

Посібник для роботи педіатра першої ланки медичної допомоги ІV.



Укладачі:
MUDr. Олена Прокопова
MUDr. Браніслав Чренка



Зміст

Редакційна стаття	3
Рекомендовані та дорожні щеплення для дітей	4
Гіпербілірубінемія в неонатології	8
Гемангіома в амбулаторії загальної практики сімейної медицини для дітей та підлітків	11
Раціональний алгоритм діагностики алергічних захворювань дихальних шляхів у дітей в амбулаторії VLDD	15
Харчова алергія	19
Актуальні рекомендації щодо постконтактної хіміопрфілактики у контактних осіб з інвазивною менінгококовою хворобою	25
Посібник з оформлення Довідки про медичну придатність до занять спортом	31

Жоден з текстів не пройшов професійного граматичного редагування. Тому просимо вибачити за можливі друкарські помилки, описки, пропущені розділові знаки, коми, крапки тощо. Дякуємо за розуміння. Комітет SSPPS

Редакційна стаття

Шановні колеги, дорогі друзі,

ми знову стали на рік старшими, можливо, навіть мудрішими, в усякому разі, багатшими на новий досвід і переживання, хороші і погані.

Здається, що цей останній рік не був таким неспокійним і сповненим нових і незнайомих вражень, як попередні. Ми вже звикли до COVID 19, багато хто з нас сприймає українських дітей як нормальну частину нашої опіки, ми стежимо за війною в сусідній країні, але ніяк не можемо на неї вплинути. Однак я думаю, що це не зовсім так. Навіть рік, що минув від нашої останньої зустрічі тут, у Ясній, був сповнений роботи та щоденних викликів. Не знаю, як ви, а я все ще наполягаю у своїй клініці на тому, щоб хвора дитина, яка приходить на огляд, обов'язково проходила тест на COVID 19.

Негативна дитина приходить на огляд в робочий час. Позитивна дитина вирішується індивідуально. Не всім батькам це подобається, але після пояснення, чому ми так робимо, вони не протестують. І це те, що складно, але дуже потрібно в нашій роботі: спілкуватися з батьками наших пацієнтів, пояснювати їм, чому медичне обслуговування їхніх дітей відбувається саме так. Багато чого змінилося у зв'язку з нинішньою ситуацією в первинній педіатрії. Не кожну дитину з нежиттю і навіть з температурою потрібно показувати лікарю. У нас є можливості для проведення швидких діагностичних тестів і ми приймаємо рішення про лікування на основі їх оцінки в контексті загального стану дитини. Ми можемо запропонувати батькам нові варіанти вакцинації, навіть з повним страховим відшкодуванням. Для того, щоб скористатися цими можливостями, нам потрібно спілкуватися з батьками. Деякі нововведення їм незрозумілі, але ми повинні знайти спосіб пояснити їм, наприклад, чому не можна звертатися до відділення невідкладної допомоги, чому змінюється його структура, чому відбулися зміни в наданні амбулаторної невідкладної допомоги.

Усі проблеми неможливо вирішити миттєво. Досягнення змін є складним і тривалим процесом. Це знають ті, хто витратив роки на спроби домогтися фундаментальних змін у педіатрії первинної ланки. Ми, лікарі, також повинні донести це один до одного. Всі вони повинні знати, що ті, кого вони обрали представляти їх як спеціальність, працюють над тим, щоб зробити роботу первинної педіатрії кращою і привабливішою для молодого покоління педіатрів. У березні ми опублікували наш перший інформаційний бюлетень, який документує роботу комітету нашого товариства. Ми сподіваємося продовжити цю форму інформування.

Ми вітаємо як активність, так і критику від усіх наших членів та інших педіатрів. Обґрунтована критика і подальше обговорення можуть привести до хорошого рішення і хорошого результату. Однак, щоб вирішувати проблеми, потрібно бути і активним, і критичним, щоб бути поінформованим про те, що вже вирішено і як плануються наступні кроки для досягнення бажаної мети. Самозвеличення, що ґрунтується на звинуваченні окремої особи чи колективу, є контрпродуктивною і протилежною тому результату, якого ми намагалися досягти.

Ми зібралися в цьому прекрасному місці, щоб отримати нові знання в педіатрії. Ми з нетерпінням чекаємо зустрічі з друзями, викладачами та колегами, які працюють в інших умовах, ніж ми, мають інший досвід і бачать роботу педіатрії первинної ланки по-іншому. Давайте поговоримо, обговоримо та обміняємося думками, часто дуже різними, щоб рухатися вперед до кращого способу роботи в первинній педіатрії.

Від щирого серця бажаємо вам плідних і приємних моментів у Ясній



Marta

Марто.

Рекомендовані та дорожні щеплення для дітей

доц. MUDr. Ingrid Urbančíková, PhD, MPH
Департамент дітей та підлітків, UPJŠ LF i DFN

У таблицях наведено огляд загально рекомендованих та спеціальних щеплень для дітей, які подорожують, відповідно до мінімального віку початку вакцинації.

Рекомендовані щеплення для дітей

Вік	Хвороба	Вакцина	Дозування*	Примітка**
2 місяці	Ротавірусні інфекції	Моновалентна жива оральна вакцина	2 дози з мінімальним інтервалом 4 тижні.	Вакцину можна вводити з 6-тижневого віку, вакцинація повинна бути завершена до 24-тижневого віку.
		5-валентний жива оральна вакцина	3 дози з мінімальним інтервалом 4 тижні.	Вакцину можна вводити з 6-тижневого віку, а вакцинація повинна бути завершена до 32-тижневого віку.
	Захист від менінгокової інвазії	Рекомбінантна менінгококова вакцина sc. B	Базова вакцинація 2 – 3 дози з мінімальним інтервалом 2 місяці (залежно від віку дитини) + ревакцинація на 2-му або 3-му році життя (залежно від початку вакцинації).	З 2 років вводять 2 дози з мінімальним інтервалом в 1 місяць, без необхідності ревакцинації /за винятком пацієнтів з групи ризику.
		4-валентна менінгококова вакцина sc. A, C, Y, W	Немовлята віком від 6 тижнів до 6 місяців: дві дози з інтервалом не менше 2 місяців, вакцинація у віці 12 місяців.	Немовлятам віком від 6 місяців, дітям, підліткам та дорослим призначають одноразову дозу.

Вік	Хвороба	Вакцина	Дозування*	Примітка**
6 місяців	Грип	4-валентна інактивована вакцина	Одна доза 0,5 мл в се-зоні /щороку.	Діти віком до 9 років, які не були вакциновані раніше, повинні отримати другу дозу з мінімальним інтервалом у 4 тижні.
	COVID-19	мРНК-вакцина То-зі-намеран (оригінал)	Базова вакцинація проводиться дітям віком від 6 місяців до 4 років у 3 дози, хв. кроки між 1-ою та 2-ою дозою становить 3 тижні, між 2-ю та 3-ю дозою – 8 тижнів. Дітям віком від 5 років вводять 2 дози, дітям з ослабленим імунітетом – 3 дози.	Вміст вакцини залежить від віку дитини. З 12 років застосовуються ті ж дози, що і для дорослих. Вакцинація бівалентними вакцинами рекомендована дітям старше 12 років.
		Елазомеранова мРНК-вакцина (оригінал)	Базова вакцинація проводиться дітям віком від 6 місяців у 2 прийоми, мінімальний інтервал 1 місяць, дітям з ослабленим імунітетом 3 дози з інтервалом не менше 1 місяця.	Вміст вакцини залежить від віку дитини. З 12 років застосовуються ті ж дози, що і для дорослих. Дітям старше 12 років проводять бівалентну вакцинацію.
12 місяців	Вітряна віспа (вітряна віспа)	Жива атенуйована парентеральна вакцина	Дітям віком від 12 місяців слід вводити 2 дози з мінімальним інтервалом в 1 місяць.	За певних обставин вакцину можна вводити немовлятам <u>віком від 9 місяців</u> у два прийоми. У дітей віком від 9 до 11 місяців інтервал між 2 прийомами повинен становити щонайменше 3 місяці.
	Гепатит А	Інактивована вакцина	Для основної вакцинації використовується одна доза. Ревакцинація рекомендується у віці від 6 місяців до 5 років. оптимально через 6-12 місяців після першої дози.	<u>Діти та підлітки віком від 1 до 15 років (включно)</u> – молодша доза 0,5 мл. <u>Дорослі та підлітки віком від 16 років</u> – доросла доза 1,0 мл.
	Кліщовий енцефаліт	Інактивована вакцина	Базова вакцинація складається з 3 доз. Між 1-ю та 2-ю дозами робиться інтервал 1-3 місяці. Третя доза вводиться через 5 - через 12 місяців після другої дози. Перша бустерна доза вводиться через 3 роки після третьої дози. Наступні бустерні дози слід вводити кожні 5 років після останньої бустерної дози.	<u>Для осіб віком від 1 до 15 років (включно)</u> застосовують дитячу дозу 0,25 мл. <u>Дорослі та підлітки віком від 16 років</u> – доросла доза 1,0 мл. Для людей старше 60 років бустерні дози вводяться кожні 3 роки. За необхідності можливе проведення вакцинації за прискореною схемою (2-га доза вводиться через 14 днів після 1-ї дози). і 3-я доза через 5 – 12 місяців після 2-ї дози).

Вік	Хвороба	Вакцина	Дозування*	Примітка**
24 місяці	Грип	4-х валентна жива атенуйована інтраназальна вакцина (назальна аеродисперсія)	Дітям та підліткам віком від 24 місяців до < 18 років в обидві ніздрі вводять розділену дозу.	Діти віком до 9 років, які раніше не були щеплені проти грипу, повинні отримати другу дозу з мінімальним інтервалом у 4 тижні.
9 років	ВПЛ інфекції	9-валентна рекомбінантна вакцина	<u>Дітям віком від 9 до 14 років включно</u> (на момент першої ін'єкції) вводять за схемою 2 дози з інтервалом 5-13 місяців після першої дози. <u>Особам віком від 15 років</u> (на момент першої ін'єкції) вводять 3 дози препарату. Другу дозу слід вводити щонайменше через місяць після першої дози, а третю – щонайменше через 3 місяці після другої дози. Всі три дози необхідно ввести протягом 1 року.	Наразі в Словацькій Республіці вакцинація у 2 дози покривається державним медичним страхуванням для дівчат і хлопців у віці 13 років (12-річні діти). Потреба у підвищеній дозі не встановлена.
		2-валентна рекомбінантна вакцина	<u>Діти віком від 9 до 14 років (включно)</u> - дводозовий режим – 2-га доза вводиться щонайменше через 5 місяців після 1-а доза, не пізніше 13-го місяця після першої дози. <u>Особа віком від 15 років</u> – три дози за схемою 0-1-6 місяців.	

* детальні графіки вакцинації наведені в оновлених МКЯ конкретних вакцин

** рекомендації можуть змінюватися відповідно до даних, наведених у МКЯ конкретних вакцин або відповідно до національних рекомендацій

Вакцинація для дітей під час подорожей

Вік	Хвороба	Вакцина	Дозування*	Примітка**
2 місяці	Японський енцефаліт	Інактивована вакцина	Основну вакцинацію проводять у 2 прийоми з інтервалом не менше 4 тижнів, а ревакцинацію – через 12 – 24 місяці (після другої дози).	<u>Діти від 2 місяців до < 3 років:</u> вводити половинні дози вакцини в обсязі 0,25 мл <u>Діти та підлітки віком від 3 років до < 18 років:</u> повні дози вакцини вводять в обсязі 0,5 мл.
6 місяців	Жовта лихоманка	Жива атенуйована парентеральна вакцина	<u>Діти віком від 9 місяців:</u> одноразова доза 0,5 мл, щонайменше за 10 днів до в'їзду в ендемічну зону.	Вакцинація проти жовтої лихоманки зазвичай <u>не рекомендується дітям віком від 6 до 9 місяців</u> , за винятком особливих обставин та відповідно до наявних офіційних рекомендацій.
24 місяці	Черевний тиф	Полісахаридна вакцина	Вводиться одноразова доза вакцини.	Вакцинацію можна робити кожні 3 роки, якщо ризик зараження зберігається.
	Холера.	Інактивована пероральна вакцина	Діти віком від 2 до 5 років (включно) вводиться 3 дози. Діти від 6 років і дорослим дають 2 дози. Дози вводять з мінімальним інтервалом 1 тиждень, максимальний – 6 тижнів.	Для стійкого захисту від холери рекомендується одна доза ревакцинації протягом двох років для дорослих і дітей віком від 6 років і старше, а також до 6 місяців для дітей віком від 2 до 5 років (включно).
Без вікових обмежень	Сказ	Інактивована вакцина	Базова схема складається з 3 прийомів (0 – 7 – 21 – 28 днів). У випадку Для підтримання довготривалого захисту рекомендується робити першу вакцинацію в 1 рік, а потім кожні 5 років.	Вакцинація до контакту рідко проводиться у дітей і рекомендується при тривалому перебуванні в ендемічних країнах, особливо в сільській місцевості. Вакцинація невакцинованих осіб після контакту відновлюється за графіком 0-3-7-14-28 днів в інфекційних поліклініках в амбулаторіях.

