворобою) до компонентів ВІЛ. Кількість антитіл у крові піднімається до рівня, який вдається зареєструвати за допомогою наявних сьогодні методів дослідження, приблизно за 1-3 місяці після зараження, а до рівня, здатного давати позитивний результат в обстеженнях за допомогою стандартних тестових систем, лише за 6 місяців. Дітей, що мають контакт з вірусом, потрібно обстежувати на наявність ВІЛ-інфекції, як тільки пройде час, необхідний для нагромадження в крові противірусних антитіл. Завдяки ранній діагностиці вони можуть отримати адекватне лікування у період, коли їхня імунна система найбільше спроможна боротися з ВІЛ, і таким чином запобігти розвитку деяких опортуністичних інфекцій. Крім того, своєчасне виявлення інфекції спонукає пацієнтів утримуватися від вчинків, які могли б стати причиною зараження інших осіб.

Діти, що народжуються від ВІЛ-інфікованих матерів, теж можуть бути вражені вірусом, але можуть бути і неінфікованими, проте у будь-якому випадку протягом перших кількох місяців життя мають у крові антитіла, отримані від матері. За відсутності симптоматики вірогідний діагноз ВІЛ-інфекції за допомогою стандартних тест-систем може бути поставлений лише у дітей віком понад 15 місяців. У цьому віці наявність антитіл матері у крові дитини є малоймовірною, проте у випадку інфікування організм починає виробляти власні антитіла. Нові технології виявлення самого вірусу використовуються для діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком від 3 до 15 місяців. Нині проводяться випробування кількох тест-систем діагностики ВІЛ-інфекції у дітей віком до 3 місяців. Критерієм, що свідчить про наявність у дитини ВІЛ-інфекції, є виявлення у нього антитіл до ВІЛ у віці 18 і більше місяців. Відсутність антитіл до ВІЛ у віці 18 місяців у дитини, народженої ВІЛ інфікованою матір'ю, є критерієм, що свідчить проти наявності в неї ВІЛ інфекції.

Профілактика. Вакцинопрофілактика у дітей з ВІЛ/СНІД. Діти народжені ВІЛ- позитивними жінками та хворі на ВІЛ-інфекцію повинні бути повністю вакциновані у відповідності до віку і календаря щеплень, оскільки, як всі інші діти, можуть хворіти на інфекції, що підлягають плановій вакцинопрофілактиці.

Перебування ВІЛ-позитивної дитини у ДНЗ. ВІЛ-інфекція в дитини не є перешкодою для відвідування нею дитячої установи разом із неінфікованими дітьми. Побутові контакти з ВІЛ-інфікованою дитиною безпечні, особливо за умови незначного рівня вірусного навантаження. Дитина, яка живе з ВІЛ, може гратися з іншими дітьми. Діти можуть користуватися одними іграшками, книгами, олівцями, спортивним інвентарем. Однак перед тим, як дитина почне відвідувати організований

дитячий колектив, необхідно навчити її безпечної поведінки (не кусати, не дряпати дітей).

Контрольні питання

1. Охарактеризуйте збудник, що викликає ВІЛ-інфекцію.
2. Поясніть послідовність стадій ВІЛ-інфекції.
3. Визначте епідеміологію ВІЛ – інфекції.
4. З'ясуйте шляхи передачі ВІЛ-інфекції .
5. Як встановлюють діагноз СНІДу дітям?
6. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належить ВІЛ - інфекція?
7. Якщо дитина народжена ВІЛ-позитивною матір'ю, коли можна встановити, чи інфікована вона ВІЛ?
8. Які основні причини летальності при ВІЛ – інфекції?

Література:

1. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Авт.: Котова Н. В., Старець О. О., П. П. Олена, Н. В.Леончук, О. М. Панфілова, Т. А. Бордуніс, І. М. Дубініна, Л. В.Булах – К.: ТОВ «К.І.С.», 2010 – 176 с.
2. Звенкина О.В. В копилку родителям. Говорим с ребенком о ВИЧ /СПИДе. Методические рекомендации / О.В Звенкина – М., 2008.
3. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні. – ЮНЕЙДС, 2009 р. – 44 с.
4. Пропозиції щодо поширення досвіду діяльності центрів денного перебування для дітей з ВІЛ на базі Київського та Одеського центрів. – К.: Дитячий фонд ООН в Україні (ЮНІСЕФ), Український інститут соціальних досліджень, 2005. – 23 с.
5. Рахманова А.Г.Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции.Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденныхСПб.1996.

3.6. ІНФЕКЦІЙНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ШКІРИ ТА ЇХ ПРОФІЛАКТИКА.

1. Вітряна віспа: епідеміологія, патогенез, симптоми, ускладнення, профілактика.
2. Кір: шляхи передачі, ознаки, ускладнення, профілактика.
3. Краснуха: шляхи передачі, симптоми, профілактика.
4. Скарлатина: шляхи передачі, симптоми, профілактика.
5. Педикульоз: шляхи передачі, ознаки, профілактика.

1. Вітряна віспа: епідеміологія, патогенез, симптоми, ускладнення, профілактика

Вітряна віспа – гостре інфекційне захворювання, що викликається вірусом вітряної віспи і характеризується розвитком своєрідного висипу.

Збудником вітряної віспи є вірус, який живе і розмножується тільки в людському організмі. Окрім вітряної віспи, він може викликати і оперізувальний лишай. У зовнішньому середовищі він дуже швидко гине, зате надзвичайно литючий (звідки і приходить назва хвороби).

Джерелом хвороби є хворі вітряною віспою. Хворий заразний від початку висипання до 5-го дня після появи останніх елементів висипу.

Шлях передачі повітряно-краплинний. Вірус з потоками повітря може поширюватися навіть на верхні поверхи, у сусідні квартири і т. п. Сприйнятливість до цієї інфекції висока. У перші 6 місяців життя діти хворіють рідко із-за наявності природженого імунітету, але іноді хвороба вражає і новонароджених. Описані випадки внутрішньоутробного зараження. Зазвичай захворюють діти дошкільного та молодшого шкільного віку. Для вітряної віспи характерна осінньо-зимова сезонність, що пояснюється тіснішим контактуванням дітей при відвідуванні дитячих навчальних закладів.

Інкубаційний період 11-24 дні, частіше 14-17 днів.

Патогенез. Як і при інших інфекціях, що поширюються повітряно-краплинним шляхом, вірус проникає через слизові оболонки верхніх дихальних шляхів в клітини, яких і розмножується впродовж інкубаційного періоду. Потім віруси потрапляють в кров і розносяться по усьому організму, осідаючи, в основному, у верхніх шарах шкіри і слизових оболонок. Розмножуючись, вони викликають появу типового висипу у вигляді «бульбашок». При важкій формі такі «пухирі» можуть виникати і на внутрішніх органах (печінка, легені, бруньки).

Симптоми. Поява елементів висипу при вітряній віспі відбувається одночасно з підвищенням температури тіла чи на декілька годин пізніше. Елементи висипу спочатку з'являються у вигляді плям, часто зовсім невеликих, як крапки. Вони швидко збільшуються в розмірі, середня частина здіймається над поверхнею шкіри – утворюється папула. Згодом у центрі елементів з'являються пухирці. Пухирець, який щойно утворився, має вигляд краплі роси. Він досить великий, круглий, із прозорим умістом і тонкою блискучою поверхнею. Червоне забарвлення навколо нього може бути відсутнє. Пізніше пухирці набувають неправильної форми. Це особливо помітно, коли пухирець починає підсихати і стає більш плоским. Уміст пухирця стає мутним. Пухирці ніжні, м'які на дотик, їхня поверхня легко

руйнується. При проколі пухирець досить легко спорожнюється, оскільки має одну камеру. Пухирці підсихають через 1-2 дні. Підсихання починається з центру, середина його западає, темнішає й поступово весь пухирець перетворюється на щільну буро-коричневу кірочку.

Перші елементи висипу можуть з'являтися на будь-якій ділянці шкіри. Проте у більшості хворих вони з'являються на тулубі та волосистій частині голови. Спочатку може з'явитися лише один пухирець. Після визрівання одних елементів висипу відбувається висипання нових. У типових випадках після висипання окремих розрізнених елементів починається нове масове висипання. Воно звичайно супроводжується підвищенням температури тіла, свербінням. Масове висипання може мати вигляд досить густого, рівномірного висипу, який захоплює волосисту частину голови, тулуб. На обличчі, дистальних відділах кінцівок висип набагато менш рясний. Поява висипу відбувається не одночасно, а немовби «поштовхами» з інтервалом 1-2 дні. Перші елементи висипу, як зазначалося вище, здебільшого проходять стадію плями-папули дуже швидко й виявляються, як правило, у вигляді пухирців. Розвиток елементів, які з'являються при подальших підсипаннях, проходить повільніше, за розмірами вони менші. Зазвичай підсипання при вітряній віспі тривають упродовж 2-4 днів. В окремих випадках пухирці продовжують з'являтися до 7-9 дня, а іноді й до 14 дня хвороби.

Час відторгнення кірок значною мірою залежить від догляду за шкірою. За умови правильного догляду шкіра очищується значно швидше. Частіше кірочки відторгаються між 12 та 22 днями хвороби. Кірочка має розміри пухирця, від якого вона утворилася. На час підсихання червоний обідок навколо пухирця зникає й кірочка стає оточеною незміненою шкірою. Її відторгнення відбувається з країв. Після цього можуть залишатися невеликі округлі знебарвлені плями з пігментованими краями. Іноді кірочки (частіше вони розташовані на обличчі) відторгаються з утворенням рубчика. Утворенню рубчиків після висипки може сприяти розчісування, приєднання вторинної бактеріальної флори.

Окрім шкіри, при вітряній віспі спостерігаються висипання також на слизових оболонках рота, носоглотки, рідше – гортані, кон'юнктиви, статевих органів. Елементи висипу на слизовій оболонці рота не мають якоїсь вибіркової локалізації та можуть з'являтися на твердому й м'якому піднебіннях, на язиці, слизовій оболонці щік, губах, яснах. Розміри такого елемента зазвичай менші, еволюція його відбувається швидше, ніж на шкірі. Пухирці на слизовій оболонці мають правильну округлу форму, швидко руйнуються й перетворюються на ерозії з жовтуватого-сірим дном. Ці ерозії дуже схожі на ранки при стоматиті. Загоювання вітрянкових ерозій

відбувається протягом 1-2 днів.

До рідких локалізацій висипу при вітряній віспі належить висипання на слизовій оболонці гортані. Така локалізація висипу часто випереджає висипання на шкірі та проявляється хрипкістю голосу, грубим гавкаючим кашлем. Іноді може розвинути стеноз (звуження) гортані.

У переважної більшості хворих на вітряну віспу загальний стан майже не порушується. Навіть за рясного висипу та високої температури тіла дитина залишається активною і бадьорою. Порушення загального стану при вітряній віспі, по-перше, відзначається в немовлят і, по-друге, при дуже рясному висипі. У таких хворих спостерігаються в'ялість, сонливість, неспокій, порушення сну, відсутність апетиту, блювання, марення, втрата свідомості, судоми.

Ускладнення можна розділити на ті, що викликаються самим вірусом і ті, які розвиваються у хворого вітряною віспою при зараженні іншими мікробами.

У першому випадку це, що виникають у край рідко - енцефаліт, ураження нервів, менінгіти. Іноді зустрічаються ураження нирок, які носять доброякісний характер. При появі бульбашок на слизовій гортані може виникати порушення дихання, відоме як «круп». Частота розвитку таких ускладнень у край низька (соті долі відсотка).

Ускладнення другого роду, що включають нагноєння пухирців, запалення середнього вуха, запалення лімфатичних вузлів, виникають рідко і успішно піддаються лікуванню.

Профілактика. Дітей дошкільного віку, які спілкувалися з хворим на вітряну віспу або оперізуючий герпес і раніше не хворіли, не допускають у дитячі заклади з 11-го по 21-й день контакту, за ними встановлюють медичний нагляд. Щеплень проти вітряної віспи не проводять. Імунітет після хвороби довічний і міцний.

2. Кір: шляхи передачі, ознаки, ускладнення, профілактика

Кір – вірусне захворювання, яке проходить найчастіше у гострій формі та супроводжується лихоманкою, інтоксикацією, катаральним синдромом (нежить, кашель, хрипи в легенях) та енантемами (висипом на тілі).

Збудником захворювання є вірус кору, який зазвичай розвивається в клітинах, розташованих в задній стінці глотки і в легенях. Даний вірус відноситься до виду РНК-вмісних і швидко втрачає свою активність під дію ультрафіолетових променів і дезінфікуючих засобів.

Інкубаційний період хвороби триває до 9-11 днів.

Шлях інфікування - повітряно-крапельний.

Епідеміологія. Після спілкування з інфікованою людиною хвороба настає в 98% випадків. Через предмети побуту і контакт з третіми особами, вірус не передається. Найбільш сприйнятливі до захворювання діти, однак вірус не має вікових обмежень і за відповідних умов захворіти може кожен.

Стійкі до вірусу кору: діти до 1 року, якщо мати перехворіла на кір або була вакцинована проти неї, їх врятує так званий трансплацентарний імунітет; діти і дорослі, які перехворіли на кір (імунітет зберігається на все життя) і люди, що пройшли вакцинацію. Решта схильні до небезпеки інфікування навіть, якщо просто побували в приміщенні, де за 2 години до цього був хворий.

Вірус проникає в організм через слизові оболонки (дихальний шляхи, кон'юнктива), розмножується, потрапить в лімфатичні судини, а звідти в кров. Вірус поширюється по всьому організму, вражає шкірні покриви, органи тіла, при проникненні вірусу в нервову систему можливий розвиток захворювань менінгіту, енцефаліту і менінгоенцефаліту.

Ознаки хвороби. Симптоми з'являються не відразу, в інкубаційний період хвороби вірус посилено розвивається, ознак захворювання немає.

Першою ознакою гострого появи хвороби є висока температура до 38-39 ° С. Потім з'являються: млявість, сухий кашель, першіння в горлі, нежить, може виникати світлобоязнь та кон'юнктивіт.

Через 2-3 дні жар зазвичай спадає, але кашель і нежить посилюються, з'являється чхання, світлобоязнь (дитині боляче дивитися на світло). На внутрішній стороні щік, а іноді й губ, з'являються дрібні червоні цятки, як би посипані дрібними висівками – специфічна ознака кору. На 4 -5 -й день захворювання температура знову підвищується до 39-40°C, на шкірі з'являється висип у вигляді рожевих або червоних цяток, злегка піднімаються над поверхнею шкіри. Висип спочатку з'являється за вухами, на обличчі, шиї, на наступний день – на тулубі, а потім поширюється на кінцівки. Разом з появою висипання посилюється нежить і світлобоязнь, повіки набрякають, обличчя стає набряклим, голос грубим або захриплим, а кашель нав'язливим і болісним. Часто приєднується пронос: випорожнення стають рідкими, водянистими. Самопочуття хворого погіршується, дихання частішає; діти в ці дні особливо мляві, примхливі, то сонливі, то неспокійні. У дітей старше 6-7 років поява висипки може супроводжуватися головним болем, затемненням або втратою свідомості; деякі з них знаходяться в стані глибокого сну і лежать «як пласт»; в інших, навпаки, з'являється марення, неспокій, їх доводиться тримати, так як вони прагнуть кудись бігти. При позитивному перебігу хвороби на 4 -5-й день після появи висипки жар

проходить, самопочуття дитини відразу поліпшується, висип тьмяніє, але залишається ще протягом 1-3 тижнів у вигляді коричневих цяток. Зникає світлобоязнь, кашель стає м'якшим і рідкісним, задишка і нежить проходять. Дитина починає одужувати, до неї повертається бадьорість, сон, апетит.

Хвороба може протікати в різних формах (легкий, середньотяжкій, тяжкий), може мати типовий і атиповий перебіг.

Ускладнення. Отрута коревого мікроба розноситься кров'ю і вражає весь організм дитини. Від коревої отрути особливо страждають дихальні органи, кишечник, внутрішні оболонки рота, очі, вуха, шкіра. Ці органи і стають улюбленим місцем для розмноження найрізноманітніших мікробів. Організм ослаблений, тому будь-яка інфекція, яка до хвороби була безпечною, може викликати загрозу та ускладнення.

Серед найбільш поширених ускладнень кору виділяють: отити, сліпоту, бронхопневмонії, ларингіти, трахеїти, бронхіти енцефаліти.

Профілактика захворювання.

З метою профілактики і для створення активного імунітету проти кору проводиться планова вакцинація. Жива корова вакцина (ЖКВ) вводиться дітям, згідно з календарем щеплень.

Вакцинують дітей, починаючи з одного року життя. Ревакцинація проводиться в шість років. Щеплення проти кору може бути у вигляді моновакцини або ж у вигляді тривакцини, яка включає в себе щеплення проти кору, краснухи та свинки, або епідемічного паротиту. Імунітет після вакцинації зберігається до п'ятнадцяти років. Щеплення протипоказана хворим на туберкульоз, з лейкозом або лімфомою, а також особам з імунodefіцитом, включаючи ВІЛ-і СНІД-інфікованих.

3. Краснуха: шляхи передачі, симптоми, профілактика

Краснуха - це гостра інфекційна хвороба, викликувана вірусом, що характеризується появою висипки на шкірі й збільшенням лімфатичних вузлів.

Етіологія. Збудник краснухи – вірус, що містить РНК. Досить стійкий у навколишньому середовищі, може зберігатися при кімнатній температурі та висушуванні. При ультрафіолетовому опроміненні відразу гине. Чутливий до дії хімічних речовин та високої температури.

Інкубаційний період краснухи становить 10-25 днів.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворі краснухою. Найбільш заразні хворі у перші 5 днів від початку захворювання. Інфекція передається повітряно-крапельним шляхом. Частіше хворіють діти у віці 4-10 років.

Основний шлях передачі краснухи – повітряно-краплинний. Оскільки вірус є в крові, сечі, випорожненнях та має відносну стійкість, припускають можливість передачі краснухи контактним шляхом, а також безпосередньо через кров під час ін'єкцій. Краснуха передається також через плаценту плода від вагітної з клінічно вираженою або безсимптомною формою хвороби.

