

Усі права захищені. Жодна частина цього видання не може відтворюватися чи передаватися в будь-якій формі або будь-якими засобами, електронними чи механічними, включно з фотокопіюванням, записуванням або будь-якою іншою системою зберігання та відтворення інформації без письмового дозволу правовласника.

Книга «Основи педіатрії за Нельсоном» та окремі напрацювання, що містяться в ній, захищені авторським правом.

За погодженням із правовласником це видання виходить друком у двох окремих томах. У першому томі подано 1–15 розділи, у другому – 16–26 розділи.

**Перші 15 розділів видання Карен Дж. Маркданте і Роберта М. Клігмана *Nelson Essentials of Pediatrics*, 8th edition** опубліковано за угодою з компанією Elsevier Inc.

This edition of **sections 1 to 15** from *Nelson Essentials of Pediatrics*, 8th edition by Karen J. Marcadante and Robert M. Kliegman is published by arrangement with Elsevier Inc.

За здійснений переклад відповідає тільки ТОВ «Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина».

Лікарі-практики й дослідники повинні завжди спиратися на власний досвід і знання під час оцінювання та використання будь-якої інформації, методів, лікарських засобів або експериментів, описаних у цьому виданні. Зокрема, з огляду на швидкий розвиток медичної науки, слід проводити незалежну перевірку діагнозів і дозування лікарських засобів. Згідно із законодавством, Elsevier, автори, співавтори, редактори не відповідають за виконання перекладу або за будь-які тілесні ушкодження та/або шкоду, заподіяну людям чи майну, в межах відповідальності за якість продукції, недбалість тощо або через використання чи застосування будь-яких методів, продукції, інструкцій або ідей, що містяться в цьому виданні.

The translation has been undertaken by ALL-UKRAINIAN SPECIALIZED MEDICINE PUBLISHING LTD. at its sole responsibility. Practitioners and researchers must always rely on their own experience and knowledge in evaluating and using any information, methods, compounds or experiments described herein. Because of rapid advances in the medical sciences, in particular, independent verification of diagnoses and drug dosages should be made. To the fullest extent of the law, no responsibility is assumed by Elsevier, authors, editors or contributors in relation to the translation or for any injury and/or damage to persons or property as a matter of products liability, negligence or otherwise, or from any use or operation of any methods, products, instructions, or ideas contained in the material herein.

У підготовці перекладу з англійської взяли участь:

Т.В. Починок, д-р мед. наук, проф.; Р.В. Марушко, д-р мед. наук; Т.О. Ванханова, канд. мед. наук, асист.; М.М. Васюкова, канд. мед. наук, доц.; А.О. Горобець, канд. мед. наук, доц.; Д.О. Мінченко, канд. мед. наук, доц.; Ю.І. Прошенко, канд. мед. наук, асист.

### Маркданте К.Дж.

М25 Основи педіатрії за Нельсоном : переклад 8-го англ. вид. : у 2 т. Т. 1 / К.Дж. Маркданте, Р.М. Клігман ; наук. ред. перекладу В.С. Березенко, Т.В. Починок. – К. : ВСВ «Медицина», 2019. – XIV, 378 с.

ISBN 978-617-505-763-6 (укр., вид. у 2 т.)

ISBN 978-617-505-764-3 (укр., т. 1)

ISBN 978-0-323-51145-2 (англ.)

«Основи педіатрії за Нельсоном» (8-е видання) належить до найкращих видань Нельсона з педіатрії. Матеріал відповідає вимогам Ради з медичної освіти студентів з педіатрії (COMSEP). У підручнику висвітлено особливості нормального росту й розвитку дитини, діагностику, лікування та профілактику поширених дитячих захворювань і розладів. Особливу увагу приділено базовим знанням, а також останнім досягненням у педіатрії. У кожному розділі докладно розкрито окрему тему. Наприкінці розділів стисло подано ключові положення для лікарів-практиків, зокрема особливості клінічної картини та лікування захворювань. Підручник ілюстровано кольоровими малюнками і таблицями для візуалізації складної інформації. Наведено приклади з лікарської практики авторів, які також працюють над програмами субординатури. Отримані знання та навички допоможуть як у практичній діяльності лікаря, так і в підготовці до іспитів майбутніх педіатрів.