* детальні графіки вакцинації наведені в оновлених МКЯ конкретних вакцин

** рекомендації можуть змінюватися відповідно до даних, наведених у конкретних вакцин або відповідно до національних рекомендацій

Гіпербілірубінемія в неонатології

проф. MUDr. Katarína Matašová, PhD.

Відділення неонатології, Університетська лікарня Мартіна

Догляд за новонародженим з жовтяницею залежить від концентрації білірубину в сироватці крові та гестаційного і постнатального віку дитини.

Жовтяниця новонароджених на першому тижні життя

- Зазвичай пов'язана з недостатнім харчуванням при недостатній лактації. Вона супроводжується більшою втратою ваги і також називається **жовтяницею немовлят на грудному вигодовуванні**.
- його профілактикою є часте грудне вигодовування/прикладання до грудей – не менше 8 разів на день
- введення води або глюкози не рекомендується, не знижує концентрацію білірубину
- дитина потребує більш частого моніторингу за наявності факторів ризику, які підвищують ймовірність значної гіпербілірубінемії (наведені в таблиці).

Фактори ризику значної гіпербілірубінемії

Менший термін вагітності – ризик зростає зі зменшенням терміну вагітності

Ранній початок і наявність жовтяниці вже в перші 24 години після народження

Концентрація білірубину перед випискою (транскутанна або сироваткова) наближається до порогу фототерапії

Доведений гемоліз (позитивний ПАТ)

Жовтяниця лікується фототерапією перед випискою

Потреба у фототерапії або обмінному переливанні крові у батьків або братів чи сестер

Недостатнє споживання молока при виключно грудному вигодовуванні

Обширні гематоми на голові

Синдром Дауна

Гіпертрофічна дитина матері-діабетика

- Лікування фототерапією призначається відповідно до схем показань (рис.1,2). При цьому враховується термін вагітності дитини, вік при народженні в годинах і наявність факторів ризику, що підвищують нейротоксичність білірубину
- **факторами ризику нейротоксичності білірубину** є: гестаційний вік < 38 тижнів, вміст альбуміну в сироватці крові < 30 г/л, доведений гемоліз, сепсис або нестабільний клінічний стан протягом попередніх 24 годин
- вплив сонячних променів не є надійним методом лікування і не рекомендується
- прийом фенобарбіталу не показаний і не рекомендується

Рис. 1. Критерії показань до фототерапії у дитини без факторів ризику нейротоксичності білірубину (згідно з ААР 2022)

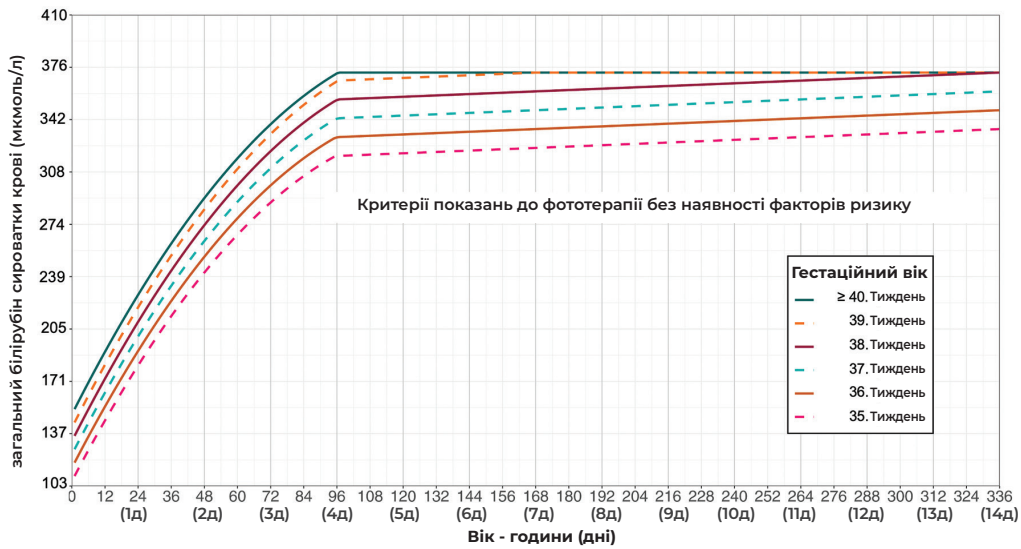
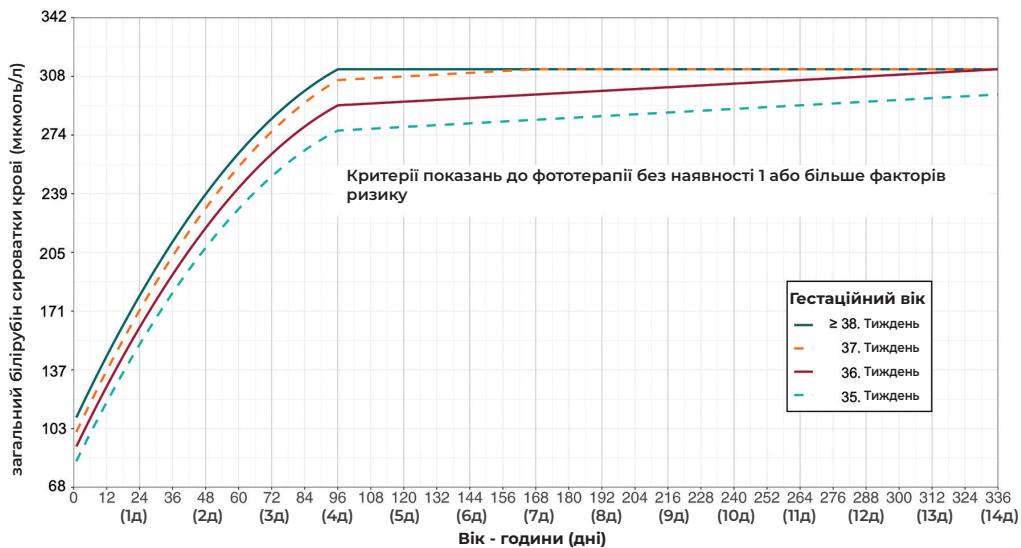


Рис. 2. Критерії показань до фототерапії у дитини з факторами ризику нейротоксичності білірубину (згідно з ААР 2022)

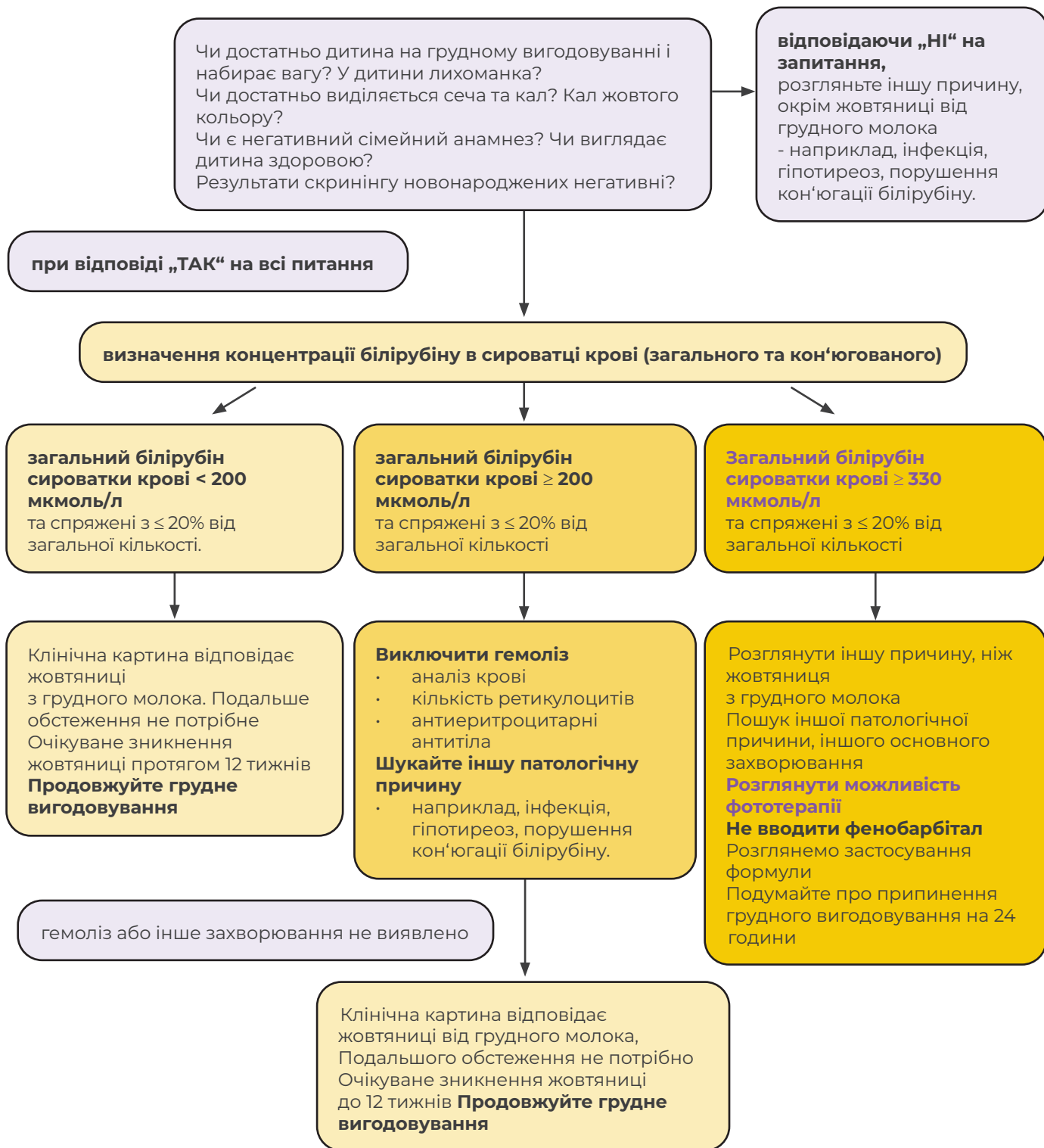


Жовтяниця новонароджених після 2-го тижня життя

- якщо іктеричність видно у *немовляти на грудному вигодовуванні у віці 4-3 тижнів*, а у немовляти на штучному вигодовуванні – *у віці 2 тижнів*, це затяжна жовтяниця. У такому випадку важливо дослідити концентрацію загального та кон'югованого білірубину в сироватці крові, щоб виключити кон'юговану гіпербілірубінемію.
- якщо концентрація кон'югованого білірубину перевищує 17 мкмоль/л або становить більше %20 від загальної концентрації білірубину, необхідно провести гастроентерологічне обстеження.
- Некон'югована гіпербілірубінемія найчастіше зустрічається у немовлят на грудному вигодовуванні і зазвичай є так званою **жовтяницею грудного молока**. Вона є фізіологічною і може тривати до 12 тижнів.

- тривала жовтяниця у дитини, яка не перебуває на грудному вигодовуванні, але отримує суміші, вимагає більш детального обстеження.

Рекомендоване лікування тривалої гіпербілірубінемії



Використана література:

Kemper AR, Newman TB, Slaughter JL, et al: Перегляд клінічної настанови: Лікування гіпербілірубінемії у новонароджених 35 і більше тижнів гестації. Педіатрія 2022; 150(3): e2022058859. 10.1542/peds.2022-058859

Bratton S, Cantu RM, Stern M, et al. Жовтяниця грудного молока (виходжування) [оновлено 2023 січн. 17]. в: StatPearls [Інтернет]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 січн. Доступно за посиланням: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK568792/>

Гемангіома в амбулаторії лікаря загальної практики сімейної медицини для дітей та підлітків

MUDr. Даніела Сейнова, доктор філософії
KDHaO, NÚDCH, Братислава

Гемангіоми є одними з найпоширеніших доброякісних пухлин м'яких тканин у дитячому віці. Вони виявляються у 10% новонароджених.