Сприйнятливість дітей до краснухи висока. Хворіють в основному діти від 1 до 10 років. Діти старшого віку та дорослі хворіють рідко. Після перенесеної краснухи залишається стійкий імунітет.

Патогенез. Вхідні ворота інфекції – верхні дихальні шляхи (іноді – безпосередньо кров). В епітелії слизових оболонок верхніх дихальних шляхів вірус розмножується, проникає в русло крові, вибірково фіксується лімфоїдною тканиною. Є всі підстави вважати, що до вірусу краснухи особливо чутливі ембріональні тканини.

Клініка. Інкубаційний період становить 15–21 день, може тривати до 24 днів. Продромального періоду не буває, або він дуже слабо виражений. Спостерігаються субфебрильне підвищення температури тіла, нездужання, незначний нежить, покашлювання, катаральний кон'юнктивіт. Типовим раннім симптомом краснухи є збільшення задньошийних, потиличних, білявушних та інших лімфатичних вузлів. Цей симптом з'являється за 1–3 дні до висипу і зберігається 10–14 днів. Висип з'являється на обличчі, шиї, поширюючись протягом кількох годин по всьому тілу. Переважна локалізація висипу – розгинальні поверхні кінцівок, спина, сідниці. На обличчі, грудях та животі кількість висипань менша. Елементи висипу при краснусі – рожеві, круглої і овальної форми плями або папули, які дещо піднімаються над шкірою. За величиною вони бувають від макового зернятка до сочевиці. У деяких хворих переважають дрібніші елементи, в інших – більші. Елементи висипу не схильні до злиття. Висип утримується протягом 2–3 днів, безслідно зникає і не залишає пігментації та лущення.

У деяких хворих одночасно з висипом на слизових оболонках зів та м'якого піднебіння з'являється дрібноплямиста енантема (висип на слизових оболонках). Катаральні явища, які виникли у продромальному періоді, не посилюються. Самопочуття, як правило, не погіршується. Висип супроводжується субфебрильним, рідше – значнішим (38°C -39°C) підвищенням температури тіла. У деяких хворих протягом усього часу хвороби температура тіла може і не підвищуватися.

Внутрішньоутробне зараження в початкові строки вагітності (перші 2–3 міс) нерідко веде до порушень ембріогенезу та розвитку вад (мікроцефалія, гідроцефалія, катаракта, глухота, глаукома, пороки серця, зміни в будові скелета). У разі зараження плода наприкінці вагітності може народитися

хвора на краснуху дитина. Хвороба в таких випадках має затяжний характер, тривалим є вірусоносійство.

Ускладнення. Спостерігаються артропатія (захворювання суглобів), яка характеризується сильним больовим синдромом і появою внутрішньо-суглобових випотівань; енцефаліт, енцефаломієліт, поліневрит. Неврологічні ускладнення розвиваються при краснусі в період згасання висипу. Надзвичайно рідко бувають при краснусі отит, пневмонія, гломерулонефрит та інші ускладнення.

Профілактика З метою профілактики краснухи в країні проходить обов'язкова вакцинація дітей з комплексного щеплення від краснухи, кору та паротиту, яка проходить за спеціальним календарем щеплень, в певні періоди життя дитини. Вакцинація від цих захворювань протипоказана дітям, які нещодавно перенесли важкі захворювання або ослаблені.

4. Скарлатина: шляхи передачі, симптоми, профілактика

Скарлатина – гостре інфекційне захворювання переважно дитячого віку, яке характеризується явищами загальної інтоксикації, ангіною, регіонарним лімфаденітом, дрібноточковим висипом та наступним пластинчастим лущенням.

Етіологія. Збудник скарлатини – бета-гемолітичний стрептокок групи А. Відомо 46 серологічних типів цього стрептокока. Кожен з них може спричинити скарлатину. Антитіла, які утворюються в організмі після перенесеної скарлатини у відповідь на дію токсину, зв'язують токсини стрептокока всіх типів (поліспецифічний антитоксичний імунітет); антибактеріальні антитіла виробляються тільки проти того типу стрептокока, який викликав захворювання (моноспецифічний антибактеріальний імунітет).

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворий на скарлатину, контагіозний з моменту захворювання до 22-го дня від початку хвороби, а також хворий (дитина або дорослий), в якої є інша стрептококова хвороба (ангіна, стрептодермія та ін.). Інкубаційний період коливається в широких межах: від 24 годин до 10 діб.

Основний шлях передачі скарлатини – повітряно-краплинний. Певну роль при поширенні скарлатини відіграє передавання інфекції контактним шляхом – через третю особу та через предмети, яких торкався хворий. Бувають також харчові спалахи скарлатини – через молоко, холодець тощо.

Найбільше випадків захворювання скарлатиною спостерігається серед дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. Діти першого року життя і після 15-річного віку на скарлатину хворіють рідко. Індекс контагіозності

при скарлатині становить 0,4.

Патогенез. Вхідні ворота інфекції – піднебінні мигдалики, а також пошкоджена шкіра або слизові оболонки іншої ділянки (опікова, ранова, післяродова скарлатина і т. д.). Скарлатинозний стрептокок розмножується в ділянці вхідних воріт інфекції, виділяє токсин, який всмоктується в кров і зумовлює загальнотоксичні симптоми (головний біль, блювання, підвищення температури тіла тощо), ураження вегетативної нервової системи (спочатку симпатичної, а потім парасимпатичної частини). З дією токсину пов'язуються зміни шкіри (висипання) та язика. Септична дія скарлатинозного стрептокока проявляється виникненням на місці втілення інфекції первинного вогнища запалення (ангіна) та гнійними ускладненнями, які розвиваються при певних несприятливих умовах. Продукти розпаду стрептокока мають алергічну дію, що сприяє розвитку алергічних ускладнень.

Симптоми. Інкубаційний період при скарлатині в основному триває 2-7 днів, іноді збільшуючись до 10 днів. Початок хвороби гострий. Температура тіла підвищується до 38–39°C і більше, з'являються біль у горлі під час ковтання, головний біль, нездужання, часто – блювання. Вже на першу добу або на 2-й день з'являється висип. Скарлатинозний висип дрібноточковий, яскраво-рожевий або червоний на гіперемійованому фоні шкіри. На перший погляд створюється враження суцільного почервоніння шкіри. Найбільше висипань у пахвовій, лобковій та сідничній ділянках, на згинальних поверхнях кінцівок. Висип у деяких випадках має дрібнопапульозний (папула - твердий вузлик на шкірі) характер. Можна спостерігати іноді висипання у вигляді дрібних, як макове зернятко, пухирців, наповнених прозорою або каламутнуватою рідиною.

При тяжкій формі скарлатини висип часто геморагічний (з крововиливом). Обличчя має характерний вигляд: на лобі і скронях – рожевий дрібноточковий висип, шкіра щік суцільного червоного кольору; шкіра носа, навколо губ та підборіддя бліда. Чітко видно блідий носогубний трикутник – типова ознака скарлатини, описана Н. Філатовим. У ділянках згинів, при уважному огляді видно багато дрібноточкових крововиливів, завдяки чому природні складки в них дуже виділяються. Це симптом складки. Постійним симптомом скарлатини є ангіна – від катарального запалення до глибоких некротичних змін піднебінних мигдаликів. Спостерігається яскрава гіперемія слизової оболонки передніх піднебінних дуг, м'якого піднебіння, язичка (палаючий зів). Відповідно до ступеня ураження зіва в процес втягуються регіонарні лімфатичні вузли: вони збільшені, щільні, болісні при пальпації. Язик обкладений густим білим нальотом, через 2–3 дні він очищається від нього, стає яскраво-червоним,

сосочки гіпертрофуються (малиновий язик).

Явища загальної інтоксикації, залежно від тяжкості хвороби, зберігаються протягом 2–7 днів. Паралельно з поліпшенням загального стану (зниження та нормалізація температури тіла, поліпшення самопочуття) зменшується ступінь запальних змін зів, блідне і поступово зникає висип. На місці висипу спостерігається лущення: висівкоподібне на обличчі та шиї, пластинчасте – на тулубі та кінцівках. Поява лущення припадає на кінець першого – початок другого тижня. Більш інтенсивним лущення буває після рясного висипання. Найчіткішим є скарлатинозне пластинчасте лущення на долонях та підшвах.

Типова скарлатина проявляється в легкій, середньотяжкій та тяжкій формах. Тяжка форма скарлатини, при якій домінують загальнотоксичні розлади (гіпертермія, багаторазове блювання, нейротоксикоз, геморагічний синдром), є токсичною. При перевазі бактеріального компонента (некротична ангіна, ранні гнійні ускладнення тощо) виділяють септичну скарлатину. Поєднання симптомів токсичної та септичної скарлатини характерне для токсико-септичної форми хвороби.

Перебіг скарлатини нерідко буває атиповим: симптоми хвороби виражені слабо, деяких з них зовсім немає. Це стерта форма скарлатини.

Ускладнення. В генезі ускладнень скарлатини основну роль відіграють два фактори: бактеріальний та алергічний.

Бактеріальні (гнійні) ускладнення можуть виникати і в ранні, і в пізні строки хвороби. Серед гнійних ускладнень найбільш поширені лімфаденіт, аденофлегмона, отит, мастоїдит, гнійний артрит та ін.

Алергічні ускладнення при скарлатині найчастіше виникають під час другого періоду хвороби. Це насамперед дифузний гломерулонефрит та синовіїт з переважним ураженням дрібних суглобів.

Своєрідні зміни серцево-судинної системи, які виникають у другому періоді скарлатини і відомі під назвою скарлатинозного серця (сповільнення пульсу, аритмія дихального типу, зниження артеріального тиску, розширення відносної тупості серця вліво, систолічний шум тощо), відображують зміну фаз тонуусу вегетативної нервової системи. Вони цілком доброякісні, можуть утримуватися протягом 2–4 тижнів.

Профілактика. Специфічної профілактики скарлатини досі ще не розроблено. Тривають пошуки ефективних методів активної імунізації.

Хворий скарлатиною повинен бути ізолюваний в окремій кімнаті, йому слід виділити окремий посуд, рушник. Ізоляція хворого припиняється після одужання, але не раніше 10 днів від початку хвороби. Відвідування дітьми, які перехворіли скарлатиною, дошкільних установ і перших двох

класів шкіл допускається після додаткової ізоляції на дому протягом 12 днів після одужання. Діти, які відвідують дошкільні установи і перші два класи школи, не хворіли на скарлатину і перебували в контакті з хворим, не допускаються в колектив протягом 7 днів з моменту ізоляції хворого, а в разі спілкування з хворим протягом усього періоду хвороби - протягом 17 днів від початку контакту.

5. Педикульоз: шляхи передачі, ознаки, профілактика

Педикульоз - це паразитарне захворювання шкіри голови і волосся, викликане вошами.

На тілі людини паразитують три види вошей: головні, платяні та лобкові. Воші протягом свого життя, перебуваючи на тілі людини і живлячись її кров'ю, у своєму розвитку проходять три стадії: яйце (тобто гнида), личинка і статевозріла воша. Яйце має довгасту форму, жовтувато-білого кольору, міцно склеєне з волоссям за рахунок речовини, що виділяє самка.

Головна воша найчастіше живе у волосяній частині голови, в основному на скронях, потилиці, тімені. Тривалість життя дорослої особини 27-38 діб. Самка відкладає на волосся до 4 яєць на день, а за життя, відповідно, - до 160 штук.

Живиться воша кров'ю. Поза тілом людини головна воша живе 24 години, платяна - 7-10 діб.

Шляхи передачі. Розповсюджуються паразити, переповзаючи з однієї людини на іншу під час безпосереднього контакту (за хвилину вони долають 20 см). А також при користуванні спільними речами: одягом, білизною, головними уборами, гребінцями, щітками для волосся. Збереженню проблеми із завошивленням сприяють скупченість населення, недотримання правил особистої гігієни, значні міграційні процеси.

Останнім часом почастишали випадки виявлення педикульозу в дітей, які живуть у нормальних умовах, дотримуються правил особистої гігієни. Це, певною мірою, пояснюється біологічними особливостями вошей.

Ознаки. Прихований період триває приблизно 4-6 тижнів, за цей час самка відкладе велику кількість яєць, після того як вилупляться маленькі воші, вони відразу починають пити кров господаря. На місці тих укусів виникає нестерпний свербіж. При огляді голови дитини місце укусу позначено ранкою з червоним віночком навколо. Через деякий час можливий розвиток запально-алергічної реакції, розвивається ця реакція на коагулянт, який виділяють комахи для того, щоб пити кров. У тому випадку якщо

педикульоз тривало не лікується, то на поверхні шкіри утворюються механічні розчухи. Як правило, свербіж нестерпний, з цих причин діти розчісують голову до утворення подряпин. Подряпини ці інфікуються з утворенням больової реакції і покриваються корочками. Сама головна небезпека таких розчосів - це приєднання вторинної інфекції, можуть утворюватися нагноєння і розвивається ще більший свербіж.

Симптоми педикульозу.

- відчуття руху чогось у волоссі;
- сверблячка (викликана алергічною реакцією на укуси);
- пошкодження шкіри голови (викликані розчісуванням);
- інфекції, проникаючі в організм через пошкодження шкіри голови;
- дратівливість (неспецифічний симптоми педикульозу, але дуже часто зустрічається у хворих і пов'язаний з дискомфортом, який викликає це захворювання).

Профілактика педикульозу. У профілактиці найголовніше - просвітницька робота з дитиною, необхідно пояснити, як важливо дотримуватися гігієни, у кожної дитини повинен бути власний гребінець, шапка і т.д. Необхідно не допускати того, щоб дитина спала на чужому ліжку. Постільну білизну необхідно прасувати гарячою праскою. Волосся дівчаток необхідно збирати в пучок або будь-яку іншу зачіску, а хлопчиків підстригати.

Короста - це заразне захворювання, яке відбувається внаслідок паразитування коростяного кліща на шкірних покривах.

Розміри кліща настільки малі, що розглянути його неозброєним оком неможливо. Крім здатності паразитувати на тілі, ці дрібні комахи можуть зберігати життєздатність на побутових предметах і речах – подушках, дверних ручках, особистих речах, покривалах і т.д. Кліщі малорухливі, вони здійснюють за добу шлях в 1 мм. Самці живуть на поверхні шкіри і після популяції з самкою відмирають. Життєвий цикл самки - 2 міс. При кімнатній температурі кліщ гине протягом 5-6 днів, а при мінусовій - не витримує і 2 год. При кип'ятінні він гине миттєво.

Шлях зараження. Дитина заражається після прямого контакту з хворими на коросту дітьми чи дорослими: через рукостискання і предмети, одяг, рушники, білизну.

Інкубаційний період триває 1-2 тижні в залежності від імунітету дитини.

Через тиждень після контакту можуть з'явитися в міжпальцевих складках, на бічних поверхнях пальців, а також верхніх кінцівках і передньобоківих частинах тулуба висипання, що нагадують дрібні вузлики, пухирці.

На шкірі з'являються сірувато-білуваті смужки з двома дірочками - входом і виходом паразита. Вони нестерпно сверблять, не даючи дитині спокою. Ходи можуть з'явитися на волосистій частині голови, на обличчі, ступнях, долонях і навіть нігтях - в цьому випадку вони товщують. Таку клінічну картину не зустрінеш у дорослої людини.

Проте найчастіше короста у дітей проявляється між пальцями, на грудях, животі, попереку і сідницях. Кліщ живе близько місяця, за цей час в ходах він відкладає яйця, з яких за тиждень виростають нові кліщі. Харчуються вони клітинами шкіри, від цього з'являється свербіж. Найчастіше дитина чухається ввечері і вночі, від цього погано спить. Особливий контроль потрібен за дітьми, схильними до алергії: кліщ у багато разів підсилить її, в ранки може потрапити інфекція.

Профілактика - часте миття і особиста охайність; можливо раннє виявлення хворих на коросту, ретельні огляди контактних осіб. При виявленні корости у дитячому закладі необхідний негайний огляд всіх дітей і обслуговуючого персоналу з ізоляцією хворих до повного лікування.

Контрольні питання

1. До якої групи інфекційних хвороб за джерелом інфекції належать кір, краснуха, епідемічний паротит?
2. Назвіть шляхи передачі кору, краснухи, вірусної паротитної хвороби.
3. Поясніть основні симптоми кору в початковий період і у розпалі хвороби.
4. Охарактеризуйте опорні симптоми краснухи.
5. Назвіть опорні симптоми епідемічного паротиту.
6. Поясніть особливості перебігу кору у дітей.
7. Дайте характеристику, термін виникнення і динаміку висипу у хворого на кір.
8. Охарактеризуйте патогенез, клінічні прояви ускладнень скарлатину.
9. Патогенез, клінічні прояви педикульозу і корости.

Література

1. Голубев В.В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. дошк. факультетов высш. пед. учеб. заведений / В.В. Голубев – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
2. Дитяча енциклопедія, том 7 «Людина». - М., Дитяча енциклопедія, 1965. 1268 с.
3. Інфекційні хвороби: Підручник. /За ред. М.Б.Тітова. – К.: Вища шк., 1995. – 567 с.
4. Савчак В.І. Хвороби шкіри / В.І. Савчак, С.О. Галнікіна – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001, С. 8-12, 27-30.
5. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней. /Под. ред. А.Ф. Фролова, Б.Л. Угрюмова, Е.К. Тринус. – К.: Здоровья, 1983. – 216 с.

3.7. ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ ШЛУНКОВО-КИШКОВОГО ТРАКТУ

1. Гельмінтози: джерело та шляхи зараження. Профілактика.
2. Аскаридоз: епідеміологія, клініка, профілактика.
3. Трихоцефальоз.
4. Ентеробіоз.
5. Гіменолепідоз.
6. Трихінельоз.
7. Дизентерія.
8. Сальмонельоз.
9. Хвороба Боткіна.
10. Дисбактеріоз

1. Гельмінтози: джерело та шляхи зараження. Профілактика

Гельмінтози об'єднують хвороби людини спричинені паразитичними червами-гельмінтами. Найчастіше ці захворювання називають інвазійними, а конкретні форми – *інвазією* (від лат. *invasio* – вторгнення).