Для студентів-медиків, резидентів і субординаторів із педіатрії, медичних сестер, а також для інтернів, магістрів, які готуються до іспитів.

# ПЕРЕДМОВА

Вважають, що знання подвоюються кожні два роки, а обчислювальна потужність – кожні вісімнадцять місяців. Такі динамічні зміни дають нам змогу використовувати нові технології, які необхідно опанувати. Завдяки взаємозв'язку медицини з технологічними досягненнями щороку поліпшуються і стають безпечнішими догляд і медична допомога дітям, а значні успіхи наших колег-учених у педіатричній практиці забезпечують детальний опис патофізіології та механізмів розвитку захворювань. Наша мета як редакторів і авторів цього підручника – не тільки дати класичні фундаментальні знання, потрібні в щоденній діяльності, а й викласти останні напрацювання в короткій, зрозумілій і зручній для пошуку формі для студентів-медиків, які починають кар'єру дитячого лікаря\*.

Підручник містить оновлену інформацію, зокрема щодо останніх досягнень у галузі педіатрії. На нашу думку, завдяки такому поєднанню читач зможе вивчати найскладніші загальні й класичні захворювання дитячого віку, надані в перевіреному часом логічному форматі, а також отримувати знання й застосовувати їх на практиці. До авторського колективу долучилися найдосвідченіші педіатри, які працюють керівниками дитячих клінік, педіатричних центрів, лікарень, організатори-практики. Вони передають студентам-медикам свої теоретичні та практичні напрацювання для отримання знань і навичок, необхідних для успішного догляду за пацієнтами, та підготовки студентів до субординатури або складання іспитів без відриву від виробництва.

Для нас велика честь навчати тисячі студентів, які обрали педіатрію своїм фахом та стануть педіатрами в найближчі роки.

*Карен Дж. Маркданте, доктор медицини  
Роберт М. Клігман, доктор медицини*

\* Усі згадки про можливість використання електронних ресурсів, як правило, стосуються англійського оригіналу (примітка перекладача).

# ЗМІСТ

## РОЗДІЛ 1

### ПЕДІАТРІЯ ЯК ПРОФЕСІЯ

Ахменех Гавам і Карен Дж. Маркданте  
(Ahmeneh Ghavam and Karen J. Marcdante)

- 1 Населення і культура 1
- 2 Професіоналізм 3
- 3 Етика і правові питання 4
- 4 Паліативна допомога і лікування термінальних станів 6

## РОЗДІЛ 2

### РІСТ І РОЗВИТОК

Девід А. Левін (David A. Levine)

- 5 Нормальний ріст 9
- 6 порушення росту 11
- 7 Нормальний розвиток 12
- 8 порушення розвитку 15
- 9 Оцінювання розвитку здорової дитини 18
- 10 Оцінювання розвитку дитини з особливими медичними потребами 26

## РОЗДІЛ 3

### ПОРУШЕННЯ ПОВЕДІНКИ

Керолайн Р. Пол і Коллін М. Воллес  
(Caroline R. Paul and Colleen M. Wallace)

- 11 Плач і кишкова колька 41
- 12 Напади істерики 43
- 13 Синдром дефіциту уваги з гіперактивністю 45
- 14 Контроль за випорожненнями 47
- 15 Нормальний сон та його порушення в дитячому віці 52

## РОЗДІЛ 4

### ПСИХІЧНІ РОЗЛАДИ

Грей М. Б'юкенен (Gray M. Buchanan)

- 16 Соматичні симптоми та пов'язані з ними розлади 59
- 17 Тривожні розлади 61
- 18 Депресивні та біполярні розлади 64
- 19 Обсесивно-компульсивний розлад 69
- 20 Розлади спектра аутизму і шизофренії 70

## РОЗДІЛ 5

### ПСИХОСОЦІАЛЬНІ ПИТАННЯ

Крістін Фортін і Елісон Г. Даунс  
(Kristine Fortin and Alison H. Downes)

- 21 Порушення розвитку 77
- 22 Жорстоке поводження і нехтування дітьми 80
- 23 Гомосексуальність і статева ідентичність 85
- 24 Структура і функції сім'ї 87
- 25 Насильство 91
- 26 Розлучення, роз'їзд, позбавлення опіки 93