В даний час гемангіоми відносять до судинних аномалій, які за класифікацією ISSVA (Міжнародного товариства з вивчення судинних аномалій) поділяються на судинні пухлини (гемангіоми) і судинні мальформації.

<https://www.issva.org/UserFiles/file/ISSVA-Classification2018-.pdf>

Факторами ризику гемангіом є: недоношеність (25-29 г.т.), низька вага при народженні (%25 недоношених дітей з низькою вагою при народженні < 1500 г), дівчатка, багатоплідна вагітність, старший вік матері, аномалії плаценти, прееклампсія, гестаційний діабет, ЕКЗ, куріння матері, підвищений ризик у братів і сестер з гемангіомами...).

За часом прояву розрізняють вроджені гемангіоми – вони присутні одразу при народженні, та інфантильні гемангіоми (ІГ), які з'являються пізніше, найчастіше протягом перших тижнів і місяців життя.

Залежно від зовнішнього вигляду та глибини ураження розрізняють поверхневі (капілярні), глибокі (кавернозні) та змішані гемангіоми. Рідкісним, але тим більш серйозним є ураження внутрішніх органів, особливо печінки.

Гемангіома має 3 стадії розвитку: проліферація, спокою, інволюція. ВГ зазвичай з'являються на 2-1-му тижні життя, але ніколи після 12-го тижня. Найшвидший ріст (фаза проліферації) відбувається в перші 12 тижнів життя, потім швидкість поступово знижується між 6 і 4 місяцями життя. Однак деякі сегментарні та глибокі гемангіоми мають активність росту навіть на 2-3-му році життя. У цей період швидкої проліферації слід також диференційовано діагностувати злоякісні новоутворення (саркоми м'яких тканин, нейробластоми...).

Більшість ІГ розвивається спонтанно. Спонтанна інволюція може тривати від кількох місяців до кількох років. Нещодавні дослідження показали, що 90% випадків ІГ зникають до 4 років.

Тим не менш, 10-15% випадків ІГ потребують раннього системного лікування. Наразі пропранолол (Гемангіол), що вводиться системно, є препаратом першого вибору в лікуванні тяжкої ІГ. Він показаний у проліферативному періоді – при гемангіомі, що загрожує життю або функціям, при виразковій гемангіомі, що супроводжується болем, при гемангіомі з ризиком постійного рубцювання або каліцтва.

Початок лікування препаратом HEMANGIOL припадає на період проліферації, тобто між 5 тижнями та 5 місяцями скоригованого віку.

Лікування тяжкого ІГ вимагає мультидисциплінарного підходу в умовах спеціалізованого відділення, а найважливішу роль у діагностиці та ранньому лікуванні відіграють педіатри.

Високий ризик ІГ Коли звертатися за терапією?

5 серйозних ризиків ІГ

гемангіома,
що загрожує
життю

гемангіома,
що загрожує
функціонуванню

ризик
виразки

ризик
залучення за
межами шкіри

ризик утворення
постійних шрамів



Референтна шкала оцінки дитячої гемангіоми (IHReS), яка складається з відповідей на запитання, була розроблена для того, щоб допомогти у прийнятті рішення про те, коли слід направити дитину до спеціалізованої клініки:

Оцінка за направлення
IHReS

Інфантильний
Гемангіома

Ім'я дитини (ID)

Вік:

Дата виникнення ІГ: ___ / ___ / ___

Дитина направлена до спеціалізованої клініки ІГ:

ДАЙТЕ ВІДПОВІДЬ НА НАСТУПНІ 6 ЗАПИТАНЬ, ПОСТАВТЕ ГАЛОЧКУ "ТАК" АБО "НІ"

Ускладнення або потенційний ризик ускладнень (виразка, порушення зору, проблеми з харчуванням, стридор). Так. Ні.

Центральна частина обличчя та/або вуха. Так. Ні.

Область грудей (дівчата). Для хлопчиків дайте відповідь "ні". Так. Ні.

Середня лінія попереково-крижового Так. Ні.

Розмір ≥ 4 см (локалізований або сегментарний). Так. Ні.

Кількість гемангіом ≥ 5 . Так. Ні.



ЯКЩО ХОЧА Б ОДНА З ПЕРЕРАХОВАНИХ ВИЩЕ СИТУАЦІЙ ПОЗНАЧЕНА "ТАК", БУДЬ ЛАСКА, НАПРАВТЕ ПАЦІЄНТА ДО СПЕЦІАЛІСТА В ЙОГО КЛІНІКУ.

ЯКЩО ВИ ВІДПОВІЛИ "НІ" НА ВСІ ЗАПИТАННЯ, БУДЬ ЛАСКА, ДАЙТЕ ВІДПОВІДЬ НА ЗАПИТАННЯ НА НАСТУПНІЙ СТОРІНЦІ.

Примітка: у випадку множинних гемангіом, оцінка повинна бути підрахована для кожної гемангіоми окремо.

**Інфантильний.
Гемангіома**
Оцінка за направлення IHRes

ПОЗНАЧТЕ КОЖНУ ХАРАКТЕРИСТИКУ "ТАК" АБО "НІ"

ЗАГАЛЬНИЙ БАЛ = СУМА ВСІХ БАЛІВ ЗА ОКРЕМИМИ ХАРАКТЕРИСТИКАМИ, ПЕРЕРАХОВАНИМИ НИЖЧЕ:

Характеристики	Опис			Оцінка Будь ласка, завжди враховуйте найвищий бал для оцінки кожної характеристики.
Розташований за адресою Гемангіома	Інша область обличчя, ніж та, що була згадана	<input type="radio"/> Так.	<input type="radio"/> Ні.	Якщо так: 3 бали
	Шия, зона підгузника, шкіра голови.	<input type="radio"/> Так.	<input type="radio"/> Ні.	Якщо так: 2 бали
Розмір найбільшої гемангіоми	≥ 1 см на іншій ділянці обличчя, окрім вищезгаданих.	<input type="radio"/> Так.	<input type="radio"/> Ні.	Якщо так: 3 бали
	2-4 см в іншій ділянці тіла, відмінній від згаданої вище.	<input type="radio"/> Так.	<input type="radio"/> Ні.	Якщо так: 2 бали
Поточний вік дитини	Дитині менше 2 місяців.	<input type="radio"/> Так.	<input type="radio"/> Ні.	Якщо так: 3 бали
	Дитина віком від ≥2 до ≤4 місяців, у неї спостерігається видиме прогресування гемангіоми протягом останніх 2	<input type="radio"/> Так.	<input type="radio"/> Ні.	Якщо так: 2 бали
ВСЬОГО				

Оцінка ≥ 4: БУДЬ ЛАСКА, НАПРАВТЕ ПАЦІЄНТА ДО СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ КЛІНІКИ. Оцінка < 4: НЕ СКЕРОВУЙТЕ ПАЦІЄНТА ДО СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ КЛІНІКИ. РОБИТИ НОВУ ОЦІНКУ/БАЛИ ПІД ЧАС КОЖНОГО ВІЗИТУ ПАЦІЄНТА.

Остаточне рішення про направлення пацієнта до спеціалізованої клініки ІГ приймається лікарем та батьками пацієнта.

SK-PFDC-06-2020-НІ-006

оступно онлайн за посиланням: https://www.solen.cz/incpdfs/inf-990000-9600_10_085.pdf

Висновки для практики:

- Немовлята з ВГ потребують інтенсивного спостереження. Зазвичай рекомендується, щоб інтервали між обстеженнями (у тижнях) дорівнювали віку дитини (у місяцях).
- У разі диференціально-діагностичних сумнівів виконати УЗД ураження
- ІГ високого ризику потребує невідкладного підходу (див. ММСП) – якщо ви вже розпочали діагностику, не чекайте завершення обстежень (кардіологія, УЗД черевної порожнини, офтальмологія тощо), а відправляйте дитину з незавершеними додатковими обстеженнями у спеціалізоване відділення (див. список нижче).
- Якщо дитина лікується Гемангіолом, лікар має "Посібник для батьків" з інформацією для батьків, яка допоможе їм у застосуванні препарату. Ви можете знайти його тут: https://www.sukl.sk/buxus/docs/Bezpecnost_liekov/Edukacne_materialy/Hemangiolo_Prirurucka_pre_opatrovatela.pdf
- Наприклад: Як потрібно годувати дитину під час лікування? Якщо дитина погано їсть, блює або у неї розвивається інша хвороба (наприклад, діарея або інфекція, наприклад, гастроентерит), пропустіть дозу. Не давайте дитині Гемангіол доти, доки вона знову не почне нормально їсти без блювання.
- Припиніть лікування та зверніться до лікаря, якщо у дитини з'явилися схожі на риніт симптоми, пов'язані з утрудненим диханням, та/або ви чуєте хрипи у дитини. Це може бути особливо пов'язано з бронхіальними інфекціями взимку.

- Місцеві заходи по догляду за раною:
Легка травма: компресія 12 -15 хв. (при тривалій кровотечі) + місцевий кровоспинний засіб (Сургіс-пон, Гелітаспан) + стерильний тампон. Більш серйозні травми: первинна допомога в домашніх умовах з подальшим хірургічним обстеженням у стаціонарі
- **Місцеве лікування** гемангіом (**місцеві бета-блокатори**) належить до компетенції фахівців з клінічним досвідом лікування гемангіом; місцеві кортикостероїди не рекомендуються.
- Використовуйте IHReS – направте дитину якомога раніше, в період проліферації, в ідеалі у віці 1-2 місяців, до спеціалізованої клініки.
- У Словаччині існують спеціалізовані робочі місця, які вже давно займаються діагностикою, моніторингом та лікуванням ІГ:

<p>Дитяча університетська лікарня з поліклінікою Банська Бистриця Námestie L. Свободи 4, 97409 Банська Бистриця Онкологічна амбулаторія доктора Терезії Станчокової Тел.: +421 48 4726 542</p> <p>Клініка дерматовенерології СЗУ MUDr. Соня Прилепкова Тел.: +421 484 413 686</p>	<p>Університетська лікарня Мартіна Колларова 2, 03659 Мартін Клінічна онкологічна амбулаторія MUDr. Міхаела Мургашова Тел: +21 434 203 806</p>	<p>Лікарня Святого Джеймса Str. Sv. Jakuba 21, 085 01 Bardejov Children's Department: поп. MUDr. Medrická Mária e-mail: bardejov.sk http://www.nsp-bardejov.sk/children's-department/</p>
<p>MUDr. Janette Rapčanová, R-Clinic s.r.o. Na hradbách 3, 085 01 Bardejov Тел: +421 948 481 544</p>		<p>Університетська лікарня Тренчин Леґіонерська 28, 911 71 Тренчин Кафедра педіатрії та неонатології прим. MUDr. Pavol Šimurka, к.м.н. у співпраці з MUDr. Томаш Копал Тел: +421 326 566 482</p>
<p>Університетська лікарня з поліклінікою J. А. Реймана Прешова Яна Холлего, 080 01 Пряшів Дерматовенерологічна поліклініка 2 – дитяча дерматовенерологія Тел: +421 51 701 155 1 – кожен Середа в амбулаторії MUDr. Petra Imlejšová Тел.: +421 51 701 158 6</p>	<p>Дитяча університетська лікарня Кошице Тр. SNP 1, 040 11 Кошице Амбулаторія дитячої гематології та онкології 2 Prim. MUDr. Viktória Halušková Тел.: +421 552 353 999</p> <p>КЛІНІКА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ, робоче місце Trieda SNP 1 MUDr. Janette Baloghová PhD. Тел.: +421 055 640 370 3 Тел.: +421 055 640 369 9 (повідомити про діагноз гемангіоми – першочерговий прийом)</p>	<p>Національний інститут дитячих хвороб Limbová 1, 833 40 Bratislava Відділення дитячої гематології та онкології MUDr. Даніела Сейнова, доктор філософії Тел.: +421 259 371 587</p> <p>Дитяча дерматовенерологічна клініка доц. MUDr. Dušan Buchvald, Ph.D. Тел: +421 2 59 371 284, 59 371 442</p>

Раціональний алгоритм діагностики алергічних захворювань органів дихання у дітей в амбулаторії ЗПСМ

проф. MUDr. Miloš Jeseňák, PhD.