Гельмінти або *глисти* – це паразитичні черви, що можуть вражати кишечник, печінку, жовчні протоки, легені, дихальні шляхи, інші органи та системи організму людини. Глисти викликають у людини захворювання (гельмінтози), які негативно впливають на стан її здоров'я. Крім кишечника, глисти можуть вражати печінку, жовчні протоки, легені, дихальні шляхи, інші органи та системи організму людини.

Нараховують понад 150 видів гельмінтів, з них на території України зареєстровано близько 30. Найчастіше зустрічаються такі види гельмінтів, як гострики, аскариди, волосоголовці, карликовий, бичачий, свинячий ціп'яки, широкий стьожак, трихінела, опісторхіс тощо.

Джерелом зараження гельмінтами є людина, а при гельмінтозонозах – свійські та дикі тварини. Залежно від особливостей розвитку гельмінтів – з проміжним хазяїном, або без нього виділяють такі групи: *геогельмінти* і *біогельмінти*. Проміжним хазяїном називається організм у якому гельмінт проходить розвиток личинкової стадії, остаточною – де гельмент паразитує в статевозрілій стадії та виділяє яйця і личинки.

Геогельмінти розвивають прямим шляхом без участі проміжного хазяїна. Яйця та личинки дозрівають у зовнішньому середовищі, звідти потрапляють в організм людини орально (через рот) або іншим шляхом.

Біогельмінти розвиваються з участю проміжного хазяїна, у тілі якого утворюється личинкова форма паразита. Розвиток деяких гельмінтів відбувається в організмі додаткового хазяїна. Джерелом інвазії є той організм, де паразит досягає статевої зрілості та продукує яйця, личинки. Для більшості паразитів джерело інвазії – людина, але можуть бути і тварини.

Гельмінтози, збудники яких можуть паразитувати як у людині, так і у тварині, називаються *гельмінтозоозами* (альвосококоз, трихінельоз).

Факторами передачі гельмінтозів є: ґрунт, овочі, фрукти, ягоди, вода, заражені яйцями та личинками паразитичних червів. Факторами передачі контактних гельмінтів можуть бути білизна та будь-який предмет, що був у контакті з гельмінтоносіями.

Шляхи зараження різноманітні. Личинки біогельмінтів потрапляють в організм людини через рот, при вживанні забрудненої води, сирого або недостатньо обробленого м'яса великої рогатої худоби, свиней, інших продуктів харчування, а також через забруднені руки, предмети домашнього вжитку. Деякі гельмінти активно проникають через неушкоджену шкіру людини, або потрапляють в організм при укусі членистоногих.

Патогенез. Шляхи та способи дії гельмінтів на організм людини різні. Фактично всі органи і тканини можуть бути ураженими тими чи іншими гельмінтами. Відповідна реакція організму залежить від інтенсивності інвазії. Збудник діє на організм складним комплексом специфічних і неспецифічних факторів. Токсична дія продуктів життєдіяльності та розпаду гельмінтів, що паразитують в організмі людини, спричиняє ушкодження нервової системи, пригнічення рефлексорної та моторної функції травлення, десептичні явища (розлади стулу). Як правило, виникають алергічні реакції, особливо в тих випадках, коли личинки мігрують в тканинах хазяїна. Суттєву роль у патогенезі гельмінтозів відіграють важкі дистрофічні процеси, що розвиваються внаслідок антигенної дії паразитів на організм хазяїна.

При гельмінтозі зменшується загальна резистентність організму дитини, гельмінти створюють сприятливу мікрофлору для розвитку мікроорганізмів в організмі дитини, обтяжують перебіг багатьох інфекційних хвороб. Гельмінти завдають великої шкоди здоров'ю дітей.

Симптоми. Глисти знижують фізичну активність, викликають слабкість, запаморочення, нудоту, блювоту, головний біль, роздратованість, біль в животі, часто спричиняють малокрів'я, алергічні прояви. Нерідко у хворих дітей спостерігається порушення апетиту, розвиваються запальні процеси органів травлення, ускладнюється перебіг інших захворювань.

Діагностика: ґрунтується на виявленні яєць, личинок, дорослих гельмінтів, та їхніх фрагментів. Оскільки більшість дорослих гельмінтів

перебувають у травному каналі, основним матеріалом для дослідження є фекалії.

Ускладнення. Особливо тяжко переносять глистяні інвазії діти дошкільного віку, внаслідок яких вони можуть відставати в фізичному та розумовому розвитку.

Профілактика гельмінтозів. Основним заходом боротьби з гельмінтозами є санітарно-епідеміологічні заходи, що забезпечують якість води, тому що у воді довго зберігаються збудники гельмінтозів. Необхідно дотримуватися правильної кулінарної обробки харчових продуктів, обдавати окропом чи ретельно мити овочі, зелень, фрукти і ягоди, що вживаються в сирому вигляді.

Кожна дитина повинна мати власні постільну білизну, рушники, одяг, предмети особистої гігієни, дотримуватися загальноприйнятих гігієнічних заходів: регулярно мити руки з милом, не гризти нігті, не брати пальці в рот, правильно користуватися туалетом. Також необхідно дотримуватись правил догляду за собаками і кішками: проводити регулярну дегельмінтизацію і вакцинацію.

2. Аскаридоз: епідеміологія, клініка, профілактика

Аскаридоз – хронічний гельмінтоз, що характеризується міграцією личинок в організмі людини, з подальшим розвитком статевозрілих особин в кишечнику.

Збудником є аскарида, вона у живому стані веретеноподібної форми, червонуватого, після загибелі жовтувато-білого кольору. Самці досягають 15 - 25см в довжину і 2 - 4 мм в ширину, є різностатевим глистом, паразитує у тонкій кишці. Щодня самка відкладає в просвіті кишок близько 200 000 яєць, які виділяються з фекаліями і протягом двох тижнів за $t\ 20-30^{\circ}\text{C}$ на вологому ґрунті в яйцях дозрівають личинки.

Епідеміологія та патогенез. Зрілі яйця аскарид потрапляють у кишки дитини через брудні руки, з немитими фруктами, овочами, забрудненою водою та їжею. У кишках личинки звільняються від захисної оболонки, проникають через слизову оболонку кишечника в кровоносні судини. З легень вони можуть розноситись з течією крові по великому колу кровообігу і повторно потрапляти в легені. Личинки просвердлюють стінки альвеол, бронхи і з мокротинням потрапляють у ротову порожнину, заковтуються, попадають у шлунок, кишечник, де вони перетворюються на зрілі аскариди. Цикл розвитку становить 2-2,5 місяці. Протягом року аскариди живуть у кишках. Після цього строку вони гинуть і виводяться з фекаліями назовні.

Інкубаційний період. Зараження дітей відбувається найчастіше у теплу пору року. У розвитку аскаридозу розрізняють ранню і пізню фази. Під час ранньої фази, що триває 2-3 тижні личинки ушкоджують слизову оболонку дихальних шляхів. Під час кишкової фази аскариди механічно ушкоджують слизову оболонку, а продукти обміну справляють токсичну дію на організм дитини.

Шлях передачі – фекально-оральний, аліментарний, контактнo-побутовий, водний. Дитина заражається аскаридозом, проковтуючи дозрілі яйця аскарид (з личинками) найчастіше з немитими овочами, ягодами, фруктами.

Клініка. З боку шлунково-кишкового тракту: огида до деяких видів їжі (найчастіше до жирної); нудоти, блювання, зазвичай ранком, які іноді супроводяться головокружінням і напівнепритомним станом; слинотеча (часто вночі), болі в животі, ділянці пупка; запори або поноси; здуття живота. З боку нервової системи: дратливість, головні болі, неуважливість, сіпання, істеричні припадки. У той час коли личинки в період свого просування через кровоносну систему потрапляють у легені, вони можуть спричинити виникнення: бронхітів, пневмонічних вогнищ у легенях; у рідких випадках апендициту, непрохідності й проривання кишечника, закупорки жовчних ходів, менінгеальних або енцефалітичних симптомів і дати клінічну картину, схожу з картиною при туберкульозному менінгіті або енцефаліті.

Діагностика аскаридозу ґрунтується на виявленні яєць глистів або аскарид у калі, іноді на дослідженні харкотиння.

Профілактика аскаридозу передбачає охорону навколишнього середовища, ґрунту, водоймищ від забруднення фекаліями, масове обстеження дітей і дорослих на аскаридоз. Попередження інвазії аскаридами досягається розвитком у дітей гігієнічних навичок, вживанням в їжу тільки ретельно вмитих фруктів і овочів, кип'яченої води; дотримання правил особистої гігієни (старанне миття рук перед їдою, після користування туалетом, після контакту з тваринами, із землею). Важлива роль належить санітарно-освітній роботі серед батьків, особливо дітей дошкільного віку.

3. Трихоцефальоз

Трихоцефальоз – це хронічний гельмінтоз (збудником якого є волосоголовець – геогельмінт, що належить до нематод), що характеризується хронічним перебігом з переважним ураженням сліпої частини кишечника, порушенням його функції, анемією і астеною.

Збудник. Самець завдовжки 3–4,5 см, самиця – 3,5–5,5 см. Головний

кінець паразита тонкий, витягнутий, нагадує волосину. Задня частина тіла стовщена, у самця нагадує годинникову пружину, у самиці – скобку. Головним кінцем волосоголовець укорінюється у слизову і підслизову оболонки кишечника. Волосоголовців вважають гематофагами, бо вони живляться кров'ю і мають сіро-червоне забарвлення. Вони виявляють механічний і токсичний впливи на організм дитини.

Шляхи передачі - фекально-оральний, аліментарний, контактно-побутовий, водний. Заражаються діти тоді, коли проковтують дозрілі яйця волосоголовців головним чином з немитими сирими овочами, ягодами, фруктами. Можливе зараження й через інші харчові продукти, на які яйця волосоголовців можуть бути занесені мухами, попасти з пилом або якими-небудь іншими шляхами.

Інкубаційний період. З моменту заковтування яєць з живими личинками до виділення статевозрілими самками яєць минає близько 30-45 днів.

Патогенез. Паразитує переважно у товстому кишечнику, головним чином, у сліпій кишці, заглиблюючись волосоподібним головним кінцем в слизову оболонку. У разі масивної інвазії – на всьому протязі товстої кишки і в дистальній частині тонкої. Самка виділяє у просвіт кишок велику кількість незрілих яєць, що мають діжкоподібну форму з прозорими полюсами. За температури 20–30°C і відносної вологості близько 100% яйця дозрівають. У зрілому яйці розвивається личинка зі стилетом на голові, здатним свердлити. Яйця волосоголовця, що виділяються з калом, стають здатними заражати людину після дозрівання у зовнішньому середовищі. При сприятливих умовах вони дозрівають на протязі трьох тижнів. Із забрудненою їжею або водою зрілі яйця потрапляють у кишки, де з них виходять личинки, з яких через 30–35 днів розвиваються дорослі волосоголовці. Вони паразитують у кишках дитини протягом 3- 5 років.

Клініка. Спостерігаються біль у животі, переважно в правій надчеребній області, часто переймоподібний, нудота, зниження апетиту, слинотеча, головний біль, запаморочення, загальна слабкість, дратівливість, розлад сну, непритомність. Випорожнення часто нестійкі, пронос змінюється запором, знижується маса тіла. Іноді спостерігаються судоми. Трихоцефальоз відбивається і на нервовій системі: з'являються головний біль, запаморочення, іноді з короткочасною втратою свідомості, непритомність і навіть напади, що нагадують епілептичні.

Діагноз трихоцефальозу ставлять на підставі виявлення у калі яєць або зрілих волосоголовців. Профілактика: строго дотримуватися елементарних правил особистої гігієни; перед вживанням ретельно мити овочі і фрукти; кип'ятити воду, взятую з відкритих водойм та криниць.

4. Ентеробіоз

Ентеробіоз – це гельмінтоз, спричинений гостриками, характеризується ураженням кишечника, сверблячкою навколо анального отвору, кишковими і нервовими розладами та алергізацією організму.

Збудник. Самка гострика має довжину 9–12 мм і шилоподібно загострений хвостовий кінець. У самця завдовжки 3–5 мм хвостовий кінець спірально загнутий.

Інкубаційний період близько 15 днів.

Патогенез. Гострики паразитують у великій кількості у нижньому відділі тонкої та у верхньому відділі товстої кишок, у червоподібному відростку, живуть 3–4 тижні. Самка виповзає з анального отвору і відкладає у його складках до 10–12 тисяч яєць, які через 4–5 годин дозрівають, а сама самка після цього гине. Відкладання яєць, що відбувається зазвичай вночі, спричиняє сильний свербіж. Під час почухування шкіри навколо відхідника дитина забруднює руки, які стають джерелом повторного зараження. Діти можуть заражатися від дорослих через забруднені речі домашнього вжитку, їжу, повітря у приміщенні. Гострики механічно ушкоджують стінки кишок і токсично впливають на організм.

Механізм зараження – фекально-оральний. Провідний шлях передачі – контактно-побутовий, основним фактором є руки, забруднені яйцями гельмінтів, а також предмети побуту (дверні ручки, поверхня меблів, вікон та підвіконь, посуд, іграшки, дитячі горщики тощо), рідше – заражені харчові продукти. Можливе зараження дітей в плавальних басейнах. Не виключається можливість інфікування при вдиханні яєць з пилом. Яйця, відкладені самками гостриків, дозрівають через 4–6 годин і стають інвазійними. Вони потрапляють на натільну і постільну білизну, накопичуються під нігтями при розчухах і, при недотриманні гігієнічних правил, забруднюють навколишні предмети. Яйця гостриків відносно стійкі у зовнішньому середовищі і зберігають інвазійність до 2–4 тижнів. Зараження людини ентеробіозом відбувається при проковтуванні зрілих яєць гостриків, у яких містяться рухливі личинки.

Смптоми. Основний симптом захворювання - свербіж в ділянці анального отвору, червоність та розчеси навколо заднього проходу і статевих органів, які з'являється через 12-14 днів після зараження. Шлунково-кишкові розлади: втрата апетиту, нудота, часті випорожнення, болі в шлунку; нервові явища: безсонниця, нічне нетримання сечі; діти нерідко стають неухвалливими або кволими;

Діагностика ентеробіозу зазвичай не становить труднощів. Спеціальної,

стерильною липкою стрічкою доторкаються до шкіри навколо ануса дитини, потім стрічку досліджують під мікроскопом і виявляють яйця гостриків. Дуже часто батькам вдається виявити самих гостриків на шкірі або одязі дитини – це дрібні (до 1 см в довжину), що звиваються, білі черваки, що нагадують нитку. Характерно, що при дотриманні правил особистої гігієни захворювання проходить самостійно, навіть без медичного втручання. Особливо необхідний щоденний туалет статевих органів, так як розмноження гостриків неможливо при регулярному очищенні області промежини. Гострики у дітей часто відкладають яйця на одязі, тому трусики дитини потрібно міняти кілька разів за добу, кожен раз прогладжувати праскою перед одяганням. Важливо стежити за тим, щоб нігті дитини були коротко підстрижені, інакше яйця гельмінтів легко можуть знову потрапити в кишечник.

Профілактика ентеробіозу ґрунтується на старанному дотриманні правил особистої гігієни; у дитячих садках треба систематично проводити вологе прибирання, мити іграшки, горщики та унітази знезаражувальними засобами.

5. Гіменолепідоз

Гіменолепідоз – хронічне паразитарне захворювання, що розвивається при паразитуванні в кишечнику людини стрічкового гельмінта або карликового ціп'яка. Гіменолепідоз поширений практично повсюдно, але найбільш широко серед населення південних кліматичних зон.

Збудники - дрібні стрічкові черваки – карликові ціп'яки, довжина яких від 2 до 5 см. Тіло карликового ціп'яка складається із 20 дрібних члеників, головки з присосками і гачками, якими він прикріплюється до стінки кишок.

Інкубаційний період триває біля 2-х тижнів.

Джерелом інвазії є хвора людина, яка виділяє з калом у зовнішнє середовище дуже інвазійні яйця, що містять сформовані зародки.

Механізм передачі гельмінтозу - фекально-оральний. Гіменолепідоз належить до контактних гельмінтозів, тому зараження людини від людини відбувається так, як при інших кишкових інфекціях. Спостерігається аутоінвазія і внутрішньо кишкова аутоінвазія. Найчастіше хворіють діти 3-14 років.

Патогенез. Карликовий ціп'як паразитує в тонкій кишці, тривалість існування точно не встановлена. Яйця, що дозріли виділяються з кишок з фекаліями. Зараження дитини відбувається під час прямого контакту з хворим, через речі вжитку. Забруднення їжі, постелі, наявність мух мають менше значення. Яйця карликового ціп'яка швидко гинуть у навколишньому середовищі. Провідним патогенетичним чинником є механічне пошкодження

слизової оболонки тонкої кишки личинками і статевозрілими гельмінтами. Розвиток личинок призводить до руйнування ворсинок кишечника, дорослі цїп'яки пошкоджують слизову оболонку своїми присосками й гачками в місцях прикрїплення.

Симптоми. Біля 30% випадків гіменолепідозу перебігає без клінічних проявів. У хворих спостерігаються симптоми алергізації, ураження кишок і нервової системи, свербіння шкіри, астматичний бронхіт, біль у животі, рідкий або кашкоподібний кал, головний біль, запаморочення, дратівливість, розумова і фізична втомлюваність, зниження активності, неспокійний сон, у дітей – судороми. З часом розвивається схуднення, анемія. Зазвичай хвороба триває 1-3 місяці, у дітей молодшого віку спостерігається тривалий наполегливий перебіг інвазії.

Діагноз установлюють на підставі виявлення яєць або члеників карликового цїп'яка у свіжовиділених фекаліях.

Профілактика гіменолеїгідозу передбачає дотримання санітарно-гігієнічного режиму, особливо в дитячих колективах, своєчасне виявлення, ізоляцію і лікування дітей і дорослих, заражених гіменолепідозом.

6. Трихінельоз

Трихінельоз – гельмінтоз з групи нематодів, що характеризується переважним порушенням функції шлунково-кишкового тракту та нервової системи.

Етіологія – збудником є дрібненькі круглі черви (трихінели). Кожна самка цього паразита за період свого життя у кишечнику людини відкладає до 2000 живих личинок, які із током крові розносяться по всьому організму і осідають у м'язах, де можуть залишатися життєздатними багато років.