## РОЗДІЛ 6

### ВИГОДОВУВАННЯ ТА ПОРУШЕННЯ ХАРЧУВАННЯ В ДІТЕЙ

Ейпріл О. Б'юкенен і Марія Л. Маркес  
(April O. Buchanan and Maria L. Marquez)

- 27 Вигодовування немовлят 99
- 28 Харчування здорових дітей і підлітків 103
- 29 Ожиріння 105
- 30 Неповноцінне харчування 110
- 31 Дефіцит вітамінів і мінералів 114

## РОЗДІЛ 7

### РІДИНИ ТА ЕЛЕКТРОЛІТИ

Алана М. Карп і Ларрі А. Грінбаум  
(Alana M. Karp and Larry A. Greenbaum)

- 32 Підтримувальна інфузійна терапія 127
- 33 Зневоднення та замісна терапія 128
- 34 Парентеральне харчування 132
- 35 Порушення обміну натрію 133
- 36 Порушення обміну калію 137
- 37 Порушення кислотно-основного стану 141

## РОЗДІЛ 8

### НЕВІДКЛАДНІ СТАНИ І ТРАВМА

Тара Л. Петерсен і К. Джейн Лі  
(Tara L. Petersen and K. Jane Lee)

- 38 Оцінювання стану і реанімація 147
- 39 Дихальна недостатність 151
- 40 Шок 153
- 41 Профілактика травматизму 157
- 42 Велика травма 157
- 43 Утоплення 160
- 44 Опіки 161
- 45 Отруєння 163
- 46 Заспокійлива терапія і знеболювання 168

## РОЗДІЛ 9

### ГЕНЕТИКА ЛЮДИНИ І ДИСМОРФОЛОГІЯ

Роберт В. Маріон і Пол А. Леві  
(Robert W. Marion and Paul A. Levy)

- 47 Типи успадкування 173
- 48 Генетичне консультування 181
- 49 Хромосомні хвороби 184
- 50 Обстеження дитини з дисморфічними ознаками 188

**РОЗДІЛ 10****МЕТАБОЛІЧНІ РОЗЛАДИ***Девід Діммок (David Dimmock)*

- 51 Оцінювання метаболізму 197
- 52 Розлади, зумовлені порушенням обміну вуглеводів 205
- 53 Розлади, зумовлені порушенням обміну амінокислот 207
- 54 Розлади, зумовлені порушенням обміну органічних кислот 211
- 55 Розлади, зумовлені порушенням обміну жирів 213
- 56 Лізосомальні та пероксисомні розлади 214
- 57 Мітохондріальні розлади 219

**РОЗДІЛ 11****МЕДИЦИНА ПЛОДА ТА НЕОНАТАЛЬНА МЕДИЦИНА***Клеренс В. Гоуен молодший (Clarence W. Gowen Jr.)*

- 58 Оцінювання стану матері, плода і новонародженого 223
- 59 Хвороби матері, що впливають на новонародженого 242
- 60 Захворювання плода 246
- 61 Захворювання дихальної системи новонародженого 247
- 62 Анемія та гіпербілірубінемія 254
- 63 Некротичний ентероколіт 262
- 64 Гіпоксично-ішемічна енцефалопатія, внутрішньочерепний крововилив і судомний синдром 262
- 65 Сепсис і менінгіт 265
- 66 Внутрішньоутробні інфекції 267

**РОЗДІЛ 12****МЕДИЦИНА ПІДЛІТКІВ***Кім Блейк і Ліза М. Аллен (Kim Blake and Lisa M. Allen)*

- 67 Огляд основних питань та оцінювання стану підлітків 275
- 68 Піклування про підлітків 281
- 69 Гінекологія підліткового віку 283
- 70 Порушення харчової поведінки 291
- 71 Зловживання психоактивними речовинами 293

**РОЗДІЛ 13****ІМУНОЛОГІЯ***Джеймс В. Вербські (James W. Verbsky)*

- 72 Оцінювання імунного статусу 297
- 73 Дефіцит лімфоцитів та порушення їх функції 302
- 74 Дефіцит нейтрофілів та порушення їх функції 309
- 75 Порушення системи комплементу 312
- 76 Трансплантація гемопоетичних стовбурових клітин 315