Первинне відділення клінічної імунології та алергології, Університетська лікарня Мартіна, Відділення дітей та підлітків, Медичний факультет ім. Я. А. Коменського в Мартіні, Університет ім. Я. А. Коменського у Братиславі, Університетська лікарня Мартіна

Алергічні захворювання є найпоширенішою формою цивілізаційних хвороб, і їх частота зростає в усьому світі в усіх вікових групах. Наразі алергічними захворюваннями страждає близько третини населення. Бронхіальна астма є найпоширенішим хронічним респіраторним захворюванням у дітей дошкільного віку (з неалергічними, переважно вірусно-індукованими фенотипами та проміжними формами астми). Пізніше алергічний риніт (риносинусит, який іноді неправильно називають сінною лихоманкою) стає домінуючим алергічним захворюванням дихальних шляхів. З огляду на зростаючу частоту респіраторних алергічних захворювань у дітей та негативний вплив нелікованого або неправильно лікованого захворювання на стан здоров'я і якість життя постраждалої дитини, необхідно діагностувати ці захворювання на ранній стадії, а потім, у співпраці з фахівцем, проводити їх адекватне лікування. Наступні кроки необхідні при підозрі на алергічне респіраторне захворювання:

1. Аналіз історії хвороби:

- a) Сімейний анамнез** – особливо наявність алергічних захворювань у родичів першого ступеня спорідненості (батьки, брати і сестри);
- b) Епідеміологічний анамнез** – оцінка отриманих щеплень та їх повноти; завершення додаткової вакцинації проти грипу; частота респіраторних інфекцій протягом 12 місяців, їх характер, ускладнення та прояви; наявність в анамнезі свистячого дихання (хрипів) під час вірусних респіраторних захворювань та кількість цих нападів; наявність в анамнезі бронхопневмонії, бронхіту з обструктивним компонентом, ларингіту;
- c) Анамнез** – перинатальний період; постнатальна адаптація; недоношеність та штучна вентиляція легень у період новонародженості; застосування антибіотиків у період новонародженості; госпіталізації з приводу респіраторних захворювань; виникнення ранніх форм алергічних захворювань в рамках atopічного процесу – atopічний дерматит, харчова алергія;
- d) Соціальний анамнез** – пренатальний та постнатальний вплив сигаретного диму (підвищує ризик розвитку астми); опалення на твердому паливі; пліснява на стінах будинку; використання пір'яних подушок та ковдр; контакт з тваринами (собака, кішка, гризуни, кінь, пернаті) – в тому числі під час дозвілля; включення дитини в групу; заняття спортом та толерантність до навантажень;
- e) Алергологічний анамнез:** дані про алергічні реакції після прийому їжі, ліків, виникнення алергічних проявів з боку дихальних шляхів після контакту з певним повітряно-крапельним алергеном (наприклад, запилене середовище, перебування на природі, перебування в підвалах з наявністю плісняви тощо);

2. Поточна хвороба:

- a) Прояви алергічного риніту:** характер дискомфорту, його інтенсивність, стійкість; сезонні або цілорічні прояви – для сезонних, сезон, в який виникає дискомфорт, повторюваність симптомів в той же період в попередні роки;

б) Прояви бронхіальної астми: наявність рецидивуючих бронхіальних обструкцій (особливо на першому році життя) – часто в асоціації з вірусною інфекцією – запис в документації дитини слухових знахідок обструктивних явищ – особливо хрипів – дає дуже цінну вказівку; наявність постнавантажувальної задишки (у дітей молодшого віку це задишка або кашель після плачу, сміху, бігу або інших фізичних навантажень); характер кашлю (у випадку бронхіальної астми характерний нічний, сухий, нападаподібний кашель, а також постнавантажувальний кашель).

3. Фізичний огляд:

- а) Загальний atopічний габітус/конституція** – світла шкіра, світле волосся, прояви екземи, поява кропив'янки; atopічне „привітання“ (випинання кінчика носа); ореол очей; аденоїдна форма обличчя;
- б) Ніс** – закладеність носа, ринолалія, хропіння вночі, дихання ротом, нежить, сезонність дискомфорту;
- в) Очі** – подразнення кон'юнктиви, екзема на віях, виділення з очей, сезонність дискомфорту;
- г) Легені** – подовження видиху, обструктивні явища (особливо хрипи на піку видиху), кашель та його характер (примітка: у більшості дітей з астмою фізикальні показники у стані спокою є фізіологічними)

4. Консиліативне обстеження:

- а) ЛОР** – виключення вогнищ в ЛОР-області – особливо аденоїдних вегетацій (Примітка: при наявності чітких показань до аденотомії бажано виконати її і не відкладати до огляду алерголога);
- б) Рентгенографія грудної клітки** за клінічними ознаками, при інфекціях нижніх дихальних шляхів; при підозрі на вроджені аномалії дихальних шляхів.

5. Лабораторні дослідження перед направленням до алерголога:

- а) Імуноглобуліни** – IgG, IgA, IgM; *не потрібно досліджувати* загальний IgE (це неспецифічний маркер, який має обмежене значення і не дає нічого суттєвого в діагностиці алергічних захворювань);
- б) Загальний аналіз крові та диференціальна лейкограма** – еозинофілія – маркер хронічного алергічного та неалергічного запалення; **лімфопенія** або нейтропенія – при імунних порушеннях;
- в) Специфічна панель IgE** – при підозрі на інгаляційну алергію слід провести базове тестування щонайменше 9 інгаляційних алергенів: **береза** (або суміш березових дерев); **тимофіївка** (або суміш трав); **амброзія; полин; собака; кішка; кліщі** (*Dermatophagoides pteronyssinus* і *Dermatophagoides farinae*); плісняві гриби – *Alternaria alternata*. Залежно від медичного страхування дитини, можна також додати платан, плісняві гриби (*Aspergillus fumigatus* і *Cladosporium herbarum*) або інший передбачуваний алерген (наприклад, кінь, індичка і т.д.). (Примітка: Загальна медична страхова компанія і Союзна медична страхова компанія оплачують специфічне тестування IgE на 20 алергенів один раз на квартал; медична страхова компанія Довера оплачує тестування на 10 алергенів один раз на рік. Дане обстеження також може бути показане за спеціальністю 007 – педіатр і 008 – загальна лікарська допомога дітям і підліткам).
- г) При стійкому кашлі** доцільно доповнити **серологічне обстеження (IgA, IgM, IgG) на атипівні збудники** – *Mycoplasma pneumoniae* та *Chlamydia pneumoniae*. У невакцинованих дітей або дітей з попереднім щепленням від кашлюку (наприклад, перед майбутньою ревакцинацією) бажано також подумати про кашлюк.

6. Терапія алергічних захворювань в амбулаторії ЛДЗ складається з місцевої та системної протиалергічної терапії, комплементарної терапії та режимних заходів:

а) Протиалергічне лікування:

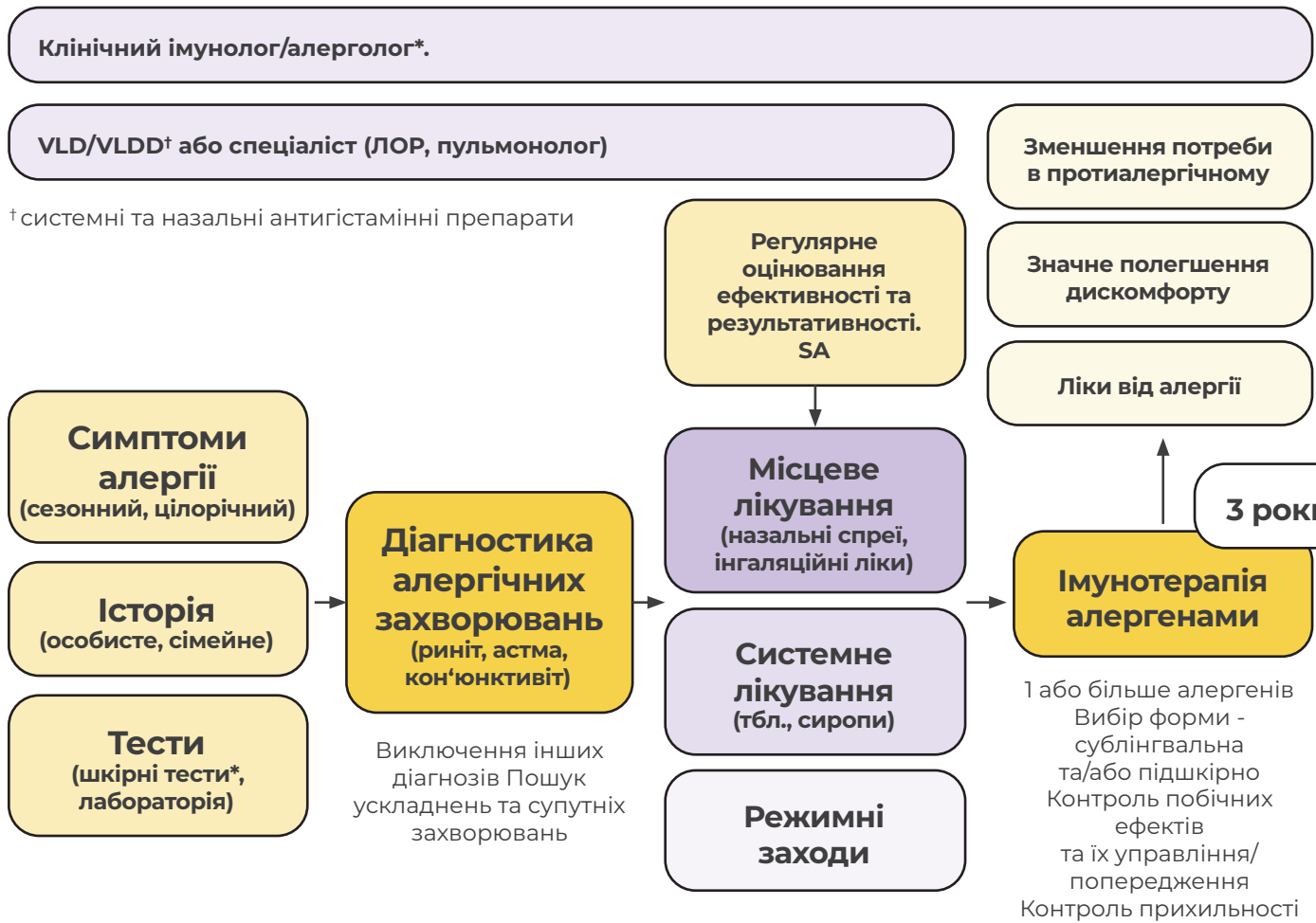
- i Сучасні неседативні антигістамінні препарати** – дезлоратадин, рупатадин, левоцетиризин, біластин або з більш старих – цетиризин – відповідно до віку у формі сиропу, ородиспергованої форми або класичної таблетованої форми. *При лікуванні алергічних проявів з боку дихальних шляхів не слід застосовувати седативні та антигістамінні препарати першої лінії, і навіть комбінації антигістамінних препаратів.* Антигістамінні препарати першого покоління не мають значних протиалергічних ефектів у порівнянні з сучасними молекулами, але мають незрівнянно більше побічних ефектів, навіть при короткочасному застосуванні. Антигістамінні препарати не викликають звикання, тому немає необхідності переходити з однієї молекули на іншу через певний проміжок часу. У разі недостатнього ефекту при значних алергічних проявах можна тимчасово використовувати підвищену дозу сучасного антигістамінного препарату – до -4 разів від стандартної дози.
- ii Інтраназальний антигістамінний препарат** – азеластин (також можливе призначення за педіатричним кодом);
- iii** При значних ускладненнях як екстрене рішення – **місцеві кортикостероїди** – безрецептурні форми (мометазон, флутиказон);
- iv** Протинабрякові препарати є крайнім засобом при значному дискомфорті в носі і не повинні застосовуватися довше 7-5 днів.
- v Очні краплі** – безрецептурні краплі, що містять антигістамінний засіб і, можливо, краплі на основі ектоїну.