Шляхи зараження. Людина заражається, вживаючи в їжу інвазоване трихінелами м'ясо як домашніх, так і диких тварин. Найчастіше це можуть бути сирокочені ковбаси, шашлики, сало із прожилками м'яса, інші м'ясні вироби, які не піддавались достатній термічній обробці. Соління, коптіння, замороження також не знищує збудника. Зовнішній вигляд ураженого трихінелами м'яса незмінний, і личинки неозброєним оком непомітні. Гинуть личинки лише при температурі не менше за 800 С.

Інкубаційний період - від декількох днів до двох місяців, в середньому складає 10-25 діб.

Патогенез. Статевозріла самка трихінел довжиною до 1-3 мм, самець довжиною 1-2 мм. Паразити розташовуються в слизовій оболонці тонкої кишки. Після запліднення самок самці гинуть. Запліднені самки через 2-3

доби починають відкладати личинки, які проникають в кровоносні і лімфатичні судини слизової оболонки кишки, потім потрапляють у загальний крово і лимфоток. Частково затримуючись в паренхімі внутрішніх органів, вони осідають у скелетних м'язах. В залежності від інтенсивності інвазії самки знаходяться в кишечнику і продукують личинок протягом 3-6 тижнів. У скелетних м'язах на 3-4 тиждень після інвазії навколо личинок формується сполучнотканинна капсула з внутрішнім гіаліновим шаром. Інкапсулована личинка має овальну («лимоновидну») форму розміром 0,5 x(0,2-0,6)x0,3 мм. Капсула поступово пропитується солями кальцію, при цьому личинки можуть залишатися інвазійними протягом багатьох років.

Патогенез трихінельозу. Личинки трихінелла звільняються від капсули під дією шлункового соку. У тонкій кишці личинки проникають в поверхневий шар слизової оболонки, розвиваються до статевої зрілості самки запліднюються, перебуваючи частково в просвіті кишки. Личинки активно проникають в кровоносні і лімфатичні судини, потоком крові і лімфи розносяться по організму, затримуючись в міокарді, легенях, печінці та скелетних м'язах.

Симптоми. Перші ознаки трихінельозу: нудота, блювання, болі в області живота, пронос. Однак вони виникають не у всіх інфікованих. Типовою для трихінельозу є тріада ознак: набряк повік і обличчя, м'язовий біль, гарячка та висока еозинофілія в крові. Не рідко спостерігається катаральний легеневий синдром – сухий кашель з астматичним компонентом, можуть виникати болі в животі і проноси. Якщо нема органних уражень, клініка трихінельозу розгортається протягом 2-3 днів.

Для важкої форми характерні шкірні висипання, набряки поширюються на весь тулуб і кінцівки, пов'язані як з алергією так із гемодинамічними розладами. Функціональні порушення ЦНС пов'язані з набряком мозку. М'язовий біль може призвести до знерухомлення хворого. Поширюється біль по всьому животу, блювання, пронос. Уже під час першої доби з'являються органні ураження – міокардит, гострі судинні кризи з колапсом, коронарні порушення, пневмонія, плеврит, енцефаломієліт. При важкому перебігу хворі можуть загинути від гострої дихальної недостатності, можливі дифузно вогнищеві ураження легень. Системний васкуліт (запалення стінок кровоносних судин) може призвести до множинних органних порушень. Діти переносять трихінельоз легше ніж дорослі.

Ускладнення. При інтенсивній інвазії трихінельоз може ускладнюватися органними і системними ураженнями, що розвиваються на 3-4-му, іноді 5-му тижнях захворювання. Найчастіше спостерігаються міокардит і пневмонія, іноді менінгоенцефаліт, ураження печінки, нирок,

тромбози великих кровоносних судин. При трихінельозному міокардиті, перикардиті може виникнути гостра серцева недостатність. Прогноз при трихінельозі дуже серйозний, летальність досягає 8-12%.

Профілактика трихінельозу включає санітарно-ветеринарний контроль м'ясних продуктів, ковбас, консервів з м'яса, стійлове утримання свиней, заборона їх подвірного забою, згодовування тушок диких тварин свиням. Мають значення дератизація в будинках і надвірних будівлях, запобігання доступу диких гризунів в свинарники.

7. Дизентерія

Дизентерія (червоний пронос) - це інфекційне захворювання, при якому уражається товстий кишечник (як правило, кінцевий відділ товстого кишечника). Дизентерія відноситься до гострих кишкових інфекцій.

Етіологія. Збудниками дизентерії є бактерії роду шигелл. При низькій температурі, у вологому середовищі, в темряві вони зберігаються довго; швидко гинуть на сонячному світлі, при висушуванні, високій температурі та у разі дії дезінфікуючих засобів.

Епідеміологія. Джерелом інфекції є хворий і бактеріоносії.

Інкубаційний період при дизентерії триває від кількох годин до 7 днів (найчастіше 2–3 дні).

Шлях передачі— фекально-оральний. Переважає контактно-побутове зараження. Важливу роль у передаванні дизентерії відіграють руки як хворої (джерело), так і здорової людини, яка сприймає інфекцію. Тому дизентерію називають хворобою брудних рук. Контактно-побутовий шлях зараження найчастіше характерний для людей, які не дотримують санітарно-гігієнічних правил. Поширення дизентерії спричинюють мухи, які механічно переносять шигели. Мухи є також своєрідним джерелом. Сприйнятливість до дизентерії дуже висока у всіх вікових групах, особливо у дітей раннього віку. Імунітет нестійкий, зникає вже через кілька місяців.

Патогенез. Шигели потрапляють в організм дитини через рот за допомогою інфікованої води, їжі або брудних рук, проходять через весь шлунково-кишковий тракт і фіксуються на слизовій оболонці його дистальних відділів (частіше в сигмовидній кишці). Там шигели розмножуються і виділяють токсин, який впливає на всі тканини, але в першу чергу - на нервові клітини і волокна. Усі наступні порушення в організмі пов'язані з дією токсину. У кінцевому відділі товстого кишечника спочатку виникає запалення, потім утворюються виразки, потім настає стадія їх загоєння і видалення шигел з організму.

Симптоми. Початок хвороби гострий. Інтотоксикація при дизентерії проявляється загальним нездужанням, головним болем, підвищенням температури тіла, нерідко – блюванням. У тяжких випадках спостерігаються симптоми нейротоксикозу: судороми, порушення свідомості різного ступеня та ін. Місцевий запальний процес у товстій кишці проявляється болем у животі та частими випорожненнями. Біль у животі має переймоподібний характер, спочатку відчувається по всьому животу, потім локалізується переважно у лівій клубовій ділянці, буває перед кожною дефекацією і під час неї.

Випорожнення мають спочатку каловий характер, потім кількість калових мас зменшується, у тяжких випадках вони повністю зникають. Випорожнень мало, вони містять мутний слиз та прожилки крові (ректальний плювок). Кількість дефекацій тим більша, чим тяжче захворювання. Зі зменшенням кількості калових мас з'являються часті болісні позиви на випорожнення у зв'язку зі спастичним скороченням м'язів прямої кишки (тенезми). При пальпації живота визначають болючу та спазмовану сигмовидну кишку (симптом лівостороннього коліту). Залежно від ступеня явищ загальної інтоксикації та інтенсивності кишкового синдрому розрізняють легку, середньотяжку та тяжку, або токсичну, форми дизентерії.

При значному харчовому зараженні перебіг дизентерії нерідко нагадує харчову токсикоінфекцію. Спостерігаються явища загальної інтоксикації, повторне блювання, часті рідкі випорожнення з домішками неперетравленої їжі, слизу, зелені, рідше – кров'яні. Розвивається зневоднення, порушується гемодинаміка.

Дизентерія у дітей раннього віку має ряд відмінностей. Колітичний синдром у цьому віці відносно слабкий або його зовсім немає. Випорожнення рідкі, зберігають каловий характер, але мають зеленуватий колір. Патологічних домішок (слизу та крові) звичайно мало. Еквівалентами тенезмів є почервоніння обличчя та крик під час дефекації. Паралельно з явищами кишкового токсикозу розвиваються зневоднення та гемодинамічні розлади.

Ускладнення. При глибокому ураженні слизової оболонки товстої кишки можуть спостерігатися кровотеча, прорив кишки та наступний перитоніт, рубцеві зміни, випадання прямої кишки.

При затяжному та хронічному перебігу дизентерії розвиваються гіпотрофія, анемія, гіповітаміноз.

Після перенесеної дизентерії протягом тривалого часу можуть зберігатися зміни рухових функцій кишок (спазми, біль у животі, нестійкі випорожнення).

Діагноз дизентерії встановлюють на основі даних клінічних проявів

хвороби. Профілактика. Профілактика дизентерії особливо важлива для дітей 3 - 7 років, які перебувають в особливій зоні ризику і найбільш схильні до даного захворювання. З малих років дітей необхідно привчати до правил гігієни та стежити за їх дотриманням. Такі прості істини, як миття рук перед їжею, після прогулянок і утримання в чистоті кімнати дітей є дієвим засобом попередження дизентерії.

8. Сальмонельоз

Сальмонельоз— гостра інфекційна хвороба, яка зумовлюється численними серотипами бактерій роду сальмонел і характеризується переважним ураженням травного каналу.

Етіологія. Відомо близько 2000 типів сальмонел, їм властива надзвичайна стійкість до факторів навколишнього середовища. У нашій країні домінантним типом, який спричинює захворювання сальмонельозом у дітей, є *Salmonella typhimurium*, її внутрішньолікарняні антибіотикостійкі штами.

Інкубаційний період сальмонельозу може тривати від декількох годин до двох днів. Клінічні прояви залежать від варіанту захворювання.

Шлях передачі. Сальмонельоз передається фекально-орально, переважно харчовим шляхом. Аліментарне зараження здійснюється при вживанні первинно або вторинно заражених продуктів харчування та при недостатній термічній обробці цих продуктів. Контактне зараження від хворих на сальмонельоз відбувається в основному у дітей раннього віку. Інфікуюча доза у таких випадках невелика. Контактне інфікування та аерогенно-пиловий шлях передавання сальмонельозу домінують при спалахах інфекції в дитячих закладах.

Епідеміологія. Основним резервуаром та джерелом інфекції є тварини (велика рогата худоба, свині, водоплавна птиця, а також гризуни). Джерелом зараження, особливо у дітей раннього віку, є люди, які мають клінічно виражену або безсимптомну форму сальмонельозу.

Сприйнятливість. Інфікуюча доза неоднакова у людей різних вікових груп. Вона є мінімальною у дітей раннього віку, а також у дітей, ослаблених після перенесених або на фоні супровідних захворювань. У дітей до року життя захворюваність сальмонельозом у 20–30 разів вища, ніж у дітей шкільного віку та дорослих.

Патогенез. Збудник сальмонельозу потрапляє в організм через рот. Місцем первинного втілення та розмноження збудника є епітелій тонкої кишки і лімфатичні вузли. Ендотоксин, який утворюється в процесі розмноження та загибелі сальмонел, зумовлює явища загальної інтоксикації,

місцевий запальний процес у кишках.

Симптоми сальмонельозу у дітей. Прихований період хвороби може тривати від кількох годин до 7 днів. Найбільш частою формою сальмонельозу є гастроентеричний варіант. Характеризується загальною інтоксикацією і порушенням водно-сольового обміну. Захворювання починається гостро, з підвищення температури і наростання ознак інтоксикації (головний біль, ломота в мишах, слабкість). Потім у животі виникає біль спастичного характеру, яка переважно локалізується у верхніх відділах живота і пупковій області, нудота і часта блювота. Незабаром приєднується діарея, калові маси досить швидко набувають водянистого, пінистого характеру, смердючі, іноді відзначається їх зеленуватий відтінок. Діарея і блювота мають різну частоту в залежності від тяжкості перебігу захворювання. Значна втрата рідини при блювоті і дефекації веде до розвитку дегідратації.

Ускладнення сальмонельозу. До важких ускладнень з високою ймовірністю летального результату відносять інфекційно-токсичний шок, що супроводжується набряком легенів і головного мозку, серцево-судинної, ниркової та надниркової недостатності.

Профілактика: контроль за дотриманням технологічного та санітарно-гігієнічного режиму на харчоблоках дитячих навчальних закладів, зокрема правил кулінарної обробки продуктів, приготування і зберігання готової їжі, умов транспортування та встановлених для кожного продукту і готових страв термінів реалізації. Здійснюється постійний нагляд за здоров'ям осіб, що працюють на харчових об'єктах, перевірка їх на носійство сальмонел.

9. Хвороба Боткіна

Хвороба Боткіна, або вірусний гепатит – це кишкова інфекція, яка часто зустрічається у дітей. При його розвитку відбувається загальна інтоксикація організму, але в основному вражається печінка людини. Найрозповсюдженіший і найменш небезпечний – гепатит А.

Збудник. Вірус гепатиту А відрізняється стійкістю до ряду речовин – кислот, ефіру, хлору. При цьому він проявляє чутливість до формаліну, а при кип'яченні гине через 5 хвилин.

Інкубаційний період може помітно коливатися і складати від 7 до 50 днів. Але в основному він складає від 15 до 30 днів.

Шлях передачі вірусу гепатиту А – фекально-оральний (переважно водними та аліментарним шляхом).

Епідеміологія. Як правило, гепатит А розвивається не у однієї дитини, а

у цілої групи дітей, які тісно контактують між собою. Найчастіше захворювання вражає дітей у віці від трьох до семи років. Його з повним правом можна віднести до так званих хвороб «брудних рук», пов'язаних із нехтуванням правил гігієни. Збудник гепатиту А потрапляє в організм дитини також із забрудненою водою та їжею.

Патогенез. Вірус виділяється з організму людини разом з випорожненнями, причому, заразною дитина являється з часу закінчення інкубаційного періоду і упродовж переджовтяничного періоду. У калі дитини із вже розвинутою жовтяницею вірус не виявляється. У організм вірус потрапляє крізь слизові оболонки шлунково-кишкового тракту.

При вірусному гепатиті розмноження вірусних часток відбувається в цитоплазмі клітин печінки. Після того, як вони виходять з клітин печінки, то відразу потрапляють в жовчні протоки, а потім, разом з жовчю, опиняються в кишечнику.

Гепатоцити (клітини печінки) ушкоджуються внаслідок запалення, яке розвивається в печінці. У свою чергу, запальний процес – це наслідок атаки імунної системи організму по клітинах печінки, ураженим вірусом. Як наслідок, інфіковані гепатоцити гинуть, проявляється хвороба Боткіна і порушується функціонування печені.

Джерело інфекції – це людина, заражена вірусом. З його фекаліями виділяються мільярди вірусів в довкілля. Якщо людина вживає воду або продукти, які були заражені вірусом гепатиту А, то вірус потрапляє в кишечник людини, а потім разом з кровотоком він переміщається в печінку і впроваджується в гепатоцити.

Симптоми. Гепатит А характеризується циклічним перебігом, помірними симптомами інтоксикації, швидкоминучими порушеннями функції печінки та доброякісним перебігом. У більшості випадків хвороба починається гостро, з підвищення температури до 38,5° С протягом перших 2-3 днів, ломота в тілі, загального нездужання (по типу грипоподібного стану). Характерна поява наступних клінічних симптомів: погіршення апетиту, нудота, іноді блювота, біль та відчуття важкості у правому підребер'ї. Цей період захворювання називається переджовтушним та триває від 4 до 7 днів. Жовтяничний період проявляється жовтушністю склер, слизових оболонок та шкіри. Можливе свербіння шкіри. Колір сечі стає усе більше темним (кольору міцного чаю, пива), випорожнення – безбарвними. З появою жовтяниці ряд симптомів переджовтяничного періоду слабшає й у значної частини хворих зникає, а загальний стан та самопочуття покращуються. Температура тіла нормалізується. Через 10-21 день (залежно від тяжкості захворювання) дитина одужує.

Загострення та рецидиви спостерігаються у 2-5% хворих. Затяжний перебіг хвороби зазвичай пов'язаний із супутніми захворюваннями, порушенням режиму та впливом інших шкідливих чинників. Після перенесеного захворювання формується стійкий, досить тривалий імунітет.

Для вірусного гепатиту А характерні спалахи, які найчастіше реєструються в дитячих дошкільних закладах та школах.

Профілактика гепатиту А поділяється на два типи: специфічна та неспецифічна.

Специфічна. До специфічної профілактики відноситься вакцинація дітей у вогнищі інфекції. При проведенні даної профілактики враховують той факт, що вироблення імунітету після вакцинації займає як мінімум 2 тижні (як максимум - 4 тижні), тому в деяких випадках, які потребують негайної захисту, може бути використана імунізація нормальним людським імуноглобуліном, тобто пасивно набутими антитілами до вірусу гепатиту А, тривалість дії яких становить не більше 2 місяців. Вакцинація проти вірусного гепатиту А дозволена дітям старше 3-х років.

Неспецифічна.

- використовувати для пиття та миття посуду лише перекип'ячену воду (воду кип'ятити не менше 10 хв., дати відстоятися);
- не використовувати для пиття, приготування їжі та миття посуду воду з незнайомих джерел водопостачання;
- перед споживанням овочів, фруктів та ягід їх необхідно добре промити питною водою, для споживання дітьми – обдати окропом.
- суворо дотримуватись правил особистої гігієни – обов'язково мити руки з милом перед приготуванням та вживанням їжі, після кожного відвідування туалету.

Вірус С, який спеціалісти називають «ласкавим убивцею», – найпідступніший. Досить тривалий час захворювання проходить безсимптомно, але в більшості випадків закінчується важкими ураженнями печінки. Частіше цією формою гепатиту заражаються при медичних маніпуляціях, наприклад при переливанні крові, лікуванні зубів.

Дуже небезпечний і досить розповсюджений гепатит В. Вірус гепатиту В характеризується тривалим інкубаційним періодом і важкими наслідками. Він здатний тривалий час не виявляти своєї присутності, очікуючи моменту ослаблення захисних реакцій організму. Причинами, що викликають активізацію вірусу, можуть стати простудні захворювання, грип, невиправданий прийом антибіотиків тощо. Внаслідок розвитку захворювання відбувається переродження клітинного складу печінки у сполучну тканину. Прогресування хвороби призводить до цирозу і навіть раку печінки.

Гепатити В і D передаються через кров.