**РОЗДІЛ 14****АЛЕРГІЯ***Крістен К. Фолькман і Азріані М. Чіу (Kristen K. Volkman and Asriani M. Chiu)*

- 77 Алергологічне дослідження 319
- 78 Бронхіальна астма 321
- 79 Алергійний риніт 329
- 80 Атопічний дерматит 333
- 81 Кропив'янка, ангіоневротичний набряк та анафілаксія 336
- 82 Сироваткова хвороба 340
- 83 Алергія на укуси комах 341
- 84 Харчова алергія 343
- 85 Медикаментозна алергія 346

**РОЗДІЛ 15****РЕВМАТИЧНІ ХВОРОБИ ДИТЯЧОГО ВІКУ***Гіларі М. Гафтель (Hilary M. Haftel)*

- 86 Визначення ревматичних хвороб 351
- 87 Геморагічний васкуліт (пурпура Шенляйна-Геноха) 354
- 88 Хвороба Кавасаки 355
- 89 Ювенільний ідіопатичний артрит 357
- 90 Системний червоний вовчак 361
- 91 Ювенільний дерматоміозит 364
- 92 Синдроми скелетно-м'язового болю 365

# ПЕДІАТРІЯ ЯК ПРОФЕСІЯ

Ахменех Гавам | Карен Дж. Маркданте (Ahmeneh Ghavam | Karen J. Marcadante)

## ГЛАВА 1

### Населення і культура

#### ДОГЛЯД ЗА ДІТЬМИ В СУСПІЛЬСТВІ

Фахівці галузі охорони здоров'я повинні надавати якісну медичну допомогу незалежно від соціального й економічного статусу пацієнта. Новітні технології та методи лікування знижують захворюваність і смертність, підвищують якість життя дітей та їх сімей, але через високу вартість медичні послуги не завжди доступні для всіх верств населення. Основне завдання педіатрів полягає в тому, щоб надавати соціально справедливу медичну допомогу, яка є доступною для всіх дітей, незалежно від психосоціальних, культурних й етнічних особливостей.

#### ПОТОЧНІ ПРОБЛЕМИ

Вагомий вплив на стан здоров'я дітей мають такі чинники: доступність медичної допомоги, психосоціальна атмосфера в сім'ї і дитячому колективі, екологічні та соціально-економічні чинники. У комплексі з генетичною схильністю ці чинники можуть зумовлювати розвиток органічної патології в дитячому й дорослому віці. Педіатри мають унікальну можливість здійснювати профілактику формування як гострої, так і хронічної патології шляхом коригування причинних факторів та підвищення опірності організму.

На сьогодні педіатрія стрімко розвивається. Новітні генетичні технології дають змогу діагностувати захворювання на молекулярному рівні, допомагають у виборі медикаментозної терапії, а також мають прогностичну цінність. Пренатальна діагностика і скринінг новонароджених підвищують точність ранньої діагностики й ефективність лікування різноманітних захворювань. Функціональна магнітно-резонансна томографія уможлиблює дослідження таких психічних і неврологічних станів, як дислексія і розлад дефіциту уваги/гіперактивність.

Незважаючи на досягнення сучасної медичної науки, захворюваність та поширеність хронічних захворювань протягом останніх десятиліть неухильно зростає. Загострення хронічних захворювань є найчастішою причиною госпіталізації серед дітей (за винятком травм і патології новонароджених). У дітей шкільного віку значно поширені психічні й психологічні розлади, які потребують також невідкладної госпіталізації. Слід зазначити, що педіатри повинні враховувати високу тривожність

дітей через порушення екології, значну поширеність фізичного, емоційного та сексуального насильства. Світові війни і тероризм, зокрема напад 11 вересня 2001 р. на Всесвітній торговий центр Нью-Йорка, зумовили підвищений рівень тривоги й страху для багатьох сімей і дітей.

Для вирішення вищенаведених проблем багато педіатрів нині практикують роботу в складі команди з охорони здоров'я, яка включає психіатрів, психологів, молодший медичний персонал і соціальних працівників. Ця модель домашньої медичної допомоги, орієнтована на пацієнта, покликана забезпечити безперервну й скоординовану допомогу для досягнення максимальних результатів у галузі охорони здоров'я. Інші моделі медичної допомоги можуть поліпшити її доступність, але не здатні підтримувати безперервний та скоординований догляд за дитиною.