б) Додаткова терапія:

- i** Регулярно **промивайте ніс** сольовими розчинами;
- ii Вітамін D;**

7. Направлення дитини на обстеження до клінічного імуноалерголога:

- а) Припинити прийом** антигістамінного препарату **приблизно за 7-10 днів** до клінічного обстеження у зв'язку з реакцією на шкірний прик-тест (антигістамінний препарат впливає на реактивність шкіри);
- б) Метою алергологічного тестування** є не тільки підтвердження/виключення алергічних респіраторних захворювань, але й корекція лікування, оптимізація місцевої та системної протиалергічної терапії і, **перш за все, призначення алергенної імунотерапії**. Алергенна імунотерапія – це єдина на сьогоднішній день доведена лікувальна процедура, яка може вилікувати існуючу алергію, знизити ризик розвитку нової алергії, а також розвиток бронхіальної астми. Чим раніше її розпочати (нижня вікова межа – 5 років), тим кращий ефект вона має. Алергенну імунотерапію слід розглядати у кожної дитини з респіраторною алергією та підтвердженим причинним алергеном або декількома алергенами. Лікування триває щонайменше 3 роки.
- с) Кожну дитину з підтвердженим алергічним ринітом (алерген підтверджено в лабораторії) педіатр повинен направити на спеціалізоване обстеження. Метою спеціалізованого обстеження є не лише встановлення діагнозу та оптимізація лікування, але, перш за все, призначення алергенної імунотерапії.** Остання має найкращий ефект при ранньому початку (від 5 років), оптимально у моно- або бісенсібілізованої дитини. До огляду у спеціаліста дитину веде і лікує педіатр. Неправильно „задовольнятися“ лише симптоматичним лікуванням легких форм алергічного риніту, оскільки будь-яке захворювання має тенденцію до прогресування, як з точки зору тривалості симптомів, їх інтенсивності, так і приєднання нових алергенів.
- д) Щодо вакцинації – практичні поради:**
 - i Діти з респіраторною алергією не мають протипоказань до будь-яких щеплень, як живими, так і неживими вакцинами** – в рамках національної програми імунізації або додатковими вакцинами.



- ii **Ми не робимо щеплення під час гострого загострення алергічного захворювання**, відкладаємо вакцинацію приблизно на 2 тижні після стабілізації стану. Невиправдано відкладаючи вакцинацію, ми наражаємо дитину на ризик інфікування, що може призвести до загострення самого алергічного захворювання.
- iii **Додаткові щеплення включають вакцинацію проти грипу** для профілактики респіраторних алергій та **вакцинацію проти вітряної віспи** для профілактики atopічного дерматиту.
- iv **Під час вакцинації не потрібно припиняти протиалергічне лікування, як системне, так і місцеве.**
- v. **Якщо дитині призначена алергенна імунотерапія – у сублінгвальній формі, лікування не переривається** і дитина вакцинується без обмежень. Якщо дитина отримує **депо-підшкірну імунотерапію алергеном** (наприклад, Алутард) – доцільним є інтервал 7 днів до і після вакцинації; у випадку **алерготерапії** (серія Поллінекс) – вакцинацію можна проводити або через 2 тижні після введення препарату, або за 2 (неживі вакцини) чи 4 тижні (живі вакцини) до введення препарату Поллінекс.
- vi **Алергія на яєчний білок (навіть у найважчих формах) не є протипоказанням для вакцинації КПК** – вакцинація проводиться в клініці VLDD з подальшим спостереженням за дитиною через 30 хв після щеплення.

Література:

- Єсняк М. та ін.: Сучасна педіатрична пропедевтика. Братислава: A-medi management, 2023, 1-е видання, 472 с.
- Єсенак М., Урбанчикова І. та ін. Вакцинація в особливих ситуаціях – 2-е доповнене та перероблене видання. Прага: Mladá Fronta a.s., 2019, 480 ss.

Харчова алергія

MUDr. Зузана Реннерова PhD, MBA

Кафедра дитячої пневмології та фізотерапії, медичний факультет, SZU та NÚDCH

В останні десятиліття спостерігається зростання харчової алергії, зокрема, збільшення множинної харчової алергії або важких реакцій на їжу. З іншого боку, хоча ми говоримо про зростання харчової алергії, її поширеність не є високою – 6-8% у немовлят і поступово зменшується з віком. Водночас, серед батьків стало дуже популярним шукати кореляцію між різними суб'єктивними чи об'єктивними скаргами дітей та їжею. Педіатр часто стикається з непростим завданням об'єктивізувати скарги дитини та оцінити, чи може це бути харчова алергія або інші клінічні прояви, пов'язані з їжею (целиакія, непереносимість лактози...). Мета цієї статті – допомогти педіатрам у діагностиці та призначенні лікування пацієнта з харчовою алергією.

Насамперед необхідно уточнити термінологію, оскільки такі поняття, як харчова непереносимість і харчова алергія, часто плутають. Загалом, різні побічні реакції на харчові продукти називають реакціями гіперчутливості. Вони поділяються на велику групу харчової непереносимості та меншу групу харчової алергії, які зумовлені імунологічною реакцією на відповідний харчовий продукт (Таблиця 1). Характерним для харчової алергії є те, що вживання навіть мінімальної кількості причинного продукту завжди викликає клінічну реакцію. З іншого боку, при харчовій непереносимості необхідне вживання більшої кількості продукту, а реакції не є однорідними.

Хоча теоретично алергеном може бути будь-який білок, 95% алергічних реакцій викликані алергією на 8 видів продуктів харчування – коров'яче молоко, яйце, пшеничне борошно, сою, арахіс, рибу, морепродукти, горіхи. У дітей раннього віку молоко, яйця та пшеничне борошно є найпоширенішими тригерами алергії, пізніше на перший план виходять фрукти та овочі або горіхи внаслідок перехресної алергії з пилковими алергенами.

Прояви харчової алергії різноманітні, починаючи від шкірних проявів, через ураження шлунково-кишкового тракту, дихальної та серцево-судинної систем, до найважчої форми – анафілаксії (Таблиця 2). Симптоми можуть уражати 1 орган або систему, але зазвичай поєднуються один з одним. За швидкістю появи симптомів розрізняють реакції негайного типу, які виникають протягом декількох хвилин, максимум до 2 годин після вживання їжі, та реакції уповільненого типу, які починаються через 4-6 годин після контакту з алергеном і можуть тривати протягом декількох днів. Спрощено можна сказати, що негайні реакції є IgE-опосередкованими, а сповільнені реакції – не IgE опосередкованими та змішаними.

Ураження **шлунково-кишкового тракту при IgE-опосередкованому типі харчової алергії** може проявлятися блюванням, гастритом, діареєю, гострим болем у животі. Не IgE-опосередковані захворювання, такі як ентероколіт та проктоколіт, викликаний харчовими білками, з'являються в ранньому дитинстві, особливо у вигляді алергії на коров'яче молоко. Типовим проявом є домішки крові та слизу у випорожненнях, які швидко зникають при елімінаційній дієті. Еозинофільний езофагіт, гастроентерит і проктоколіт викликаються змішаним механізмом. Симптоми, що вказують на можливу харчову алергію, включають повторне блювання, зригування, періодичний біль у животі, дисфагію, діарею, коліки, ректальну кровотечу, випорожнення зі слизом, кров'ю, закрепи, відставання в рості та втрату ваги. З іншого боку, ізольований біль у животі без інших проявів рідко є єдиним проявом харчової алергії. При рецидивуючому або постійному болю в животі першим кроком у диференціальній діагностиці не повинен бути пошук харчової алергії.

У підлітків і дорослих синдром оральної алергії (СОА) є поширеним проявом. СОА виникає після контакту слизової оболонки порожнини рота з певними продуктами рослинного походження через

Таблиця 1. Класифікація побічних реакцій на харчові продукти

Харчова гіперчутливість	
Харчова алергія	Харчова непереносимість
<ul style="list-style-type: none"> Опосередкований IgE 	<ul style="list-style-type: none"> токсичні реакції (наприклад, сромбоїд, афлатоксин, глюкозинолати, сакситоксин)
<ul style="list-style-type: none"> не опосередковані IgE 	<ul style="list-style-type: none"> ферментативні дефекти (наприклад, непереносимість лактози, фруктози, гістаміну)
<ul style="list-style-type: none"> змішані (опосередковані IgE та не опосередковані IgE) 	<ul style="list-style-type: none"> фармакологічно активні речовини (наприклад, тирамін, гістамін, інші вазоактивні аміни)
	<ul style="list-style-type: none"> продукти, що містять гістамінолібератори (наприклад, кофеїн, етиловий спирт, полуниця, шпинат)

Перехресну реакцію між цими харчовими алергенами та інгаляційними алергенами (найчастіше це алергени пилку берези та кісточкових фруктів, таких як вишня, абрикос, персик або морква). Клінічні прояви ОАС включають свербіж піднебіння, губ і язика, іноді з набряком, відчуття стороннього тіла в горлі, а також ринорею, закладеність носа і свербіж кон'юнктиви.

Респіраторні прояви харчової алергії здебільшого зумовлені IgE-механізмом, включаючи прояви алергічного риніту, бронхіальної астми. Вони рідко виникають ізольовано, зазвичай одночасно уражається шлунково-кишковий тракт або шкірна система. Залучення дихальної системи після потрапляння алергену в організм (особливо прояви бронхіальної астми) створює підвищений ризик розвитку анафілактичної реакції в майбутньому.

Шкірні прояви харчової алергії включають свербіж шкіри, кропив'янку, ангіоневротичний набряк та atopічну екзему. Гостра кропив'янка зазвичай має парінфекційне походження, але також може бути проявом IgE-опосередкованої харчової алергії, часто виникає в поєднанні з ангіоневротичним набряком. У цьому випадку чіткий зв'язок між споживанням алергену та проявом гострої кропив'янки є анамнестичним. У розвитку atopічної екземи беруть участь як IgE, так і не-IgE механізми. Хоча atopічна екзема асоціюється з харчовою алергією у широких верствах населення, а часто і в професійному середовищі, цей зв'язок присутній в основному на першому році життя (за даними деяких авторів до 50-75%), а в подальшому зв'язок з їжею вже не є частим. Тому у немовлят з персистою екземою, яка погано піддається традиційному місцевому лікуванню, завжди слід розглядати харчову алергію. Хоча батьки часто благають виключити харчову алергію при акне або себорейному дерматиті, ці захворювання не пов'язані з харчовою алергією.

Серцево-судинні прояви не виникають самі по собі, вони присутні при тяжких алергічних реакціях у поєднанні із залученням інших систем, у найтяжчому випадку як частина анафілаксії. **Анафілаксія** визначається як важка, гостра, небезпечна для життя генералізована або системна реакція гіперчутливості, викликана вивільненням медіаторів з тучних клітин і базофілів. Найважчою формою анафілаксії є анафілактичний шок. У повній клінічній картині анафілактичної реакції спостерігається поєднання бронхоспазму, обструкції верхніх дихальних шляхів, артеріальної гіпотензії, кропив'янки та свербіжу. Будь-який пацієнт, який одного разу пережив анафілактичну реакцію, знаходиться під постійним ризиком її повторення і тому повинен бути забезпечений аптечкою для надання невідкладної допомоги.

Діагностика харчової алергії

Правильна діагностика харчової алергії необхідна не тільки для правильного лікування, але й для уникнення непотрібних елімінаційних дієт. Основою діагностики є детальний збір анамнезу з подальшим підтвердженням або виключенням IgE-опосередкованої

Таблиця 2. Клінічні прояви харчової алергії

Клінічні прояви харчової алергії		
	Ранні симптоми – опосередковані IgE Прояви зазвичай протягом декількох хвилин	Пізні симптоми – не опосередковані IgE, комбіновані Прояви через кілька годин
Шкіра	свербіж, кропив'янка, ангіоневротичний набряк – губи, обличчя, періорбітальна ділянка	свербіж, еритема, атопічна екзема
Дихальна система	чхання, виділення або закладеність носа, кон'юнктивіт, кашель, хрипи, задишка	
Шлунково-кишковий тракт	ангіоневротичний набряк, свербіж у ротовій порожнині нудота, блювання, діарея, коліки, біль у животі	шлунково-стравохідний рефлюкс, часті випорожнення, діарея, кров і слиз у випорожненнях, біль у животі, коліки у немовлят, закрепи, відмова від їжі, затримка росту
Інші прояви	Анафілаксія	

алергії за допомогою шкірних тестів та специфічних IgE з подальшим визначенням специфічних IgE до окремих компонентів алергену (рекомбінантних алергенів). У випадку не IgE-опосередкованої алергії ми не маємо стандартизованих тестів для підтвердження алергії. У деяких випадках, в рамках більш детального алергологічного обстеження гологічне обстеження може бути доповнене нестандартними тестами, такими як атопічний патч-тест, тест на активацію базофілів або тест на трансформацію лімфоцитів. При всіх типах алергії для підтвердження алергії необхідно провести елімінаційний тест, а потім експозиційний тест (рис. 1).