Гепатити займають п'яте місце серед найпоширеніших інфекцій, поступаючись лише ГРВІ, грипу, вітряній віспі й краснусі. Цифри, які офіційно реєструються в Україні, – близько 150 тисяч хворих за рік. У значної частини інфікованих захворювання проходить безсимптомно, і такі хворі до лікарів не звертаються. Лікувати цю інфекцію досить складно, легше попередити.

Хронічний активний гепатит.

Хронічна форма може розвиватися самостійно або продовжувати розвиток гострого гепатиту (вірусні гепатити В, D). Клінічна картина при хронічному гепатиті – захворювання довгий час протікає безсимптомно. Відмічають стійке збільшення розмірів печінки, тупі болі у правому підребер'ї, непереносимість жирної їжі та ін. При хронічному гепатиті клітини печінки поступово заміщуються сполучною тканиною, так що у більшості випадків хронічний гепатит, що не лікувався, призводить до розвитку цирозу печінки. Пацієнти, які страждали на хронічний гепатит, схильні до високого ризику розвитку первинного раку печінки. Хронічні вірусні гепатити В, С, D у ряді випадків піддаються противірусній терапії.

Профілактика: мийття рук перед їжею, кип'ятіння води, обмивання кип'ятком овочів і фруктів. Найнадійніший захист від гепатиту В – вакцинація.

10. Дисбактеріоз

Дисбактеріоз - це порушення мікробного рівноваги в кишечнику, коли кількість біфідо-і лактобактерій стає неприпустимо малим, а кількість шкідливих, патогенних, бактерій загрозливо великою.

Найчастіша форма дисбактеріозу - це кишкова.

Лактобактерії - своєрідні «контролери» кишечника, що стежать за тим, щоб кількість умовно-патогенних (шкідливих) мікробів не перевищувало допустимих норм. Крім цього, лактобактерій контролюють процеси відновлення слизової оболонки травного тракту.

Крім біфідо-і лактобактерій, в травному тракті присутні непатогенні кишкові палички, які відповідають за вироблення вітаміну К.

Для дитячого організму ці мікроби життєво необхідні. Вони служать бар'єром для хвороботворних і умовно-хвороботворних бактерій і не дають їм проникнути всередину організму. При цьому вони перешкоджають: розвитку кишкових інфекцій; діяльності газоутворюючих бактерій; інтоксикації організму, полегшуючи роботу печінки; появи алергії.

В організмі, не хворому дисбактеріозом, «живе» більше 300 видів бактерій. Значну їх частину складають мікроорганізми, що впливають на процеси травлення. У кишечнику людини обов'язково присутні біфідобактерії - мікроорганізми, що створюють потужний захист від шкідливих мікробів, що надходять в організм з повітрям, їжею і водою. Дитина народжується із стерильним кишечником, і заселенням його бактеріями відбувається вже під час пологів. Подальшому формуванню здорової мікрофлори кишечника сприяє мамине молозиво, а згодом і молоко. Тільки грудне молоко (а не штучні його замінники) може дати все необхідне для нормальної роботи органів травлення. Тому що одночасно з корисними мікробами в організм дитини починають проникати і хвороботворні бактерії, протистояти яким можуть лише лакто-і біфідобактерії.

Якщо хвороботворні мікроорганізми перемагають, то в організмі у дитини можуть початися запальні процеси, тривалі алергічні реакції, дисфункція кишечника, печінки, підшлункової залози, ендокринної системи. Згодом можуть розвинутися і хронічні хвороби - гастрит, виразкова хвороба шлунка, бронхіальна астма та нейродерміт.

У деяких випадках з віком організм дитини здатний сам справитися з порушеннями у флори кишечника. Але дисбактеріоз може з'явитися знову. Своєрідним поштовхом для його поновлення може стати будь-якої стрес. Типовою стресовою ситуацією є входження дитини в соціальний колектив (дитячий садок, школу).

В основі вторинного дисбактеріозу лежить будь-яке захворювання, і в цьому випадку дисбактеріоз - це симптом. Його прояву можуть сприяти кишкові інфекції, ГРЗ і навіть прорізування зубів.

До порушення флори травного тракту можуть призвести несприятлива екологічна обстановка і підвищений радіаційний фон.

Причини дисбактеріозу. Розрізняють два види дисбактеріозу - первинний і вторинний. Формуванню первинного дисбактеріозу можуть сприяти самі батьки, занадто рано переводячи дитину на штучне вигодовування (у віці до 1 місяця).

Вторинний виникає через зниження імунітету, після прийому антибіотиків, тривалої хвороби, нервового перенапруження і інших причин.

Симптоми дисбактеріозу:

- на першій стадії клінічних проявів немає, виявити хворобу можна лише за даними аналізів - в аналізі калу відзначається зниження вмісту біфідобактерій і лактобактерій;
- на 2 стадії захворювання відзначаються порушення стулу, схильність до запорів, здуття кишечника. В аналізах відзначають зростання умовно-

- патогенної флори і зменшення кількості корисних бактерій;
- на 3 стадії порушення в травленні відбиваються на загальному стані хворого, він стає млявим, апатичним, шкіра бліда, землистого відтінку, порушується апетит, виникають часті простудні захворювання;
 - остання стадія - це важка форма, виникають ускладнення, що розвинулися в результаті дисбактеріозу, різні кишкові інфекції, захворювання інших органів або повне порушення перетравлення і виснаження.

Профілактика: раннє прикладання новонародженого до грудей; дотримання харчового раціону жінкою, яка годую дитину грудьми; підтримання природного вигодовування до 1 року; вчасне введення прикорму; раціональний режим харчування і збалансований склад їжі (передусім, достатнє вживання кисло-молочних продуктів, багатих корисними бактеріями). При призначенні антибіотиків паралельно рекомендується застосовувати препарати, що підтримують ріст і розвиток нормальної мікрофлори.

Контрольні питання

1. Дайте визначення гельмінтозам.
2. Назвіть джерело та шляхи зараження інвазіями
3. Поясніть спосіб дії гельмінтів на організм.
4. Охарактеризуйте специфічну і неспецифічну профілактику гельмінтозів.
5. Визначте збудника, симптоми та профілактику аскаридозу.
6. Поясніть стан здоров'я хворого на трихінельоз.
7. Визначте причини захворювання на ентеробіоз.
8. Поясніть симптоми при гіменолепідозі.
9. Назвіть причини та ускладнення при дизентерії.
10. Поясніть профілактику сальмонельозу.
11. Назвіть причини та ускладнення при дисбактеріозі.

Література

1. Бандурина Т.Ю. Лямблиз у детей: учеб. пос. / Т.Ю. Бандурина, В.Н. Самарина. – СПб.: СПбМАПО, 2009. – 37 с.
3. Богоявленский Ю.К. Нематоды и антигельминтные средства /Ю.К. Богоявленский, И.В. Рачковская, Н.В. Чебышев. – М., 2009. – 29 с.
4. Васильев В.С. Практика инфекциониста / В.С. Васильев, В.И. Комар, В.М. Цыкунов. – Минск: Высшая школа, 2008. – 194 с.
5. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – с. 564-601.
6. Гельминтозы человека / под ред. Ф.Ф. Сопрунова. – М.: Медицина, 2005. – 368 с.
7. Інфекційні хвороби/За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. – с.55-70.

ТЕРМІНОЛОГІЧНИЙ СЛОВНИК

Абсцес – наповнена гноєм порожнина в тканинах тіла, що відокремлюється більш-менш розвиненою капсулою.

Алергія – стан підвищеної чутливості організму відносно до певної речовини чи речовин (алергенів), переважно органічних, що розвивається при повторній дії цих речовин.

Анартрія - втрата здатності утворювати мовні звуки.

Анатоксин – бактеріальні токсини, що втратили в результаті специфічної обробки токсичність, але зберегли антигенні та імуногенні властивості.

Аномалія – структурні чи функціональні відхилення певної частини організму від норми чи середнього значення в той чи інший бік, які виникають в результаті порушення індивідуального розвитку.

Антенатальний період - період розвитку організму від моменту утвору зиготи до початку пологів.

Антибіотики – хіміотерапевтичні препарати, що утворюються мікроорганізмами або ті, які отримують з тканин рослин і тварин, що мають властивості вибірково пригнічувати життєдіяльність збудників захворювань (бактерій, грибів, вірусів, найпростіших) чи затримувати розвиток злоякісних новоутворень.

Антитіла – білки сироватки крові й імуноглобуліни – це складова частина імунної системи організму, що допомагає боротися зі збудниками різних інфекцій.

Артропатія - захворювання суглобів в результаті порушень трофічної іннервації і чутливості.

Атаксія – розлад координації довільних рухів.

Бактерії – група мікроскопічних, переважно одноклітинних організмів, які мають клітинну стінку, але не мають оформленого ядра, без хлорофілу і пластид, розмножуються діленням.

Біологічні ритми – циклічні коливання інтенсивності та характеру біологічних процесів, їх кількісні й якісні зміни, що відбуваються на всіх рівнях життя.

Вакцина – препарат для щеплення, виготовлений зі знешкоджених живих чи убитих мікроорганізмів, якими користуються для імунізації людей і тварин, щоб запобігти або лікувати хворобу.

Вакцинація – метод створення активного імунітету проти інфекційних захворювань.

Вакцинопрофілактика – профілактика інфекційних захворювань із застосуванням вакцин.

Валеологія – сучасна інтегральна наука про фундаментальні закони духовного і фізичного здоров'я як окремої особистості, так і всього людського суспільства на новому етапі його духовно-творчої еволюції; наука, в основі якої лежить перевірена досвідом багатьох століть ідея про те, що завдяки правильному світобаченні і відповідній поведінці людина здатна забезпечити собі довге, радісне і активне творче життя.

Васкуліт - захворювання, пов'язане із запальними процесами в стінках кровоносних судин.

Відпочинок – процес відновлення працездатності у стані спокою, або при такій діяльності, яка знімає втому.

Віруси – неклітинні форми життя, здатні проникати в деякі живі клітини і розмножуватись тільки в них.

Вітаміни – біологічно активні речовини, необхідні в невеликих кількостях для нормального обміну речовин і життєдіяльності живих організмів.

Втома – сукупність змін у фізичному і психічному стані людини, які розвиваються в результаті її діяльності і призводять до тимчасового зниження її ефективності.

Геміплегія - повна втрата довільних рухів в руці і нозі з одного боку.

Гемодинаміка – галузь фізіології, яка вивчає закономірності руху крові кровоносними судинами.

Геморагічний – той, що супроводжується крововиливом.

Гігієна – розділ профілактичної медицини, який вивчає вплив зовнішнього середовища на здоров'я людини, її працездатність і тривалість життя, який розробляє заходи, спрямовані на попередження виникнення хвороб і створення умов, які забезпечують збереження здоров'я.

Гіперкінезія - насильницькі мимовільні рухи в різних групах м'язів.

Гіперестезія - надмірно підвищена чутливість організму до сприймання звичайних зовнішніх подразників.

Гіпотрофія – хронічний розлад трофіки тканин, що відноситься до дефіцитних станів та характеризується зменшенням ваги відносно зросту.

Деменція – стійке порушення когнітивних функцій в результаті органічного ураження мозку.

Діурез – об'єм сечі, що утворюється за певний проміжок часу.

Дизартрія – порушення мовної функції, виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи.

Дизентерія – інфекційне захворювання, яке поширюється епідемічним способом при зараженні людини через травний тракт.

Ексудативний діатез – це особлива схильність шкіри і слизових оболонок дитини до катарально-запальних (ексудативних) процесів, пов'язаних з

порушенням нервово-трофічних функцій центральної нервової системи.

Емоції – реакції людини і тварини на дію внутрішніх і зовнішніх подразників, які мають яскраво виражене суб'єктивне забарвлення і охоплюють всі види чутливості і переживань, пов'язані з задоволенням чи незадоволенням різноманітних потреб організму.

Енантема - висип будь-якого виду і походження на слизових оболонках, в тому числі і внутрішніх органах.

Енцефаліт - запалення головного мозку.

Енцефалопатія - захворювання, при якому дистрофічно змінюється тканина мозку, що призводить до порушення його функції.

Епідемія – поширення епідемічного процесу на велику територію та велику кількість населення.

Етіологія – вчення про причини виникнення хвороб.

Імунітет – несприйнятливості організму до інфекційних і неінфекційних агентів та речовин, що мають сторонні антигенні властивості.

Імуноглобулін - це білки плазми, що продукуються В-лімфоцитами і здійснюють специфічний гуморальний захист шляхом розпізнання і зв'язування антигенів.

Імунопрофілактика – заходи, направлені на боротьбу з інфекційними захворюваннями шляхом створення специфічної несприйнятливості до них.

Іннервація – постачання органів і тканин нервами, що забезпечують їхній зв'язок з центральною нервовою системою (ЦНС).

Інкубаційний період – початковий період інфекційних захворювань, що починається з моменту проникнення хвороботворного мікроба в організм до розвитку перших клінічних ознак хвороби.

Інтерферон – відкритий англійським дослідником А. Айзексом білок, призначений захистити клітину від проникнення в неї чужої генетичної інформації. Він автоматично виробляється і викидається клітиною в навколишню тканинну рідину відразу ж після того, як у клітину проникає будь-яка стороння нуклеїнова кислота.

Інтоксикація – отруєння токсинами.

Інфекційні хвороби – група захворювань, що викликаються патогенними мікроорганізмами і характеризується специфічністю збудника, заразністю, наявністю інкубаційного періоду, циклічністю перебігу, реакціями взаємодії патогенного мікроорганізму та макроорганізму і утворенням пост-інфекційного імунітету.

Інфекція – проникнення та розмноження патогенних мікроорганізмів в макроорганізмі, їх взаємодія з розвитком різних форм інфекційного процесу від носія збудника до інфекційного захворювання.

Інфільтрат - скупчення в тканиних організма клітинних елементів з домішками крові і лімфи.

Іррадіація – поширення відчуття болю за межі безпосередньо враженого місця чи органа.

Карантин – система заходів, спрямованих на попередження поширення інфекційних захворювань із епідемічного осередку. Карантин може бути накладений на гуртожиток, школу, дошкільний заклад.

Кінестетичні відчуття (рухові) – це відчуття людиною рухів і положення частин власного тіла, мають важливе значення в підтриманні м'язового тону, координації рухів, в утворенні рухових навичок і пізнанні різних предметів зовнішнього світу.

Кір – це широко поширене гостре інфекційне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом, що зустрічається головним чином у дітей і характеризується підвищенням температури, запаленням слизових оболонок носа, очей і горла і появою на шкірі висипки.

Краснуха – гостра інфекційна хвороба, що спричиняється вірусом краснухи, передається повітряно-крапельним шляхом, характеризується помірною інтоксикацією, незначним катаральним запаленням слизових оболонок очей і носа, дрібно плямистою екзантемою, генералізованою лімфаденопатією, головним чином потиличних лімфатичних вузлів.

Круп – це гостре запалення гортані та звуження її просвіту, супроводжується періодичною появою хриплого голосу, «гавкаючим» кашлем та утрудненим диханням.

Коки – бактерії кулястої форми.

Лімфаденіт – запалення лімфатичних вузлів.

Локальний – місцевий.

Мигдалики – органи лімфатичної системи, розміщені в слизовій оболонці ротової порожнини і гортані.

Мікрофлора – сукупність мікробів, що населяють певний ареал.

Опортуністичні інфекції – інфекційні захворювання, спричинені організмами, які зазвичай не зумовлюють хворобу в людині із здоровою імунною системою, але можуть розвиватися у людей з ослабленою імунною системою.

Організм – самостійно функціонуюча одиниця органічного світу, яку можна охарактеризувати як відкриту саморегульовальну систему, здатну реагувати на різноманітні зміни умов існування.

Органи чуття – спеціалізовані органи (нюх, смак, дотик, зір, слух, рівновага і положення тіла в просторі), через які нервова система отримує подразнення із зовнішнього і внутрішнього середовищ і сприймає ці подразнення у

вигляді відчуттів. Показники органів чуття є джерелом наших уявлень про оточуючий світ.

Особистість – 1) людина як суб'єкт відносин і свідомої діяльності; 2) стійка система соціально значущих рис, які характеризують індивіда чи члена суспільства; 3) єдність унікальних і соціально-життєвих характеристик людини.

Пальпація («обмацування») – метод медичного обстеження хворого заснована на дотикальному відчутті руки, що виникає при русі і тиску пальців та долоні. Розрізняють поверхневу і глибоку пальпацію.

Папула - твердий вузлик на шкірі людини.

Параліч – відсутність довільних рухів внаслідок ураження мозкових рухових центрів або рухових шляхів центральної чи периферійної нервової системи.

Пароксизм – посилення якого-небудь хворобливого припадку (лихоманка, болі, задишка) до найвищого ступеня.

Патогенез - механізми виникнення і розвитку хвороби і окремих її проявів на різних рівнях організму.

Період реконвалесценції (одужання) – процес, при якому відбувається ліквідація порушень, викликаних хворобою, відновлення нормальних відносин організму з середовищем.

Перитоніт – запалення очеревини.

Пігментація – забарвлення шкіри або тканин тіла в результаті відкладення в них пігменту, особливо в надмірній кількості.

Плеврит – запалення плеври, двошарової оболонки, яка вистеляє грудну порожнину.

Пневмонія – інфекційне захворювання легенів, яке виникає як самостійна хвороба або як ускладнення інших захворювань.

Психогігієна – гігієна психічного життя.

Пубертатний період – період статевого дозрівання.

Рахіт – захворювання дітей грудного та раннього віку, що протікає з порушенням утворення кісток та недостатністю їх мінералізації, обумовлене головним чином дефіцитом кальцію і його активних форм в період найбільш інтенсивного росту організму .

Режим дня – розподіл праці, відпочинку, харчування і сну.

Режим харчування – кількісна і якісна характеристика харчування, яка включає кратність, час прийому їжі, а також розподіл її за калорійністю і хімічним складом.

Режим праці і відпочинку – науково обґрунтована організація трудової діяльності, яка регламентує таке співвідношення праці і відпочинку, при якому висока ефективність праці співвідноситься без втрати для

здоров'я, з високою і стійкою працездатністю людини протягом можливо тривалого часу.

Ремісія – тимчасове мимовільне поліпшення в перебігові хвороби.

Респіраторний – дихальний, що відноситься до дихання, наприклад, респіраторне захворювання.