У дитинстві відбувається формування патологій дорослого віку – алкоголізму, депресії, ожиріння, артеріальної гіпертензії та гіперліпідемії тощо. Немовлята із відносно малою масою тіла при народженні через нерациональне харчування матері мають підвищений ризик розвитку таких захворювань, як цукровий діабет, хвороби серця, гіпертонічна хвороба, метаболічний синдром й ожиріння. Неонатальна допомога сприяє кращому виходжуванню недоношених дітей і дітей, які народилися з малою масою тіла.

#### ОСОБЛИВОСТІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ У США

Складні медичні, економічні та психосоціальні проблеми значною мірою впливають на добробут і стан здоров'я дітей. Дані Центру з контролю та профілактики захворювань (CDC) надають інформацію про ці проблеми (наприклад, <http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus15.pdf>). Деякі з ключових питань наведено нижче.

- **Медичне страхування.** Із 2013 р. програма Medicaid і Державна програма дитячого медичного страхування забезпечує доступність медичної допомоги більше ніж 45 млн дітей. Слід зазначити, що 5,5 % дітей є незастрахованими, показник невакцинованих дітей лишається незмінним протягом останніх 5 років.
- **Допологова і перинатальна допомога.** 10–25 % жінок не отримують допологового догляду протягом I триместру. Крім того, значна частина жінок продовжує курити, уживати наркотики і спиртні напої під час вагітності.
- **Передчасні пологи.** Частота передчасних пологів (< 37 тиж.) сягала піку в 2006 р. і повільно знижу-

ється (9,6 % у 2014 р.). Однак кількість дітей з малою ( $\leq 2500$  г, 8 % усіх пологів) і дуже малою масою тіла при народженні ( $\leq 1500$  г, 1,4 % загальної кількості новонароджених) істотно не змінилися з 2006 р.

- **Народжуваність у підлітковому віці.** Частота пологів у підлітковому віці неухильно знижується з 1990 р., досягнувши найнижчого показника (24,2 на 1000) у 2014 р.
- **Аборти в підлітковому віці.** У 2010 р. кількість вагітностей серед підлітків, які завершилися абортom, становила 30 %. Частота абортів у цій віковій категорії знижується з часів свого піку в 1988 р. і нині перебуває на найнижчому рівні від моменту легалізації абортів у 1973 р.
- **Дитяча смертність.** У міжнародному масштабі смертність немовлят знизилася із 63 смертей на 1000 народжених у 1990 р. до 32 смертей на 1000 народжених у 2015 р. У США загальний показник дитячої смертності у 2013 р. був рекордно низьким – 5,96 на 1000 народжених живими. Слід зазначити, що рівень дитячої смертності має певні відмінності в різних етнічних групах.
- **Тривалість грудного вигодовування.** Майже 79 % новонароджених перебувають на грудному вигодовуванні одразу після народження. Його частота залежить від етнічної належності (вищі показники в неіспаномовних світлошкірих і латиноамериканських матерів) й освіти (найбільша в жінок із дипломом бакалавра або вищим освітнім ступенем). Тільки 49 % жінок годують дітей після 6 міс.
- **Причини смерті дітей.** Частими причинами смерті дитячого населення США у 2014 р. були нещасні випадки (ненавмисні травми), самогубство, напади (вбивства), злоякісні новоутворення та вроджені вади розвитку (табл. 1.1). Спостерігалася незначне зниження смертності від усіх причин.
- **Госпіталізація дітей і підлітків.** У 2014 р. 7,2 % дітей було госпіталізовано принаймні один раз. Респіраторні захворювання є основною причиною госпіталізації дітей віком 1–9 років, а психічні захворювання – найпоширенішою причиною госпіталізації серед підлітків.
- **Значні проблеми зі здоров'ям підлітків: уживання і зловживання наркотичними речовинами.** Серед

підлітків США спостерігається значне вживання і зловживання наркотичними речовинами, хоча загальна тенденція їх використання знижується. Поточні дані свідчать, що нині близько 36–50 % учнів середньої школи вживають алкогольні напої. Рівень куріння серед підлітків також знижується (13 % у 2002 р., 5,5 % у 2015 р.). Однак у 2014 р. значна кількість підлітків зізналась у використанні так званих електронних сигарет, що створює значний ризик для здоров'я як користувачів, так і пасивних курців.