Основою діагностики є детальний **анамнез**. У сімейному анамнезі ми шукаємо прояви харчової алергії або іншого атопічного захворювання у найближчих родичів (батьків, братів і сестер). В особистому анамнезі також з'ясовуємо наявність інших алергічних захворювань, збираємо детальний анамнез харчової симптоматики – швидкість виникнення клінічних проявів від прийому їжі, тривалість, тяжкість, частоту симптомів, відтворюваність симптомів при повторному контакті. Ми шукаємо можливий алерген шляхом точного аналізу меню в період, що передує клінічним проявам, розпитуємо про спосіб приготування їжі (сира, варена, смажена, запечена). Також важлива кількість алергену, необхідна для індукції клінічних проявів. Ми з'ясовуємо наявність інших факторів, які можуть індукувати або посилювати клінічні прояви, таких як фізичне навантаження, прийом ліків, наявність інфекції. Оскільки багато пацієнтів пробують різні елімінаційні дієти до звернення до лікаря, корисно визначити реакцію на таку елімінацію або подальший повторний вплив. У пацієнтів з нечітким зв'язком клінічних проявів з причинним алергеном корисно вести харчові щоденники. Пацієнти записують у щоденник всі вжиті продукти та напої, а також клінічні прояви. Доцільно також додати вказівку на фізичну активність пацієнта.

Фізикальні дані залежать від клінічних проявів, вони не є однозначними, окремі можливі прояви захворювання перераховані вище.

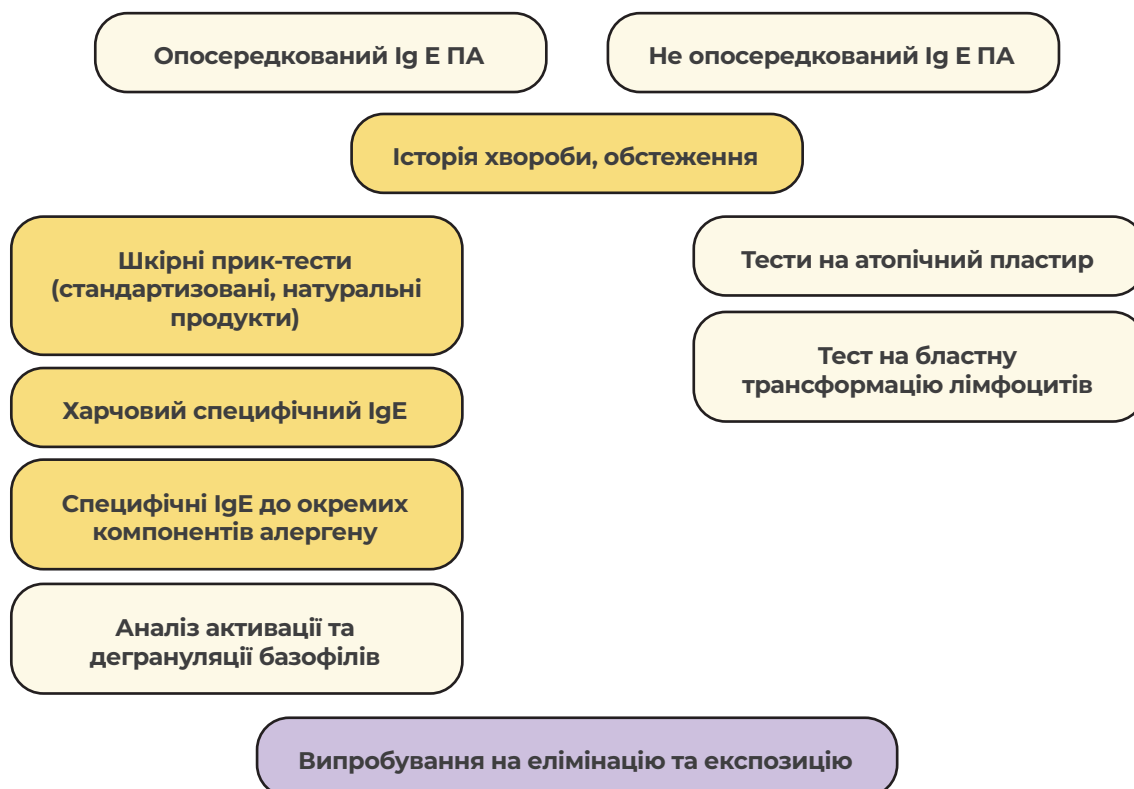
На основі анамнезу та клінічних проявів можна визначити ймовірну харчову алергію, особливо IgE-опосередковану. У разі важкої реакції пацієнту слід якомога швидше встановити адреналінову ручку. З іншого боку, підтвердження алергії за допомогою специфічних антитіл IgE або шкірних тестів слід проводити не раніше, ніж через 4 тижні після реакції, щоб уникнути хибнонегативних результатів.

У немовлят з підозрою на харчову алергію педіатр повинен провести елімінаційний тест з подальшим тестом на експозицію – зазвичай підозрюють алергію на білок коров'ячого молока. Якщо дитина перебуває на грудному вигодовуванні, необхідна елімінація білка з боку матері, тобто сувора безмолочна дієта з боку матері. Якщо дитина не на грудному вигодовуванні, педіатр може призначити 12 пакетиків екстенсивно активного гідролізату або амінокислотну суміш. Амінокислотну суміш призначають особливо у випадках тяжкої алергії, що проявляється у вигляді тяжких шкірних або респіраторних проявів, полівалентної харчової алергії, тяжкої ентеропатії з гіпопротеїнемією, відставання у розвитку, після подолання анафілактичної реакції після споживання коров'ячого молока. Якщо клінічний стан не покращується (при передбачуваній не IgE алергії протягом 8 тижнів), дієту слід припинити. Елімінацію слід завершити проведенням прик-тесту. Його не слід проводити, якщо дієта була призначена для лікування тяжкої гострої реакції. У такому випадку необхідно провести алергологічне тестування та подальше спостереження за пацієнтом для оцінки ризику розвитку тяжкої реакції або толерантності.

Необхідно підкреслити, що визначення специфічних антитіл IgG, IgA, IgM не служить для діагностики харчової алергії.

Основою діагностики харчової алергії в амбулаторії лікаря-педіатра первинної ланки має бути детальний збір анамнезу з виключенням і, відповідно до клінічних проявів дитини, з подальшим проведенням експозиційного тесту, на підставі вищезазначеного. Обстеження може бути доповнене визначенням специфічних антитіл IgE, але не рекомендується одночасно досліджувати велику кількість харчових алергенів. У дітей молодшого віку можна досліджувати найпоширеніші алергени, такі як коров'яче молоко, яєчний білок, пшеничне борошно або соя і арахіс. Інші алергени підбираються строго відповідно до клінічних проявів. Дослідження специфічних IgE до окремих компонентів адресується спеціалісту, який оцінить необхідність цього обстеження та подальшу інтерпретацію результатів.

Рисунок 1 Діагностика харчової алергії



Лікування харчової алергії

Основою лікування харчової алергії є сувора елімінаційна дієта з виключенням алергену з раціону у всіх непереносимих формах. Деякі пацієнти зі значними клінічними проявами не переносять навіть слідів алергену; з іншого боку, багато пацієнтів переносять невеликі кількості алергену або переносять його в приготованому вигляді. У дітей після періоду елімінації часто виникає толерантність до алергену, тому необхідно повторно оцінювати стан пацієнта 1-2 рази на рік (для призначення штучних молочних сумішей з глибоким гідролізом і сумішей на основі амінокислот необхідна експозиція 6 місяців). Якщо суворої елімінації недостатньо для повного контролю симптомів, може застосовуватися додаткове фармакологічне лікування залежно від клінічних проявів (антигістамінні препарати, антилейкотрієни, анти-IgE терапія).

Будь-який пацієнт з ризиком анафілактичної реакції повинен бути забезпечений адреналіном у формі автоін'єктора (2 упаковки). Пацієнт повинен бути повторно проінструктований про використання автоін'єктора. У разі виникнення анафілактичної реакції важливо розпочати лікування якомога швидше після появи симптомів. Основним методом лікування є внутрішньом'язове введення адреналіну та швидке транспортування до медичного закладу з подальшим лікуванням анафілактичної реакції.

Профілактика харчової алергії

Педіатр також повинен знати про можливості профілактики харчової алергії, тому ми коротко окреслимо сучасні рекомендації:

- Не рекомендується дотримуватися безалергенної дієти під час вагітності, грудного вигодовування, а також дитині в перший рік життя
- Рекомендується різноманітна дієта як для матері, так і для немовляти
- Рекомендується не давати замітники грудного молока в перший тиждень життя дитини
- Рекомендується вводити прикорм між 4.-6. місяця, включаючи введення в раціон немовляти яєць в добре звареному стані
- Рекомендується раннє введення арахісу в раціон немовлят у популяції з високим ризиком алергії на арахіс
- Введення гіпоалергенних – частково гідролізованих формул не рекомендується для профілактики алергічних захворювань


Оскільки ми неодноразово отримуємо запитання про вакцинацію дітей з харчовою алергією, слід зазначити, що діти з харчовою алергією можуть отримувати всі обов'язкові щеплення без обмежень.

Висновок

Суб'єктивно відчутний дискомфорт після вживання різних продуктів є дуже поширеним явищем. Пацієнтів часто піддають різноманітним, безцільним дієтам. З іншого боку, нерозпізнавання харчової алергії та недотримання безалергенної дієти може призвести до важкої системної алергічної реакції. Тому діагностиці харчової алергії слід приділяти достатньо уваги, щоб підтвердити або виключити її наявність. Отже, пацієнт і батьки повинні бути детально проінструктовані про правильну елімінаційну дієту і про розпізнавання ознак можливої системної реакції за допомогою введення адреналіну у вигляді автоін'єктора.

Педіатр повинен знати:

- Оцініть можливість харчової алергії відповідно до історії хвороби

- 
- Оцінити ризик важкої реакції після вживання продукту, необхідність термінового проведення алергологічного тестування
 - Провести елімінаційний тест (особливо коров'ячого молока у немовлят), відповідно до попередніх клінічних проявів, та повторний експозиційний тест (не на попередню системну реакцію). Найчастіше педіатр проводить тест на експозицію при алергічному проктоколіті у немовлят
 - Дайте основні рекомендації щодо усунення можливого алергену
 - Направити на імуноалергологічне обстеження у зв'язку з харчовою алергією будь-якого пацієнта після анафілактичної реакції, після генералізованої шкірної реакції з підозрою на харчову алергію, пацієнта з тяжкою формою atopічної екземи віком до 1 року, який не реагує на рутинне лікування atopічної екземи

Література:

1. Фукс М. та ін. Харчова алергія та непереносимість. Mladá fronta a.s., Praha 2016, ss 447.
2. Halken S, Muraro A, de Silva D та ін. Настанова EAACI: Профілактика розвитку харчової алергії у немовлят та дітей раннього віку (оновлення 2020 року). *Pediatr Allergy Immunol.* 2021 Jul;32(5):843-858
3. Єсеняк М., Сєпова Р. Міфи про харчову алергію, факти, реальність. SAMEDI, Братислава 2012, ss 123.

Актуальні рекомендації щодо постконтактної хіміопрфілактики у контактних осіб з інвазивною менінгококовою хворобою

RNDr. Анна Кружлікова

Національний референс-центр менінгококів Інституту менінгококових захворювань
Словацької Республіки

1. Усім особам, які перебували в тісному контакті з хворою людиною більше однієї години на день, слід пройти антибіотикопрфілактику, яка спрямована на запобігання захворюванню серед близьких контактів.
2. Рішення про призначення хіміопрфілактики не повинно ґрунтуватися на носоглотковій культурі близьких контактів та їхньому щепленому статусі.
3. Прфілактичне введення АТБ ідеально підходить протягом 24 годин після контакту з інвазивною менінгококовою інфекцією.
4. Прфілактичне введення АТБ також рекомендується при тісному контакті з хворим на гнійний менінгококовий кон'юнктивіт для запобігання розвитку вторинної менінгокової інфекції.
5. Для хіміопрфілактики близьких контактів можна використовувати антибіотики: рифампіцин (RIF), ципрофлоксацин (CIP), цефтриаксон (CTR), азитроміцин (AZI), цефіксим (CFX), які на 98-100% ефективно знищують менінгококи в носоглотці також і в Словаччині.
6. CTR, CFX, AZI особливо рекомендовані для маленьких дітей, вагітних, та жінок, що годують груддю, через їхню меншу токсичність.
7. Виписані пацієнти, які залишаються носіями, можуть становити ризик для своїх близьких контактів, наприклад, членів спільного домогосподарства. Якщо для лікування пацієнта в лікарні з інвазивною менінгококовою інфекцією застосовується інший АБТ, ніж цефотаксим (CTX) або CTR, то до закінчення госпіталізації призначити хіміопрфілактику для повної ерадикації носія з використанням CIP, AZI, CTR, RIF.
8. Хіміопрфілактику слід також проводити близьким контактам, які були вакциновані в минулому, через можливість низького рівня антитіл у сироватці крові, а також якщо на момент хіміопрфілактики серогрупа збудника не була визначена.