Рецидив – це новий прояв хвороби після уявного або неповного її припинення.

Симптом – ознака патологічного стану чи хвороби.

Симптом Пастернацького - ознака захворювання нирок (зокрема, ниркової коліки): хворобливість в області нирок при постукуванні в поперековій області.

Симптом Щоткіна-Блюмберга – симптом подразнення очеревини (лікар натискає на передню черевну стінку, а потім швидко прибирає палець: симптом вважається позитивним, якщо після прибрання пальця-біль посилюється).

Середовище – сукупність зовнішніх умов, діючих на організм, популяцію чи більш складні біотичні об'єднання, викликаючи відповідну реакцію у них за допомогою прямих чи непрямих взаємовідносин.

Сéпис (гниття) – особливе гостре або хронічне захворювання, що характеризується прогресуючим поширенням в організмі інфекційного фактору з розвитком тяжких органних порушень, пошкоджень систем організму.

Смегма - суміш секрету сальних залоз крайньої плоти.

СНІД (синдром набутого імунodefіциту) – прояв ВІЛ-інфекції і, як правило, заключна стадія захворювання.

Соматичний – тілесний, фізичний.

Спосіб життя – стійка, довготривала система відносин людини з природним і соціальним середовищем, уявлень про моральні і матеріальні цінності, наміри, вчинки, стереотипи поведінки, реалізації стратегій, спрямованих на задоволення різноманітних потреб, на основі адаптації до правил, законів і традицій суспільства.

Стрес – стан напруження організму – сукупність фізіологічних реакцій, що виникають в організмі тварин і людини у відповідь на вплив різноманітних негативних факторів: холоду, голоду, психічних і фізичних травм, опромінення, крововтрати, інфекції чи, навпаки, виключно позитивних: радості.

Тахікардія – прискорене серцебиття. Розрізняють тахікардію як патологічне явище, тобто збільшення частоти серцевих скорочень (ЧСС) в спокої, та тахікардію як нормальне фізіологічне явище (збільшення ЧСС в результаті фізичного навантаження, в результаті хвилювання або страху).

Токсикоінфекція – інфекція, що розвивається в результаті дії токсину.

Токсин – отруйна речовина, що утворюється мікроорганізмами, а також деякими тваринами і рослинами.

Тривога – емоційний стан, який виникає в ситуаціях невизначеної небезпеки і проявляється в очікуванні несприятливого розвитку подій.

Туберкулін – речовина із збудника туберкульозу, що викликає алергізацію організму; використовується для діагностики туберкульозу.

Умови життя людини – кількісне співвідношення потреб людини і соціальних, антропогенних, природно-антропогенних і природних обставин і можливостей їх задоволення.

Фосфатурия – порушення обміну фосфору і кальцію в організмі.

Фотопсія - це суб'єктивні світлові відчуття у вигляді іскор, блиску, блискавок, вогняних поверхонь і т. ін.

Харчування – процес надходження, переварювання, всмоктування і засвоєння речовин, необхідних організму для відновлення його енерговитрат, побудови і відновлення тканин і регуляції функцій організму.

Хвороба – порушення нормальної життєдіяльності організму, обумовлене функціональними або (та) морфологічними змінами.

Ціаноз – синюшний колір шкіри або слизових оболонок, пов'язаний з присутністю гемоглобіну еритроцитів, який недостатньо насичений киснем, у поверхневих судинах шкіри та слизової оболонки.

Я – результат виділення людиною себе із оточуючого середовища, який дозволяє їй відчувати себе суб'єктом своїх фізичних і психічних станів, дій і процесів, переживати свою цілісність і тотожність із собою – як у відношенні до свого минулого, так і теперішнього, і майбутнього.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Акопян, Г. Р. Підручник: Медицина дитинства / Г.Р.Акопян, Ю.Г.Антипкін – Київ : «Здоров'я», 1994р.
2. Аршавський І.А. Основи вікової періодизації. - В кн.: Вікова фізіологія / І.А. Аршавський - Л.: Наука, 2005 - С. 60.
3. Атаман, А. В. Патологическая физиология в вопросах и ответах: Учеб. пособие / А. В. Атаман. – К. : Вища шк., 2000. – 608 с.
4. Афанасьєва, Е. М. Невідкладні стани в педіатрії. (Рос. мовою). / Афанасьєв Е. М. та ін. Під ред. чл.-кор. АМН України і Російської АМН проф. В. М. Венжик, Л.Ф. Довідник дошкільного працівника / Упор. Л. Ф. Венжик, Є. А. Таранова. – К. : Радянська школа, 1980. – 400 с.
5. Бадалян Л. О. Дитяча неврологія / Л. О. Бадалян - М: Медицина, 1984.
6. Бандурина Т.Ю. Лямблизоз у дітей: учеб. пос. / Т.Ю. Бандурина, В.Н. Самарина. – СПб.: СПбМАПО, 2009. – 37 с.
7. Белецька, Л. М. Неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе. (Рос. мовою). Монография/ Л. М. Белецька та ін. Під редакцією професора Г. І. Белебєзєва. – 2-е вид., перероб. і доп. – Львів, 2004, 188 с.
8. Богоявленский Ю.К. Нематоды и антигельминтные средства / Ю.К. Богоявленский, И.В. Рачковская, Н.В. Чебышев. – М., 2009. – 29 с.
9. Большаков, А.М., Общая гигиена / А.М. Большаков, И. М. Новикова. – М. : Медицина, 2002. – 384 с.
10. Буянов М.І. Основи психотерапії дітей і підлітків / М.І. Буянов - М.: Просвещение, 1998.
11. Васильев В.С. Практикум инфекциониста / В.С. Васильев, В. О. Комар – Минск: Вышэйшая школа, 1993.
12. ВІЛ-інфіковані діти: медичний догляд, психологічна підтримка, соціальний супровід, правовий захист / Авт.: Котова Н. В., Старець О. О., Олена П. П., Леончук Н. В., Панфілова О. М., Бордуніс Т. А., Дубініна І. М., Булах Л. В. – К.: ТОВ «К.І.С.», 2010 – 176 с.
13. Вільчковський Е.С. Теорія і методика фізичного виховання дітей дошкільного віку : навч. посібник / Е.С. Вільчковський. – Львів : ВНТЛ, 1998. – 334 с.
14. Вільчковський Е.С. Критерії оцінювання стану здоров'я, фізичного розвитку та рухової підготовленості дітей дошкільного віку: Навч. посібник. / Е.С. Вільчковський . – Київ.: ІЗМН, 1998. – 94 с.
15. Возіанова Ж.І. Інфекційні і паразитарні хвороби / Ж.І. Возіанова – Київ: Здоров'я, 2001. – Т.1 – С. 322-380.
16. Волков, К.Н. Психологи о педагогических проблемах / К. Н. Волков, Под ред. А.А. Бодалева. – М.: Просвещение, 1981.
17. Гельминтозы человека / под ред. Ф.Ф. Сопрунова. – М.: Медицина, 2005. – 368 с.
18. Гігієна харчування з основами нутриціології / В.І.Ципріян та ін. Навч. посібник - К: Здоров'я, 1999.
19. Гистология /Под ред. В.Г. Елисеева, Ю.И. и Н.А. Юриной. – М., 1983.

20. Глазырина Л.Д. Физическая культура - дошкольникам: Программа и программные требования. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 144с.
21. Голубев В.В. Основы педиатрии и гигиены детей дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. дошк. факультетов высш. пед. учеб. заведений / В.В. Голубев – М.: Издательский центр «Академия», 2003.
22. Денисенко Н. Впровадження програми з валеології / Нінель Федорівна Денисенко // Дошкільне виховання. – 1998. – № 9.
23. Денисенко Н. Оздоровчі технології – в освітній процес / Нінель Федорівна Денисенко // Дошкільне виховання. – 2009. – № 9. – С. 7–9.
24. Денисенко М.Ф., Крутій К.Л. Организация двигательного режима детей дошкольного возраста / М.Ф. Денисенко, К.Л. Крутій – Запоріжжя. – 1993. – 56 с.
25. Державні тести і нормативні оцінки фізичної підготовленості населення України / За ред. М.Д.Зубалія. – 2-е вид., перероб. і доп. – К., 1997.
26. Дитяча енциклопедія, том 7 «Людина». - М., Дитяча енциклопедія, 1965. 1268 с.
27. Довідник дошкільного працівника. Упор. Л. Ф. Венжик, Є. А. Таранова. - К.: Радянська школа, 1980. - 400 с.
28. Доманова, О. О. Нові форми дошкільної освіти / О. О. Доманова // Матеріали XII підсумкової науково-практичної конференції викладачів МДГУ : зб. наук. праць / за заг. ред. К. В. Балабанова. – Маріуполь :МДГУ, 2010. – 370 с. – С. 201–203.
29. Доскин В. А. Морфофункциональные константы детского организма: Справочник. / В.А. Доскин, Х. Келлер, Н.М. Мураенко, М.Р.Тонкова-Ямпольская– М.: Медицина, 1997. – С. 191-210.
30. Ермакова И. И. Коррекция речи при ринолалии у детей и подростков. / И. И. Ермакова– М., 1984.
31. Ермолаев Ю.А. Возрастная физиология. – М.: Высшая школа. – 1985. – 384 с.
32. Закон України «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» Відомості Верховної Ради України (ВВР), 1994, N27, ст. 218.
33. Закон України «Про дошкільну освіту» // Збірник законодавчих і нормативних актів про дошкільну освіту. – Запоріжжя : ТОВ «ЛПС. Лтд.», 2003. – 246 с. – С. 8–9.
34. Звенкина О.В. В копилку родителям. Говорим с ребенком о ВИЧ /СПИДе. Методические рекомендации / О.В Звенкина – М., 2008.
35. Комплексна зовнішня оцінка національних заходів з протидії СНІД в Україні. – ЮНЕЙДС, 2009 р. – 44 с.
36. Инфекционные болезни тропиков/ Под ред. Сокол А. С., Киселевой А. Ф. – Киев: Здоровье, 1992.
37. Інфекційні хвороби / За ред. Тітова М.Б. – Київ: Вища школа, 1995. – С.55-70.
38. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия. / А. Г. Ипполитова – М., 1983.
39. Исаков Ю.Ф. Детская хирургия. / Ю.Ф. Исаков - Москва: Медицина, 1983.- С. 306-310.

40. Історія медицини. В 2-х т. – К., 2000.
41. Капітан Т.В. Пропедевтика дитячих хвороб з доглядом за дітьми. – Вінниця-Київ, 2001. – С. 257-331.
42. Клінічне обстеження органів та систем у дітей // В.Г.Майданник, В.Д.Чеботарьова, М.А. Дадикіна та інш. - К.:»Супрамед»,1993. – С. 138-159.Коляденко Г.Ш. Анатомія людини: Підручник. – К.: Либідь, 2001.
43. Коментар до Базового компонента дошкільної освіти в Україні : наук.-метод. посіб. – К. : Ред. Журналу «Дошкільне виховання», 2003.
44. Костюк, Г. С. Вікова психологія / За ред. Г.С. Костюка. – К.: Рад. школа, 1976.
45. Коцур Н.І. Основи педіатрії і гігієни дітей раннього і дошкільного віку: Навчальний посібник. – Чернівці: Книги – XXI, 2004.
46. Крамарев С.О. Інфекційні хвороби у дітей / С.О.Комаров - К: МОРІОН, 2003. - 480 с.
47. Леонтьева Н.Н., Маринова К.В. Анатомия и физиология детского организма. – М., 1976.
48. Логопедия: Учебник для студентов дефектологических факультетов пед. высш. учеб. заведений / Под ред. Л.С.Волковой. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Гуманитар. Изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 704 с.
49. Мазаев, В.Т., Коммунальная гигиена / Под ред. В. Т. Мазаева, А. А. Королев, Т.Г. Шлепина.– 2-е изд., испр. и доп. – М.: ГЗОТАР-Медиа, 2005. – 304 с.
50. Мазурин, А.В., Пропедевтика детских болезней / А. В. Мазурин, И. М. Воронцов. – М. : Медицина, 1985. – 432 с.
51. Майданник, В. Г. Педиатрия: Ученик для студентов высших мед. учеб. Заведений III -IV уровней аккредитации. 2-е изд., испр.; и доп. / В. Г. Майданник. – Харьков : Фолио, 2002. – 125 с.
52. Майданник, В.Г. Сучасні проблеми та перспективи розвитку педіатрії в Україні / В. Г. Майданник // Здоров'я України. – 2006. – №8.
53. Масло, С. М. Лекции по факультетской педиатрии / М. С. Маслов. – Ленинград : Государственное издание медицинской литературы, 1963. – 224 с.
54. Мойсак, О.Д. Основи медичних знань і охорона здоров'я /О. Д. Мойсак. – К.: Арістей,2007. – 616 с.
55. Мухина, В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество / В. С. Мухина. – М.: Академия, 2000.
56. Нарский Г. И. Профилактика и коррекция отклонений в опорно-двигательном аппарате детей дошкольного и школьного возраста / Нарский Г. И. // Физическая культура, воспитание, образование, тренировка. – 2002. – № 4. – С. 60–61.
57. Омельченко Л. П. Здоров'ятворча педагогіка / Л. П. Омельченко, О. В. Омельченко. – Х. : Вид. група «Основа», 2008. – 205 с.
58. Основи організації громадського харчування в навчальних закладах / За ред. Шулявського В.І. – К., 1996.

59. Особливості і семіотика захворювань дитячого віку / Під ред. Чл.-кор. АМН України, проф. Сміяна І.С., проф. Майданника. – Тернопіль-Київ, 1999. – 146 с.
60. Петришина, О.Л. Анатомия, физиология и гигиена детей младшего школьного возраста / О. Л. Петришина. – М.: Просвещение, 1979. – 426 с.
61. Петрушина, А. Д. Неотложные состояния у детей / А. Д. Петрушина, Л. А. Мальченко и др. – Москва: Изд-во «Медицинская книга», 2002. – 176 с.
62. Поніманська Т.І. Дошкільна педагогіка / Т.І. Поніманська. – К.: Академвидав, 2004.
63. Пропедевтика дитячих хвороб / Навчальний посібник за ред. Проф. О. Гнатейка. – Львів: Ліга-Прес, 2004. – С 145-168.
64. Пропозиції щодо поширення досвіду діяльності центрів денного перебування для дітей з ВІЛ на базі Київського та Одеського центрів. – К.: Дитячий фонд ООН в Україні (ЮНІСЕФ), Український інститут соціальних досліджень, 2005. – 23 с.
65. Рахманова А.Г. Педиатрические аспекты ВИЧ-инфекции. Профилактика ВИЧ-инфекции у новорожденных СПб. 1996.
66. Сависько А. А. Популяционно-генетические исследования детей, рожденных от ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС, и их родителей / А. А. Сависько, В. Н. Чернышов, М. М. Батюшин // Дитина і суспільство: проблеми здоров'я, розвитку та харчування : І Конгрес федерації педіатрів країн СНД, 19–21 травня 2009 р. : тези доп. – К., 2009. – С. 121.
67. Савчак В.І. Хвороби шкіри / В.І. Савчак, С.О. Галникіна – Тернопіль: Укрмедкнига, 2001, С. 8-12, 27-30.
68. Самохвалова, В. П. Психиатрия. Учебное пособие для студентов медицинских вузов / Под ред. В. П. Самохвалова. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 576 с.
69. Селецкий, А.И. Психопатология детского возраста/ И. А. Селецкий. – К.: Вища школа, Головное изд., 1987. – 296 с. Сидельникова. – 2-е видання, перероб. та доп. – К.: «Здоров'я», 1994. – 605 с.
70. Славик М. Постава як фактор відображення здоров'я людини / М. Славик // Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві : зб. наук. пр. Волин. нац. ун-ту ім. Лесі Українки (Т. 3) – Луцьк, 2008. – С. 138–141.
71. Справочник по дифференциальной диагностике инфекционных болезней. /Под. ред. А.Ф. Фролова, Б.Л. Угрюмова, Е.К. Тринус. – К.: Здоровья, 1983. – 216 с.
72. Степанова, Т. М. Еволюція змісту дошкільної освіти у другій половині ХХ століття : [моногр.] / Т. М. Степанова. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 184 с.
73. Руководство по инфекционным болезням/Под ред. Лобзина Ю.В. – СПб: Фолиант, 2003.- с. 21-38.
74. Терапедология человека / Под редакцией Г.И. Лазюка.- Москва: Медицина, 1979.- С. 92-93.

75. Тимченко, В. Н. Инфекционные болезни у детей: Учебник для педиатрических факультетов медицинских вузов / Под ред. проф. В. Н. Тимченко и проф. Л. В. Быстрыковой. – СПб. : СпецЛит, 2001. – 560 с.
76. Ткаченко, С. К. Дитячі хвороби: Підручник / за ред. С.К. Ткаченко. – К. : «Вища школа», 1991. – 442 с.
77. Ткаченко, С. К. Педіатрія з курсом інфекційних хвороб та основами імунoproфілактики / С. К. Ткаченко, Р.І. Поцюрка. – К., 2009.
78. Учайкин, В. Ф. Неотложные состояния в педиатрии: практическое руководство / В. Ф. Учайкин, В.П. Молочный.– М. : ГЗОТАР-Медиа, 2005. – 256 с.
79. Фридлянд М. О. Ортопедия / М. О. Фридлянд. – М. : Медицина, 2004. –507 с.
80. Хвороби ендокринної системи у дітей. Сенаторова Г.С., Чайченко Т.В., Тельнова Л.Г., Гриф МОН України, 2012 - 61 с.
81. Хрестоматия по логопедии / Под ред. – Л. С. Волковой, В. И. Селивертова. М., 1997. – Ч. I. – С. 120–162.
82. Чеботарьова, В.Д. Пропедевтична педіатрія. / В.Д. Чеботарьова, В.Г. Майданник -К.:, 1999. – С. 358-387.
83. Шабалов Н.П. «Детские болезни». - С.-Пб:Питер .- т.1,2,2004 .- 648с., 687с.
84. Шабалова, Н. П. Педиатрия: Ученик для медицинских вузов / Под ред. Н. П. Шабалова. – СПб. : СпецЛит, 2003. – 893 с.
85. Шпалинский, В.В. Основы психолого-педагогических исследований / В. В.Шпалинский, И.В.Распопов, В.И. Ткачук. – Дн-ск.: ДГУ, 1989.
86. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни/ Е.П. Шувалова – Ростов н/Д.: Феникс, 2001. – 959 с.
87. Эндокринология: Пер. с англ. / Под ред. Н. Лавина. – М.: Практика, 1999. – 1128 с.
88. hnb.com.ua
89. <http://www.airspb.ru>
90. <http://pediatr4.kiev.ua>
91. [http:// pediatric.spb.ru](http://pediatric.spb.ru)
92. [http://www.consilium- medicum.com/media/pediatr](http://www.consilium-medicum.com/media/pediatr)
93. <http://www.health-ua.com>
94. <http://medi.ru>
95. <http://www.neonatology.ru>

ДОДАТКИ

Додаток 1

Тестові питання до теми «Інфекційні захворювання нервової системи»

1. Резервуаром і джерелом менінгококової інфекції являється:

1. Люди і тварини;
2. Тільки люди;
3. Синантропні і дикі гризуни;
4. Домашні тварини;
5. Птахи.

2. Збудник менінгококової інфекції:

1. Грампозитивні диплококи;
2. Стрптококи;
3. Пневмококи;
4. Грамнегативні диплококи;
5. Стафілококи.

3. Ворта менінгококової інфекції:

1. Слизова оболонка верхніх дихальних шляхів;
2. Лімфоїдні утворення ротоглотки ;
3. Мигдалики;
4. Слизова оболонка трахеї та бронхів;
5. Кон'юнктиви.

4. Для менінгококового назофарингіту характерні:

1. Лейкопенія з відносним лімфоцитозом;
2. Лейкоцитоз з лімфоцитозом , помірна шое;
3. Нейтрофільний лейкоцитоз , прискорена шое;
4. Тільки гіперлейкоцитоз з прискореною шое;
5. Різке прискорення шое.

5. Переносник вірусу кліщового енцефаліту:

1. Москіти.
2. Блохи.
3. Іксодові кліщі.
4. Воші.
5. Червонотілкові кліщі.

5 Що з переліченого характерно для правця:

1. опістотонус;
2. Фотофобія, гіпотермія;
3. Акустикофобія, шкірне свербіння, бульбарні розлади;

4. Тризм, судоми;
5. Гіпотонія, гіпотермія, блювання?

6. Які основні заходи специфічної профілактики правця:

1. Застосування етіотропних препаратів;
2. Вакцинація немовлят;
3. Вакцинація дорослих із груп ризику;
4. Уведення специфічного імуноглобуліну;
5. Ізоляція хворих, уведення специфічного імуноглобуліну?

7. Назвіть клінічні стадії сказу:

1. Передвісників;
2. Початкова, розпалу, реконвалесценції;
3. Початкова, розпалу, хронізації;
4. Збудження;
5. Паралічів.

8. Що уражує збудник сказу:

1. Опорно-руховий апарат;
2. Сечостатеву систему;
3. Нервову систему;
4. Печінку, нирки;
5. Слизові оболонки та шкіру?

9. Що найчастіше є резервуаром та джерелом вірусу сказу в природних осередках:

1. Лисиці;
2. Собаки, кішки;
3. Хвора людина;
4. Вовки;
5. Предмети, заражені слиною хворих тварин?

10. Як проникає токсин збудника правця в центральну нервову систему:

1. Тільки через периневральні та інтраневральні лімфатичні щілини;
2. Через кровоносну, лімфатичну систему і за ходом чутливих нервових волокон;
3. Через гематоенцефалічний бар'єр;
4. Тільки за ходом чутливих нервових волокон;
5. Тільки з током крові?

Тестові питання до теми «Інфекційні захворювання дихальної системи»

1. Джерелом інфекції при гострих респіраторних захворюваннях можуть бути:

1. Тільки хворі люди;
2. Тільки хворі латентними формами захворювань;
3. Домашні тварини;
4. Хворі клінічно вираженими чи латентними формами захворювань та вірусоносії;
5. Дикі та синантропні гризуни.

2. Епідемії грипу А виникають:

1. Щорічно в осінньо-зимовий період;
2. Щорічно, кожні 2-3 роки;
3. Через кожні 5-6 років;
4. Щорічно в весняний період;
5. Щорічно, незалежно від пори року.

3. Інкубаційний період при грипі продовжується:

1. Протягом 12-48 годин;
2. До 7 днів;
3. до 12 годин;
4. Протягом 5-7 днів;
5. Протягом 7-14 днів.

4. Для грипу характерне переважне запалення:

1. Лімфоїдних елементів глотки;
2. Тільки слизової носа;
3. Трахеї;
4. Тільки бронхів;
5. Тільки альвеол легень.

5. Джерело герпетичної інфекції:

1. Велика рогата худоба;
2. Гризуни;
3. Кролики;
4. Мавпи;
5. Людина.

6. Найчастіший шлях передачі герпетичної інфекції:

1. Повітряно-крапельний;
2. Харчовий;
3. Водний;
4. Трансмісивний;

5. Парентеральний.
- 7. Збудник герпетичної інфекції:**
 1. Вірус простого герпеса I-II типу;
 2. Вірус герпеса людини III типу;
 3. Вірус герпеса людини IV типу;
 4. Вірус Епштейна-Барр;
 5. Вірус герпеса людини V типу.
- 8. Герпетична інфекція уражує шкіру у вигляді:**
 1. Розеолезних висипань;
 2. Еритеми;
 3. Папул, пустул, виразок;
 4. Міхурців, пустул, кірочок.
- 9. Який лікар описав туберкульоз як спадкову хворобу:**
 1. Арістотель;
 2. Гіппократ;
 3. К. Гален.
- 10. Туберкульоз це :**
 1. Гостре захворювання;
 2. Венеричне захворювання;
 3. Хронічне захворювання.
- 11. Шляхи зараження туберкульозом:**
 1. Повітряно-крапельний, внутрішньоутробний;
 2. Первинний і вторинний;
 3. Повітряно-крапельний, через пил, аліментарний, контактний, внутрішньоутробний.
- 12. Аліментарний шлях зараження це зараження через:**
 1. Їжу;
 2. Пил;
 3. Кров.
- 13. Дуже рідко зустрічаються зараження туберкульозом через :**
 1. Повітря;
 2. Шкіру;
 3. Пил.
- 14. У дитячому віці найчастіше зустрічаються форми такого туберкульозу:**
 1. Первинного;
 2. Захворювання не зустрічається;
 3. Вторинного.

15. Яка температура тримається при туберкульозі:

1. 39-40;
2. 37-38;
3. 36,9.

16. Діагностику туберкульозу починають з з'ясування:

1. Клінічних проявів;
2. Особливостей перебігу хвороби;
3. З'ясування основних симптомів;

17. Як може проявлятися туберкульоз у дітей:

1. Безсимптомно;
2. Дитина худне;
3. Дитина скаржиться на поганий зір.

18. Скільки періодів включає профілактика туберкульозу:

1. 8;
2. 3;
3. 2.

Тестові питання до теми «ВІЛ –інфекція»

1. Вірус імунodefіциту людини належить до:

1. Пікорнавірусів;
2. Ретровірусів;
3. Ортоміксовірусів;
4. Арбовірусів;
5. Аренавірусів.

2. Вірус імунodefіциту в організмі знаходиться:

1. У сечі;
2. У слині;
3. В органах і тканинах;
4. У крові;
5. У всіх біологічних середовищах.

3. Джерелом інфекції СНІДу є:

1. ВІЛ-інфікований на стадії безсимптомного носійства
2. Хворий в стадії пре-СНІД
3. ВІЛ-інфікований на стадії генералізованої лімфаденопатії
4. Хворий на СНІД в термінальній стадії
5. Всі відповіді вірні

4. Найефективніша профілактика статевого шляху зараження:

1. Уникнення випадкових статевих стосунків;

2. Уникнення гомосексуальних стосунків;
 3. Статеве життя в моногамній сім'ї;
 4. Уникнення статевих стосунків до повноліття;
 5. Все перераховане.
5. **Прогресуючий імунodefіцит в основному зумовлений:**
1. Ураженням CD4+ лімфоцитів;
 2. Ураженням CD8+ лімфоцитів;
 3. Ураженням В- лімфоцитів;
 4. Т- кілерів;
 5. Ураженням макрофагів.
6. **Антитіла до ВІЛ можна виявити:**
1. Через 1 -5 днів після інфікування;
 2. Через 2-3 тижні після інфікування;
 3. Через 6-8 місяців після інфікування;
 4. Через 1 місяць після інфікування;
 5. Через 8-10 років після інфікування.

Тестові питання до теми «Шкірні інфекції»

1. **Збудником скарлатини є:**
1. Стрептокок;
 2. Стафілокок;
 3. Пневмокок;
 4. Веретеноподібна паличка;
 5. Гемофільна паличка.
2. **Інкубаційний період при кору складає:**
1. 4-9 днів;
 2. 2-6 днів;
 3. 9-17 днів;
 4. 14-25 днів;
 5. до 48 годин.
3. **Висип при краснусі має наступний характер:**
1. Петехіальний;
 2. Плямисто-папульозний;
 3. Везикулярний;
 4. Розеолярний;
 5. Пустульозний.

4. Хворі на вітряну віспу підлягають ізоляції до:

1. 10 дня від початку хвороби;
2. 14 дня від початку хвороби;
3. 9 дня від моменту перших висипань;
4. 5 дня з моменту останніх висипань;
5. 10 дня з моменту останніх висипань.

5. Пластинчасте лущення шкіри виникає після наступного перенесеного захворювання:

1. Вітряна віспа;
2. Паротитна інфекція;
3. Краснуха;
4. Скарлатина;
5. Кір.

6. Кір характеризується

1. Гарячкою;
2. Підвищенням температури тіла;
3. Запаленням верхніх дихальних шляхів;
4. Усі відповіді вірні.

7. Інкубаційний період кору триває:

1. 19-17 днів;
2. 10-15 днів;
3. Немає правильної відповіді.

8. Хворого на кір з моменту висипки ізолюють на:

1. 1-2 дні;
2. 8-10 днів;
3. 4 дні, а в ускладнених випадках на 10

9. Вакцинація проти кору в Україні розпочалася

1. з 1968;
2. з 1850;
3. немає вірної відповіді.

10. Передача кору через предмети та третю особу

1. Відбувається;
2. Не відбувається.
3. Збудник краснухи
4. фільтрівний вірус;
5. Нуклеокапсид;
6. Вірус з групи міксовірусів, містить РНК.

11. Інкубаційний період при краснусі становить

1. 10-15 днів;

2. 15-21 день;
3. 5-8 днів.
- 12. Вакцинація проти краснухи в нашій країні**
 1. Проводиться;
 2. Не проводиться.
- 13. Краснуха як самостійне захворювання була описана**
 1. у 1834 р.
 2. у 1950 р.
 3. у 1755 р.
- 14. Що спільне між краснухою та кором?**
 1. Викликаються вірусами;
 2. Барактерна висипка;
 3. Всі відповіді вірні.

Тестові питання до теми «Кишкові інфекції»

- 1. Джерелом інфекції при сальмонельозі можуть бути:**
 1. Велика рогата худоба і птахи;
 2. Собаки;
 3. Кішки;
 4. Кліщі;
 5. Гризуни.
- 2. Найбільш розповсюдженою формою сальмонельозної інфекції є:**
 1. Тифоподібна;
 2. Септична;
 3. Бактеріоносійство;
 4. Субклінічна;
 5. Гастроінтестинальна.
- 3. Час появи гепатолієнального синдрому при генералізованій формі сальмонельозу:**
 1. 1-й день хвороби ;
 2. 2-й день хвороби;
 3. В кінці першого тижня хвороби;
 4. В кінці другого тижня хвороби;
 5. В інкубаційному періоді.
- 4. Генералізована форма сальмонельозу відрізняється від тифо-паразитарних захворювань:**
 1. Відсутність рецидивів;

2. Відсутність розеолезної висипки;
3. Відсутність відносної бактеріємії;
4. Відсутність бактеріємії;
5. Відсутність гарячки.

5. Які збудники можуть викликати харчові токсикоінфекції?

1. Лептоспіри
2. *Salmonellatyphi*
3. *Staphiloccusaureus*
4. *Clostridiumtetani*
5. Ентеровіруси

6. Ботулізм відноситься до:

1. Харчових токсикоінфекцій
2. Кров'яних інфекцій
3. Кишкових інфекцій
4. Вірусних діарей
5. харчових інтоксикацій

7. Збудник ботулізму:

1. Бліда трепонема
2. Веретеноподібна паличка
3. *Vibrio comma*
4. *Clostridium perfringens*
5. *Clostridium botulinum*

3. Які токсини виділяє збудник ботулізму:

1. Ендотоксин
2. Нейротропний екзотоксин
3. Анатоксин
4. Не виділяє
5. Екзотоксин+ендотоксин

4. Джерело інфекції при ботулізмі:

1. Харчові продукти
2. Людина
3. Вода
4. Травоядні тварини
5. Консервовані продукти

5. Фактори передачі при ботулізмі:

1. Продукти, що інфіковані спорами збудника ботулізму і мають анаеробні умови
2. Недоброякісні овочі
3. Немиті фрукти

4. Все перелічене
5. Молочні продукти

6. Що є пусковим механізмом у патогенезі ботулізму:

1. Токсин, здатний пригнічувати тканинне дихання
2. Ураження токсином холінергічних відділів нервової системи
3. Ураження токсином травної системи
4. Проникнення вегетативних форм збудника з кишок в органи і тканини
5. Ураження токсином адренергічних відділів нервової системи

Дошкільне виховання в розвинених країнах

Англія. Перший дитячий садок в Англії був відкритий в Лондоні в 1873 р. як приватна установа, в 1904 р. в Бірмінгемі відкрився перший народний дитячий сад, який в 1917 р. отримав назву «школа-ясла». Надалі ця назва збереглася за дошкільними установами Англії. У 1918 р. англійський уряд офіційно дозволив відкривати або підтримувати дошкільні установи для дітей від 3 до 5 років, оскільки з 5 років вони повинні вчитися в початковій школі. Незабаром була створена асоціація шкіл-ясел, але кількість дошкільних установ в Англії було довгий час порівняно невеликим. У 1937 р. було всього лише 87 державних шкіл-ясел, що обслуговують 6738 дітей. Однією з причин повільного розвитку в Англії мережі дошкільних установ було те, що хоча місцеві органи народної освіти отримали право відкривати установи для маленьких дітей, але це не ставилося їм в обов'язок. У роки другої світової війни мережу дошкільних установ стала швидко рости, вони охоплювали вже до 50 000 дітей від двох місяців до 5 років.

Згідно з «Актом про освіту 1944 діти 5-7 років відвідують початкову школу, для малюків від 2 до 5 років призначені спеціальні класи - державні безкоштовні, приватні, іноді субсидовані державою або належать філантропічній організації, а також церкви. У державних школах-яслах і дошкільних класах діти знаходяться з 8 години ранку до 3-4 годин дня.

Заклади дошкільного виховання підпорядковані органам, котрі видають початковим і середньою освітою. Спеціального управління, що відає дошкільними справами, в Англії не існує. Інспектування дошкільних установ здійснюють інспектори початкової школи, дуже в рідкісних випадках вони виявляються фахівцями дошкільного справи.

Точних вказівок щодо того, зі скількома дітьми повинна працювати одна вихователька, немає, але рекомендується, щоб у дошкільному закладі на 40 дітей було дві виховательки (одна з яких завідувачка) і дві няні.

Дошкільні установи, підпорядковані місцевим органам народної освіти, обслуговуються лікарями шкіл.

Офіційних інструкцій щодо змісту роботи дошкільних установ або програм в Англії не існує, працівники дошкільних установ самі складають собі програми роботи відповідно до вказівок, які отримуються на спеціальних конференціях і курсах.

У практиці англійських дошкільних установ активно використовуються методи Монтессорі. Керівним принципом у їх роботі є принцип самовираження дитини у діяльності як нібито найкращий засіб виявлення здібностей дітей та їхніх спадкових даних. Вихованцям надається можливість працювати з пластиліном, папером, викидними матеріалом, піском як групами, так і індивідуально. У другій половині дня організовуються необов'язкові для дітей заняття музикою, співом, прослуховування платівок, розповідання. Досить велику увагу в англійських дошкільних установах

приділяється фізичному та естетичному вихованню малюків. Приміщення гарно оформлені і обладнані так, щоб діти мали можливість грати і займатися фізичними вправами. У їх розпорядженні фарби, двосторонні мольберти; діти багато малюють, як правило, стоячи.

Установка на спонтанне, стихійний розвиток негативно позначається на дітях, не мають у родині умов для культурного розвитку, і вони часто виявляються в групах, де робота ведеться за зниженими програмами.

Підготовка вихователів дошкільних установ здійснюється в Англії в спеціальних педагогічних закладах. Закінчили їх мають право працювати і в класах для малят (5-7 років), а іноді й у всіх класах початкової школи.

Особи, які працюють у приватних установах, повинні мати кваліфікацію, але строгих вимог на цей рахунок немає. Вихователки можуть підвищувати свою кваліфікацію на курсах, організованих міністерством, місцевими органами, громадськими організаціями, що займаються дошкільним вихованням.

Сполучені Штати Америки. Перші дитячі сади були відкриті в США в другій половині XIX ст. На початку XX ст. майже в кожному штаті були розроблені програми для дитячих садів, серед яких привертала увагу «Програма навичок у дитячому садку прогресивного американського педагога Смісс-Хілл. При всьому різноманітті програм усі вони мали, загалом, єдину класову буржуазну ідеологічну основу.

У 30-х роках XX ст. на практику роботи дитячих садів США зробила сильний вплив прагматична педагогіка Д. Дьюї.

В американських дитячих садах діти, як правило, проводять всього 3 години. Велика увага приділяється їх фізичного виховання; в умовах теплого клімату робота з дітьми найчастіше організовується на свіжому повітрі, при відкритих вікнах; є різні пристосування для вправ у рухах: гірки, гойдалки, снаряди для лазіння.