Вік	Тип АТБ	Партія	Інтервал	Додатки
Діти < 1 року	Рифампіцин Цефіксим	10 мг/кг/добу 8 мг/кг/добу	12 годин (2 дні) одна доза	П. О. п. о.
Діти > 1 року	Рифампіцин Цефіксим (діти < 12 років) Цефіксим (діти > 12 років) Цефтриаксон (діти < 12 років) Цефтриаксон (діти > 12 років) Ципрофлоксацин (діти < 5 років) Ципрофлоксацин (діти 5-12 років) Ципрофлоксацин (діти > 12 років) Азитроміцин	10-20 мг/кг/добу 8 мг/кг/добу 400 мг/добу 125 мг 250 мг 20 мг/кг 250 мг 500 мг 10 мг/кг/добу – максимум 500 мг	12 годин (2 дні) одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза	п. о. п. о. п. о. і. м. і. м. п. о. п. о. п. о. П. О. П. О.
Дорослі	Рифампіцин Цефіксим Цефтриаксон Ципрофлоксацин Азитроміцин	600 мг/добу 400 мг/добу 250 мг 750 мг 10 мг/кг/добу максимум 500 мг	12 годин (2 дні) одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза	П. О. П. О. і. м. П. О. П. О.
Вагітна. та жінок, що годують груддю	Цефіксим Цефтриаксон Азитроміцин	400 мг/добу 250 мг 10 мг/кг/добу максимум 500 мг	одноразова. доза одноразова. доза одноразова. доза	П. О. і. м. п. о.

Рекомендації щодо носійства: якщо менінгокок культурно підтверджений у ГЗК одночасно з нормальною бактеріальною флорою, а пацієнт безсимптомний, лікування в цьому випадку не проводиться. Це носоглоткове носійство, яке зустрічається у кожній десятій людини. Носійство спонтанно починається через 6-9 місяців і може повторюватися, якщо людина має до цього схильність. У виняткових випадкахвилікуватись може лише носій, який перебуває у тісному контакті з людиною з імунодефіцитом, дефіцитом комплементу або іншим важким імунодефіцитом, що належить до групи ризику, в якій він перебуває вдома.

Якщо менінгокок висівається в лікворі у наймолодших дітей 2-0 років – це не є справжнім довготривалим носійством, а короткочасною колонізацією. Найменші діти не є носіями (не лікуються).

Місцеве захворювання: якщо менінгокок культурно підтверджений у носоглотці пацієнта в перевантаженому стані (масивні або дуже рясні знахідки) і не виявлено жодного іншого збудника (напр., у пацієнта, який перебуває в стані астми). У цьому випадку менінгокок розглядається як звичайний респіраторний патоген, який викликав місцевий катар і піддається лікуванню. Слід уникати застосування беталактамів.

Дитячий туберкульоз в педіатричній практиці

MUDr. Петер Ференц, доктор філософії,
MUDr. Томаш Страхан, доктор філософії.

Національний інститут дитячого туберкульозу і хвороб органів дихання ім. Ф.Г. Яновського

Туберкульоз (ТБ) – це загальне інфекційне захворювання, що викликається мікобактеріями **комплексу *Mycobacterium tuberculosis***, до якого входять *M. tuberculosis*, *M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti* і *M. pinnipedii*. В даний час в наших умовах зустрічається практично тільки захворювання, викликане *M. tuberculosis* (БК – паличка Коха). Основним органом ураження є легені, але туберкульоз може вражати будь-який орган. Резервуаром мікобактерії **туберкульозу** є хвора людина. Для хворої дитини це найчастіше близький, дорослий родич – мати, батько, бабуся, дідусь. Передача від дитини до дитини малоімовірна

- діти малобацилярні. Чим молодша дитина, тим рідше вона є джерелом інфекції для оточуючих. Заразність дітей старшого віку та підлітків вища, вона подібна до заразності дорослих.

Від цього залежить ймовірність зараження:

- фактори збудника (вірулентність, тривалість контакту, кількість набутого збудника)
- фактори хазяїна (поточний стан здоров'я, стан імунної системи, хронічні захворювання, імуносупресивне/біологічне лікування)

Інкубаційний період: від 2 місяців до 2 років.

Спосіб передачі:

- інгаляційним шляхом – вдихання інфікованих крапель легеневих або носових виділень
- ін'єкційний шлях – зараження при безпосередньому контакті з інфекційним матеріалом при порушенні цілісності шкірних покривів
- аліментарний шлях – передача з їжею – передача з молоком при туберкульозі великої рогатої худоби в минулому

Клінічні прояви:

- загальні: слабкість, втома, відсутність апетиту, втрата ваги, значна нічна пітливість і субфебрильна температура
- дихальні шляхи: хронічний, непродуктивний кашель, біль у грудях, кровохаркання
- лімфатична система: збільшення лімфатичних вузлів у ділянці шиї, пахвових западин, пахвинної ділянки; вузли збільшені, безболісні, фіксовані до основи, флюктуація, спонтанне переповнення, одностороннє виявлення
- шлунково-кишковий тракт: відсутність апетиту, втрата ваги, біль у животі, найчастіше в підреберній ділянці
- опорно-руховий апарат: найчастіше туберкульозний спондиліт грудного та поперекового відділів хребта; біль у спині, сплетіннях, парез, рухливість хребта
- центральна нервова система: базиллярний менінгіт – поява симптомів повільна, неспецифічні симптоми тривають 2-4 тижні; швидке прогресування неврологічної картини з порушенням свідомості – блювання, судоми, смерть

Коли можна запідозрити туберкульоз

- позитивний сімейний, епідеміологічний анамнез ТБ в сім'ї або оточенні – запитуйте повторно!!!
- проживання дитини в населеному пункті з підтвердженим туберкульозом – Велика Ломніца – Новий Двір, Гра- новніца, Островани, Яровніце, Міхаловце, Луник ІХ в Кошице, Бистрани...
- наявність в анамнезі хронічних скарг тривалістю не менше 3-4 тижнів: кашель, задишка, нудота, втрата ваги, нічна пітливість, субфебрилітет, біль у грудях, кровохаркання
- бронхопневмонія або пневмонія з поганою клінічною картиною, низькою запальною активністю, яка не піддається консервативному лікуванню АБТ
- **типіві рентгенологічні знахідки:**
 1. консолідація верхівкових сегментів легень або верхівкових сегментів нижніх ділянок (Малюнок 1)
 2. товстостінна ділянка розпаду (рис. 2)
 3. порожнина – каверна (рис. 3)
 4. міліарні туберкульозні вогнища (рис. 4), так звана „снігова легеня“
 5. **ОБЕРЕЖНО!** Негативний рентгенологічний результат не виключає туберкульоз; у немовлят та дітей молодшого віку – лише товстіші, більш акцентовані гіалінові розростання,

Подальша діагностика в амбулаторії пневмофтизіатрії або у відповідному відділенні NÚDTaRCH Dolný Smokovec:

- туберкулінова шкірна проба
- IGRA (аналіз вивільнення гамма-інтерферону)
- збір мокротиння, шлункового соку або інших біологічних рідин для мікроскопічного, ПЛР та культурального виявлення комплексу мікобактерій туберкульозу
- КТ легенів та середостіння, головного мозку, черевної порожнини
- інші обстеження гнучка фіброскопія, люмбальна пункція, консультація офтальмолога

Можливий результат:

- контакт: позитивний анамнез, негативні результати лабораторних та візуалізаційних тестів, хіміопротекція під час лікування на період, протягом якого зберігається ризик інфікування в домашньому середовищі.
- Латентна туберкульозна інфекція: позитивний анамнез, негативні візуалізаційні тести, але позитивний IGRA-тест або туберкулінова шкірна проба, 2 комбіновані протитуберкульозні препарати протягом 3 місяців, включені в лікування.
- активна туберкульозна інфекція: позитивний анамнез, клініка, лабораторні показники; стандартна тривалість лікування – початкова фаза 4 комбінації протитуберкульозних препаратів протягом 2 місяців, продовжувальна фаза лікування 2 комбінації протитуберкульозних препаратів протягом 4 – 10 місяців відповідно до тяжкості інфекції.

Відстеження контактів:

- дитина вважається в групі високого ризику, якщо підтверджено мікроскопічний позитивний результат *M. tuberculosis* в біологічному матеріалі
- тоді необхідно відстежити джерело інфекції, найчастіше це батьки, бабусі чи дідусі, і розширити подальше відстеження контактів за межі найближчого оточення.

Вакцинація БЦЖ

- Бацила Кальметта-Герена (БЦЖ) – це ослаблена жива вакцина, створена шляхом безперервного пасажування штаму *M. bovis*.

- Вакцина БЦЖ найбільш ефективна для наймолодших дітей.
- не захищає від захворювання на туберкульоз як такого, а лише від тяжких гематогенно-дисемінованих форм захворювання
- захищає від так званих нетуберкульозних мікобактеріозів
- ускладнення: утворення абсцесу в місці ін'єкції, пахвовий лімфаденіт, у поодиноких випадках – остеомієліт
- ревакцинація виявилася невиправданою і була скасована з 1.7.2010,
- у зв'язку з доброю епідеміологічною ситуацією з підвищеною частотою ускладнень після вакцинації БЦЖ, загальна вакцинація була припинена з 1.1.2012 р.
- наразі проходять вакцинацію:

Перелік дитячих пульмонологічних та фтизіатричних амбулаторій, які проводять первинну вакцинацію БЦЖ у дітей – оновлення від 1.11.2022

Амбулаторне відділення дитячої пневмології та фтизіатрії, Братислава-Под.Біскуп, (Національний інститут дитячих хвороб)

Клініка дитячої пневмології та фтизіатрії, NÚDCH та SZU Братислава - відокремлене робоче місце Podunajské Biskupice

MUDr. Katarína Kadlicová Krajinská
91,82105 Bratislava
Тел: +421259371570

Амбулаторія дитячої пневмології та фтизіатрії

MUDr. Juraj Jakubička Špitálska 9, 94901
Nitra Тел.: +421376513054

Амбулаторне відділення дитячої пневмології та фтизіатрії, Мартін (Університетська лікарня Мартін) Департамент у справах дітей та підлітків, JLF UK та UNM

MUDr. Ivona Vasmaňáková Kollárova 2,
03601 Martin Тел.: +421434203187

Амбулаторне відділення дитячої пневмології та фтизіатрії, Банська Бистриця, (Дитяча університетська лікарня з поліклінікою Банська Бистриця)

Магістр Бранко Такач, доктор філософії. Námestie Ludvika Svobodu 6818/4,
97409 Banská Bystrica
Тел: +421484726570

Амбулаторія дитячої пневмології та фтизіатрії (EURIGIA, s.r.o.)

MUDr. Mária Tamášová
Tatranské námestie 4582/6, 05801 Poprad
Тел.: +421903112747, +421524468539

Амбулаторія дитячої пневмології та фтизіатрії, м. Гуменне, (ACINUS, s.r.o.)

MUDr. Renáta Čabáková
Nemocničná 2430/41, 06601 Humenné
Тел.: +421574450631

Амбулаторія пневмології та фтизіатрії, м. Міхаловце, (PNEUMOMEDIK s.r.o.)