У відповідності з установкою педагогіки прагматизму на заняттях переважає самостійна діяльність дітей, дуже поширені ігри з будівельним матеріалом, заохочується музичне і словесне дитяча творчість (твір віршів, оповідань). Під час трудової діяльності дітей приділяється увага навчанню їх планувати свою роботу, ретельне виконувати, доводити до кінця. Ставиться завдання розвинути у дітей вміння самоорганізовуватися, бути ватажками.

Переведення дітей із групи в групу найчастіше відбувається на основі результатів їх тестового обстеження.

Мережа дошкільних установ у США розвивається дуже повільно. Незважаючи на широкий інтерес громадськості до дошкільного виховання, в США і в даний час не створено державної системи дошкільного виховання, немає і загальних законів, тому робота в кожному штаті, місті будується по-різному.

Функціонують такі типи дошкільних установ: дитячі садки при державних школах, при коледжах, університетах, кооперативні дитячі садки (приватні), дитячі центри. Дитячі садки при державних школах, як більш доступні трудящим, обладнані погано; в них немає необхідних посібників,

іграшок. Дитячі садки при педагогічних коледжах і університетах відрізняються від пришкільних як обладнанням, так і підготовкою і майстерністю педагогів. У дошкільних центрах діти проводять 6 годин, отримують дворазове харчування, грають, займаються, але, як правило, при дитячих центрах немає спеціально обладнаних майданчиків для ігор і прогулянок. Бюджет дитячого саду, включаючи і заробітну плату персоналу, в основному складається з внесків батьків.

Кооперативні дитячі сади організуються батьками. На їхні кошти орендується приміщення, наймаються вихователі. Батьки оплачують всі витрати, що часто вимагає додаткових зборів грошей. Незважаючи на дуже високу плату, діти отримують в саду одноразове харчування. Нести такі витрати (за браку дошкільних установ) батьків спонукає страх, щоб дитина не відстав в розвитку і в школі не опинився в групі «нездатних».

Існують дитячі сади і при церквах. Їх відвідують в основному діти служителів церкви і вчителів церковних шкіл.

Є експериментальні дошкільні установи з поліпшеними програмами, що працюють за новими методиками. Проте практика роботи всіх дитячих садів спирається на теорію спонтанного розвитку дітей, згідно з якою вихователі планують свою роботу, виходячи з випадкових інтересів і бажань вихованців.

Прогресивні організації США виступають за створення державної демократичної системи дошкільного виховання, ведуть боротьбу з теоріями спонтанного розвитку дітей та стихійності у педагогічному процесі. В останні роки в США пильно вивчається радянська система дошкільного виховання. Американські педагогічні делегації ретельно вивчають роботу радянських дитячих садів, діяльність міністерств освіти в області дошкільного виховання, знайомляться з дослідженнями НДІ дошкільного виховання АПН СРСР, перекладають і видають праці радянських теоретиків дошкільної педагогіки.

Франція - країна, де дошкільні установи з'явилися раніше, ніж в інших державах. При здійсненні реформи у галузі народної освіти в 1881-1882 рр.. до-шкільні установи були введені в систему народної освіти, оголошені державними безкоштовними, світськими, але обов'язковими. Поряд з державними зберігалися і приватні дошкільні установи, в більшості випадків створювалися церковними організаціями і обслуговували забезпечені верстви населення.

У результаті реформи основним типом дошкільного закладу став дитячий сад Фребелівського типу, що отримав назву «материнська школа». Реорганізацію дошкільних установ очолювала Поліна Кергомар.

Дошкільна освіта - розрахована на дітей віком від 2 до 6 років.

«Материнські школи» розглядаються не тільки в плані загального розвитку і виховання дітей, але й важливий суспільний інститут підготовки їх до обов'язкового навчання. На «материнську школу» покладені завдання фізичного, естетичного, морального та інтелектуального розвитку дітей.

«Материнська школа» часто вважається великим досягненням

навчально-виховної системи Франції. Діти в неї поділені на три секції: у першій - віком від 2 до 4 років і їхнє навчання обмежується іграми; у другій діти 4 - 5 років, які навчаються вміню «соціального спілкування» шляхом мови і жестів. Основну секцію становлять шестирічні хлопчики і дівчатка. Їх до навчання, вчать читати, писати і рахувати, вони ходять до «школи» 5 разів на тиждень і там перебувають 6 годин на день. Діти старше 5 років становлять особливу перехідну групу від дитячого саду до школи: у цих групах зберігаються методи роботи, як і материнської школі, але одночасно ведуться заняття за програмами, які готують до школи.

Болгарія. Систему суспільного дошкільного виховання в Болгарії було сформовано після Другої світової війни. До неї належать дитячі садки (повного дня, цілорічні, сезонні, цілодобові), ясла, ясла-садки з денним і напівденним перебуванням дітей (садки при школах). Дошкільні заклади відвідують майже всі діти. Існує державна програма виховання дітей дошкільного віку. Значну увагу в дошкільних закладах зосереджують на фізичному вихованні (спортивні свята, навчання плавання, загартування).

Для системи суспільного дошкільного виховання Болгарії характерні:

- широка мережа дошкільних закладів, наявність спеціальних норм їх проектування і будівництва;

- державний характер системи дошкільного виховання і підготовки педагогічних кадрів;

- визнання дошкільного виховання частиною системи народної освіти, її первинною ланкою;

- державна програма виховання дітей в дошкільних закладах.

На сучасному етапі триває реформування суспільного дошкільного

Данія. Найпоширенішими типами закладів суспільного дошкільного виховання Данії є денні ясла, садки, ясла-садки, ігрові майданчики та цілодобові дошкільні заклади, призначені для виховання і лікування дітей із проблемами фізичного та психічного розвитку, надання їм психолого-педагогічної допомоги і здійснення корекції вад. Педагогічний персонал отримує трирічну підготовку з психології, фізіології, педагогіки. Кожен п'ятий працівник датських дошкільних закладів є чоловіком. У Данії знаходиться центр Міжнародної Монтессорі-асоціації.

Ізраїль. Дитячі садки в Ізраїлі перебувають на утриманні муніципалітетів, релігійних і жіночих організацій. Працюють цілорічно, за винятком невеликих канікул у серпні. Діють платні приватні садки і групи по 5–10 дітей раннього (з 3-х місяців) і дошкільного віку. Відкриття приватних дитячих садків дозволяється лише фахівцям з педагогічною освітою.

Як і муніципальні, приватні дитячі садки контролюються міністерством освіти. Усі діти обов'язково мають відвідувати старшу групу в дитячому садку, яка безплатно готує їх до школи. Вони опановують різні види художньої діяльності, слухають оповідання і казки, вчать читати і рахувати, працюють з комп'ютером, ознайомлюються з народними традиціями.

Китай. Дошкільні заклади в Китаї великі (270 вихованців і 60 педагогів та обслуговуючого персоналу). Групи нараховують 25–26 дітей переважно

денного перебування, 5 % груп дошкільних закладів – цілодобові, з яких батьки забирають дітей у середу і суботу. Вихователі та їхні помічники мають бути різного віку, вміти чітко організовувати поведінку дітей, не надавати багато часу на вільну діяльність, виховувати звичку до порядку, прищеплювати навички колективного життя, уникаючи покарань, виховувати працелюбність, наполегливість, відповідальність перед батьками, вихователями, однолітками, країною. Патріотичне виховання є основою навчально-виховного процесу. Значна увага приділяється розвитку музичних здібностей.

Німеччина. Традиції суспільного дошкільного виховання в Німеччині є одними з найдавніших. З 1957 р. діє закон про вільне відвідування дитячих садків, 20 % з яких утримує держава, 80 % належать церковним общинам, профспілкам, німецькому Червоному Хресту, службі молоді, іншим благодійним товариствам. Батьки оплачують 50 % утримання дітей, інші витрати відшкодовує власник дошкільного закладу.

У Німеччині існують такі типи дошкільних закладів:

- дитячі садки з повним або неповним днем, призначені для дітей 3-х – 6-ти років;
- одnogрупові дошкільні заклади (переважно для старших дошкільників);
- пришкільні групи (для п'ятирічних дітей);
- підготовчі класи основної школи. У них виховують і навчають п'ятирічних дітей;
- цілодобові інтернати для здорових дітей віком від 3-х до 6-ти років;
- інтернати для дітей із проблемами здоров'я і розвитку;
- материнські центри. У них матері разом з дітьми займаються цікавою і корисною діяльністю, спілкуються між собою та спеціалістами з педагогіки і психології.

Головні концептуальні засади виховання дітей реалізуються у дитячих садках вільного і відкритого типів. Найпоширеніший тип вільного дитячого садка – штейнерівські дитячі садки і дитячі садки Монтесорі.

Відкритий дитячий садок організовано на ситуативно-орієнтованій концепції дошкільного виховання, для якої характерні: відкрите планування з участю дітей; навчання на базі реальних життєвих зв'язків; єдність гри і навчання; різновікова організація життя та діяльності; зв'язок із громадськістю; співробітництво батьків і дошкільного закладу.

Вихователь повинен бути здатним до систематичних і тривалих спостережень, аналізу результатів педагогічної діяльності, прогнозування.

Республіка Польща. Систему дошкільного виховання у Польщі утворюють дитячі садки, ясла-садки з повним (міста) та неповним (сільська місцевість) днем перебування дітей. Діють також цілодобові двотижневі ясла-садки і тимчасові дитячі садки типу сімейних мікросадків, розташовані у квартирах багатоквартирних будинків.

Туреччина. Певною мірою на дошкільне виховання впливають традиційні для ісламу цінності багатодітного родинного виховання та ролі жінки в сім'ї. У системі суспільної дошкільної освіти (ясла, приватні,

фабричні, експериментальні дитячі садки) виховується 10 % дітей від народження до шести років. Однак її матеріальна, науково-методична бази потребують суттєвого поліпшення.

Мета і зміст дошкільної освіти відповідають загальному спрямуванню національної освіти: фізичний, розумовий, емоційний розвиток дітей; формування соціальних навичок поведінки; розвиток мовленнєвої компетенції; підготовка до навчання у школі.

Фінляндія. Дошкільні заклади у цій країні існують з 50-х років XIX ст. Певний час вони працювали за фребелівською системою. У пошуках раціональних моделей роботи дошкільних закладів апробуванню були піддані монтессорівська, американська, шведська системи.

У Фінляндії існують такі типи дошкільних закладів:

- народні дитячі садки. Вони виникли найдавніше, будучи покликаними допомагати у вихованні дітей сім'ям, у яких батьки працюють. Поширеними є денний догляд за дітьми у сім'ях, відкриті дитячі садки, пересувні дитячі садки (на зразок сезонних), дошкільні заклади для дітей із проблемами фізичного і психічного розвитку;

- сімейні дитячі садки. їх призначення полягає в організації сімейного догляду за дітьми. Вихователі повинні мати спеціальну підготовку;

- відкриті дитячі садки. Працюють за типом ігрових майданчиків, куди батьки приводять дітей для прогулянок, спільних ігор з однолітками;

- дошкільні дитячі будинки. Робота їх розгортається за принципом життя великої сім'ї.

Суспільне дошкільне виховання у Фінляндії здійснюється у тісному зв'язку із сім'єю. Кожна третя дитина до 3-х років і майже всі діти дошкільного віку (за рік до школи) виховуються у закладах системи дошкільної освіти. Батьки мають широкі можливості щодо безпосередньої участі у роботі дошкільних закладів. Кількість дітей у групах має чіткі обмеження: віком до року – не більше 6-ти осіб, від року до 2-х років – не більше 12-ти, після 3-х років – не більше 20-ти вихованців. Графік роботи педагогічного персоналу побудований так, щоб удень з дітьми працювали всі вихователі і няні. Заборонено продаж іграшок військової тематики. У виховній роботі значну увагу приділяють проведенню свят: Дня ООН, Дня незалежності Фінляндії, Дня тата, Дня мами, Дня друга, Різдва, Пасхи, Дня фінської мови, Дня «Калевали» (карело-фінського національного епосу).

Вихователями можуть працювати особи, які здобули спеціалізовану вищу освіту.

Чехія. У країні майже всі діти охоплені суспільним дошкільним вихованням. Перші дитячі садки були відкриті у 1832 р. (Прага), згодом створені материнські школи – народні дитячі садки. Крім них, функціонують ясла, дитячі садки з неповним днем, підготовчі класи при школах.

Педагогічні кадри для системи дошкільного навчання і виховання готують у вищих навчальних закладах. Часто їх керівники працюють вихователями груп дітей.

Подібна система дошкільного навчання і виховання функціонує і в Словаччині.

Швейцарія. Дошкільні заклади Швейцарії (дитячі садки або дитячі школи) призначені для виховання дітей 4–6-ти років. Крім державних, існує багато приватних дошкільних закладів, які протягом п'яти днів на тиждень працюють по кілька годин на день і розміщені переважно в одноповерхових котеджах з майданчиками для прогулянок і занять фізичною культурою. Історично склалися дві концепції виховання дітей дошкільного віку: у німецькій частині країни концепція заснована на ідеях Ф. Фребеля, у романській – женецького напрямку (Е. Клапаред, А. Фер'єр, Ж. Піаже) та монтессорівського типу. Німецькомовні і романомовні дитячі садки працюють за різними програмами. Швейцарські дошкільні заклади добре обладнані, в них багато дидактичного, ігрового матеріалу для занять і самостійної діяльності дітей.

Постійно триває пошук ефективних шляхів взаємодії дошкільних закладів і початкової школи, організовуються комплекси «дитячий садок – школа» для охоплення дітей дошкільним вихованням і підготовки їх до школи.

Японія. Дошкільні заклади для дітей віком від народження до 6-ти років (ясла, дитячі садки, ясла-садки) перебувають у підпорядкуванні муніципалітетів, приватних організацій та осіб і працюють від 2–3-х до 10–12-ти годин на день. Існують також однорічні заклади для повноцінної підготовки дітей 5–6-ти років до школи. Крім муніципальних, усі дошкільні заклади платні й за бажанням батьків забезпечують програму індивідуального розвитку кожної дитини. Виховательками працюють переважно молоді неодружені жінки, які обов'язково повинні мати університетську освіту.

Японська система виховання зорієнтована на раннє виявлення задатків і природний розвиток здібностей. Групи у дитячих садках є досить чисельними – у середньому по 40 осіб. Виховне середовище дбайливо, зі смаком організоване. Дітей залучають до участі у створенні затишку і краси в помешканні: вони вирощують і оранжують квіти, конструюють, виготовляють панно і гобелени тощо. Участь дітей у художній праці є обов'язковою, оскільки, на думку японців, лише рукотворна краса підносить людину до філософського розуміння прекрасного як доцільності буття.

Завдання педагогів полягає і в тому, щоб навчити дітей спілкуватися, дбати, щоб кожна дитина відчувала комфорт, рівноправність, а група розвивалася на основі товаришування і співробітництва. Педагог не робить дітям зауважень.

Основою виховання є національні цінності японського народу, що виявляється навіть в організації індивідуального харчування. Стверджується, що доля людини залежить не так від обдарованості, як від терпіння, працездатності, посидючості, старанності. У зв'язку з цим важлива роль відводиться дотриманню режиму життя і діяльності (рано вставати, бути акуратним, багато працювати, правильно харчуватися, володіти формами ввічливості, вітання, вдячності). Схвалюються повага до старших, уміння

розуміти іншу людину, підкорятися загальним правилам, бути толерантним. Дітям розкривають суть поняття «смерть», їх привчають до миролюбності.

У вихованні дітей тісно співпрацюють вихователі та батьки. Традиційними є відвідування дітей батьками, спортивні дні, дні спостережень, спільні занотовування цікавих думок педагогів і батьків про розвиток дитини, батьківські збори.

Багато дошкільних закладів опираються у своїй роботі на досвід відомого японського скрипаля і педагога Синьїті Судзукі («Система виховання таланту»), який вважав талант максимальним рівнем розвитку здібностей дитини, а вік до 6-ти років – періодом, коли вирішується її доля. Ранній розвиток музичних і мовленнєвих здібностей поступово стає системою цілісного розвитку особистості, а музика і рідна мова – провідними її засобами. Про популярність дитячих садків Судзукі свідчить те, що заяви про прийом дитини до них батьки подають за 3–4 роки до її народження. Сюди приймають дітей без будь-якої попередньої перевірки задатків. Вихователі працюють з різновіковими (від 3,5 до 5-ти років) групами дітей (до 60-ти осіб). Їхня роль полягає у створенні середовища для саморозвитку особистості дитини. Йдеться про розвиток пам'яті, сприймання (візуального, слухового, тактильного), комплексних видів художньої діяльності дітей. З двох років дитину вчать гри на скрипці, для чого компанія «Судзукі» виготовляє маленькі скрипки на 1/32 повного розміру. Виховання у цих садках має гуманістичний зміст (підкреслюється краса природи, мистецтва) і форму (дитину ні до чого не змушують, а створюють розвиваюче педагогічне середовище).

Проблемами розвитку дитячих талантів переймаються не лише педагоги і батьки. Відчутно впливають на функціонування системи дошкільних закладів Асоціація раннього розвитку, організація «Навчання талантів». Слова автора популярних праць про виховання здібностей у дітей, засновника фірми «Соні» Масари Ібуки про те, що основою розвитку розумових здібностей дитини є її особистий досвід пізнання у перші три роки життя, коли активно розвивається структура мозку, що жодна дитина не народжується геніальною або відсталою, кожна може вчитися добре – все залежить від методу навчання, який повинен бути гуманним і враховувати можливості, нахили та інтереси дитини, вичерпно і влучно характеризують особливості японської системи дошкільного виховання і навчання.

Якими б своєрідними, оригінальними не були національні системи освіти і виховання дітей дошкільного віку, всі вони мають у своїй основі універсальні засади і принципи, репрезентують єдину і цілісну систему дошкільного виховання і навчання як загальноцивілізаційний феномен.

Навчальне видання

КОНДРАТЮК Світлана Миколаївна

ОСНОВИ ПЕДІАТРІЇ

Навчальний посібник

Комп'ютерне верстання С.П. Цьома

Підп. до друку 23.02.2018.

Формат 60x84/16. Папір офс. Гарнітура Times New Roman Cyr.

Друк офс. Ум. друк. арк. 17,2. Обл.-вид. арк. 16,04.

Тираж 100 пр. 0

Віддруковано на обладнанні ФОП Цьома С. П.

м. Суми, вул. Роменська, 100

телефон для довідок (066) 293-34-29