MUDr. Eva Babjaková
Špitálska 23, 07101 Michalovce
Тел: +421566443153

Амбулаторне відділення дитячої пневмології та фтизіатрії, Високі Татри, (Національний інститут дитячого туберкульозу і хвороб органів дихання ім. проф. Дольний Смоковець) Відділення дитячого туберкульозу та хвороб органів дихання, JLF UK та NÚDTaRCH, n. o. Dolný Smokovec

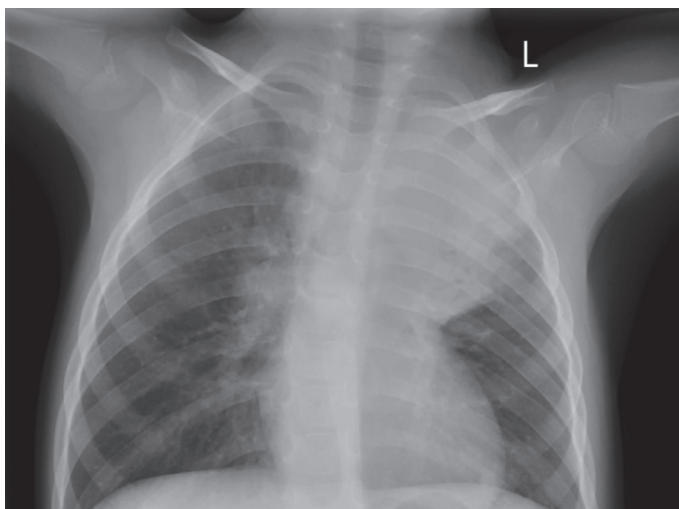
Доктор Петер Ференц, доктор філософії.
Dolný Smokovec 70, 05981 Vysoké Tatry
Тел: +421524412170

Центр кальметрії, Дитяча університетська лікарня Кошице

MUDr. Jana Smolová, MUDr. Ján Zhelezník
DFN Košice, Tr.SNP 1, 040 11 Košice
Тел: +42155/235 3548

1. діти, які перебувають у контакті з хворим на туберкульоз, якщо вони мають негативні результати тесту МТХ, ev. Тест IGRA та негативні результати флюорографії легень
2. Новонароджені, виписані в сім'ю з відомим анамнезом туберкульозу.
3. дітям за бажанням батьків, вакцинація не покривається державним медичним страхуванням; вакцинація БЦЖ рекомендована дітям із сімей, які проживають на територіях з відомими випадками туберкульозу, а також дітям, які подорожують до країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз; найчастіше вакцинують після вакцинації КПК у віці 15-18 місяців

Зображення 1: Верхівкова лобарна пневмонія зліва



Зображення 2: Двосторонній колапс легень



Зображення 3: Легенева каверна зліва

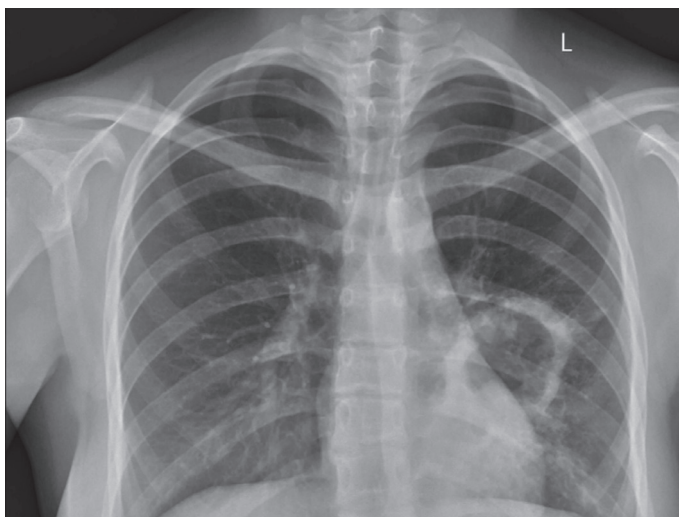


Рисунок 4: Міліарні туберкульозні вогнища



Використана література:

1. СОЛОВИЧ, Іван та ін.: Туберкульоз легень. Стандартна процедура. Опубліковано: https://www.health.gov.sk/Zdroje?/Sources/dokumenty/SDTP/standards/1-6-2020/110_PF_Tuberculosis_pluc.pdf
2. СОЛОВИЧ, Іван. Туберкульоз у фактах і картинках. Максдорф, 2019.
3. СТАРК, Джеффі Р.; ДОНАЛЬД, Пітер Р. (ред.). Посібник з дитячого та підліткового туберкульозу. Видавництво Оксфордського університету, 2016.

Посібник з оформлення Довідки про медичну придатність до занять спортом

MUDr. Олена Прокопова
PRO BABY s.r.o.

Інструкція про видачу сертифіката медичної придатності до занять спортом була затверджена Державним секретарем Міністерства освіти і науки з питань спорту, паном Бл. Річардом Немецем і генеральним директором спортивної секції Міністерства освіти і науки паном магістром Петром Дедіком, доктором філософії, доктором наук, професором, доктором медичних наук, доцентом. Петром Дедіком, доктором філософії.

Ми публікуємо цей посібник з дозволу Міністерства освіти і науки.

Рекомендації щодо медичної придатності видаються спортсмену на підставі Закону про спорт (Закон № 440/2015 Зб.) та пов'язаного з ним імплементаційного Декрету № 51/2015.

Із закону, який ми збираємо:

§ 4 Спортсмен

- (1) Спортсмен займається спортом як професійний спортсмен, спортсмен-аматор або як неорганізований спортсмен.
- (2) Професійний спортсмен і спортсмен-аматор займається спортом у спортивній організації, в якій він зареєстрований у реєстрі джерел.

(3) Професійний спортсмен, який займається спортом

- а) на підставі контракту на професійну спортивну діяльність або іншого контракту, якщо він/вона займається спортом для спортивної організації як самозайнята особа згідно з пунктом (с),
- б) на підставі трудових відносин або подібних трудових відносин згідно з соціальним законодавством 4) у відомчому спортивному центрі або
- с) як самозайнята особа.

(4) Спортсмен-любитель, який займається спортом

- а) на підставі договору про аматорське заняття спортом, якщо
 1. обсяг занять спортом, навіть якщо він відповідає ознакам залежної роботи, не перевищує восьми годин на тиждень, п'яти днів на місяць або 30 днів на календарний рік,
 2. контракт не зобов'язує спортсмена брати участь у підготовці до змагань або
 3. виступає в одному або декількох споріднених змаганнях протягом короткого періоду часу,
 4. на основі контракту на підготовку талановитого спортсмена,
 5. на підставі договору про виконання роботи поза межами трудових відносин, або
 6. без контракту.

- (5) **Талановитий спортсмен** – це спортсмен віком до 23 років, який продемонстрував високий рівень таланту, спортивної майстерності та спортивних здібностей і включений до списку талановитих спортсменів.
- (6) **Діючий спортсмен** – це спортсмен, який протягом останнього року взяв участь щонайменше у трьох змаганнях, організованих спортивною організацією, за яку він/вона зареєстрований у вихідному документі; участь у змаганнях не вважається участю у змаганнях „спорт для всіх“.

§ 5

- (8) **Медична придатність спортсмена вищого рівня та талановитого спортсмена до занять відповідним видом спорту оцінюється лікарем зі спеціалізацією в галузі спортивної медицини на підставі проведеного ним медичного обстеження, а у випадку талановитого спортсмена – також лікарем зі спеціалізацією в галузі педіатрії. Спортсмен-любитель, який не є ні спортсменом вищої категорії, ні талановитим спортсменом, ні спортсменом спорту для всіх, займається спортом під власну відповідальність. Національна спортивна федерація, національна спортивна організація або інший організатор змагань може нормативним актом або в правилах змагань поставити умовою участі в змаганнях наявність у спортсмена медичного висновку про придатність до занять відповідним видом спорту.**
- (9) **Медичні процедури, які є частиною медичного обстеження спортсмена вищої категорії та талановитого спортсмена, не відшкодовуються державним медичним страхуванням;** це не застосовується, якщо це медичні процедури, які є частиною профілактичного обстеження відповідно до спеціального положення. 5)

§ 15 Спортивний клуб, організації змагань, а також для підготовки та участі окремих осіб або команд у змаганнях.

- (1) Для цілей участі у змаганнях, дисциплінарних цілей та цілей вирішення спорів об'єднання осіб за договором про асоціацію також вважається спортивним клубом, 11) якщо воно має призначеного відповідального представника.
- (2) **Спортивний клуб зобов'язаний забезпечити, щоб спортсмен найвищого рівня та талановитий спортсмен, який належить до його афілійованої особи, що займається видом спорту, який базується на фізичній активності, проходив медичне обстеження принаймні один раз на рік відповідно до § 5 (8) з метою оцінки їхньої медичної придатності для занять відповідним видом спорту. Спортивний клуб також зобов'язаний забезпечити проходження медичного огляду спортсменом, який є його членом, якщо національна спортивна федерація, національна спортивна організація або інший організатор змагань визначили в положенні або в правилах змагань умовою участі спортсмена в змаганнях демонстрацію медичної придатності до участі в них для спортивного клубу.**

НАКАЗ 51/2015 Міністерства освіти, науки, досліджень і спорту Словацької Республіки від 21 грудня 2015 року, який встановлює медичні процедури, що є частиною медичного попереднього огляду спортсмена вищої категорії та талановитого спортсмена

Міністерство освіти, науки, досліджень і спорту Словацької Республіки відповідно до статті 100(2) Закону № 440/2015 Зб. законів про спорт та про внесення змін і доповнень до деяких законів за погодженням з Міністерством охорони здоров'я Словацької Республіки встановлює:

§ 1 Медичні процедури, які є частиною медичного обстеження спортсменів вищих досягнень і талановитих спортсменів, перераховані в Додатку.

Додаток до Указу № 51/2016 Зб.

Медичні процедури, які є частиною медичного обстеження спортсмена вищого рівня

1. медичний анамнез (сімейний, особистий, спортивний, алергічний)
2. комплексне обстеження всіх систем органів
3. артеріальний тиск і частота пульсу (у стані спокою та під час фізичного навантаження)
4. базові антропометричні дослідження (зріст, вага, ІМТ, відсоток жиру)
5. **спірометричне обстеження (життєва ємність легень, сила видиху)**
6. **електрокардіографічне дослідження у спокої – 12 відведень**
7. дослідження крові – швидкість осідання еритроцитів, загальний аналіз крові та диференційний підрахунок лейкоцитів, біохімічний аналіз сечі та осаду, біохімічне дослідження (глікемія, сечовина, креатинін, креатинкіназа, печінкові проби, іонограма, залізо та залізовв'язуюча здатність)
8. **ергометрія (тестування на велоергометрі або килимі, що рухається) або спіроергометрія (тестування на велоергометрі або килимі, що рухається)**
9. оцінка придатності до занять відповідним видом спорту

Медичні процедури, які є частиною медичного обстеження талановитого спортсмена


1. медичний анамнез (сімейний, особистий, спортивний, алергічний)
2. комплексне обстеження всіх систем органів
3. артеріальний тиск і частота пульсу (у стані спокою та під час фізичного навантаження)
4. базові антропометричні дослідження (зріст, вага, ІМТ, відсоток жиру)
5. **спірометричне обстеження (життєва ємність легень, сила видиху)**
6. **електрокардіографічне дослідження у спокої – 12 відведень**
7. дослідження крові – швидкість осідання еритроцитів, загальний аналіз крові та диференційний підрахунок лейкоцитів, біохімічний аналіз сечі та дослідження осаду
8. **ергометрія (тестування на велоергометрі або килимі, що рухається)**
9. оцінка придатності до занять відповідним видом спорту

Висновок – довідка про медичну придатність:

1. **У випадку зі спортсменом вищого (професійного) рівня, який не є талановитим спортсменом** – відповідно до Закону про спорт № 440/2015 Зб. зак., **ТІЛЬКИ лікар-фізіотерапевт** може проводити медичне обстеження для визначення стану здоров'я спортсмена.

Для талановитих спортсменів – відповідно до Закону про спорт № 440/2015 Зб. зак., медичний огляд для визначення медичної придатності може проводити **фізіотерапевт** або **педіатр**.

2. **Педіатр ТІЛЬКИ в тому випадку, якщо** відповідно до Декрету № 51/2017 Зб. зак. **він може провести спірометрію, ергометрію, ЕКГ у 12 відведеннях**. Обстеження можна організувати через відповідного спеціаліста. Якщо він **не може провести** вищезазначені обстеження, **він не може видати** довідку про медичну придатність.
3. **Якщо Національна спортивна федерація, Національна спортивна організація або інший організатор змагань передбачає в положенні** або в правилах змагань демонстрацію медичної придатності спортсмена до занять відповідним видом спорту **як умову участі в змаганнях – процедура така ж, як і для талановитого спортсмена** –



спортсмен повинен виконати показники, перераховані в Декреті № 51/2016 Зб. зак. Педіатр видає довідку про медичну придатність **ТІЛЬКИ в тому випадку, якщо він може надати результати спірометрії, ергометрії, 12-канального ЕКГ.** Обстеження можна організувати через компетентного спеціаліста.

Ні спортсмен, ні спортивна федерація, ні національна спортивна організація, ні організатор змагань не можуть вимагати від лікаря-педіатра видачі довідки про медичну придатність до занять даним видом спорту, що виходить за рамки його компетенції (об'єктивних можливостей щодо його спеціалізації та матеріально-технічного забезпечення клініки).

Довідка про медичну придатність до занять відповідним видом спорту повинна містити висновки всіх необхідних (призначених) обстежень.

Медичні процедури, які є частиною медичного обстеження спортсмена вищої категорії та талановитого спортсмена, не відшкодовуються державним медичним страхуванням; це не стосується медичних процедур, які є частиною профілактичного медичного обстеження.