- **Діти із прийомних сімей.** У 2013 р. в системі прийомної опіки перебувало понад 400 тис. дітей. Такі діти часто мають значні проблеми розвитку, поведінки та емоцій, які потребують доступу до якісних послуг з охорони психічного здоров'я. Кількість усиновлених дітей становить близько 20 %, але 25–50 % дітей, які залишають дитячі будинки, відчувають себе безпритульними і не закінчують середню школу.

## ІНШІ ЧИННИКИ, ЯКІ ВПЛИВАЮТЬ НА СТАН ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ У США

- **Ожиріння.** Ожиріння є другою причиною смерті в США (за оцінками, 300 тис. смертей щорічно). Поширеність ожиріння в дитячому віці протягом останніх 30 років зросла більше ніж у 2 рази серед дітей і в 4 рази серед підлітків. Кількість дітей з ожирінням у віці 6–19 років у 2012 р. становила 39 %.
- **Малорухливий спосіб життя.** Нині тільки одна дитина із трьох фізично активна щодня. У зв'язку зі стрімким технологічним прогресом діти проводять більше часу перед моніторами гаджетів (телебачення, відеоігри, комп'ютер та ін.), деякі витрачають понад 7,5 год на день.
- **ДТП і травми на транспортних засобах.** У 2014 р. в аваріях на транспортних засобах померло 602 дітей, молодших 12 років, а понад 121 350 було травмовано. Попередні дані свідчать про незначне зростання цього показника в 2015 р., з урахуванням впливу використання мобільних пристроїв під час керування автомобілем та перевищення швидкості. Використання дитячих сидінь і ременів безпеки вдвічі зменшує ризик травматизації та смертності в дітей. У середньому щорічно в США помирають понад 12 тис. дітей віком від 0 до 19 років. Серед інших причин смертності – утоплення, удуснення, опіки, жорстоке поводження з дітьми й отруєння.
- **Жорстоке поводження з дітьми.** У 2014 р. було зареєстровано 702 тис. випадків жорстокого поводження, з них 1580 із летальними наслідками через жорстоке поводження і недбале ставлення. Більшість дітей (75 %) було залишено без догляду; 17 % зазнали фізичного насильства, а майже 8,3 % стали жертвами сексуального насильства.
- **Вплив токсичних речовин на дитячий організм.** Сучасні дані свідчать про зв'язок між біологічним стресом, навколишнім середовищем і генетичною схильністю людини, що допомагає розпізнати несприятливий вплив токсичних чинників на здоров'я людини та її благополуччя. Епігенетика визначає, що довкілля має опосередкований вплив на експресію генів і може призвести до тривалих змін у розвитку, здоров'ї та поведінці дитини.
- **Військові конфлікти і діти.** Сучасні збройні конфлікти й політичні заворушення стосуються мільйо-

ТАБЛИЦЯ 1.1 Причини смерті в дітей залежно від віку в США в 2014 р.

ВІК (РОКИ)	ПРИЧИНИ СМЕРТІ ЗА ЧАСТОТОЮ ВИЯВЛЕННЯ
1-4	Нещасні випадки Вроджені вади Вбивство Злоякісні новоутворення Хвороби серця
5-14	Нещасні випадки Злоякісні новоутворення Самогубство Вроджені вади Вбивство Хвороби серця
15-24	Нещасні випадки Самогубство Вбивство Злоякісні новоутворення Хвороби серця

нів дорослих і їхніх дітей. Близько 1,3 млн військовослужбовців і співробітників, які обслуговують національну гвардію та службу національної гвардії, є батьками понад 1 млн дітей. За оцінками, 30 % військовослужбовців, що повертаються після збройних конфліктів, мають психічні й психологічні порушення (алкоголізм, депресія та посттравматичний стресовий розлад) або повідомляють про черепно-мозкову травму. Ці хвороби справляють психологічний вплив і на їхніх дітей. Жорстоке поводження з дітьми є більш поширеним у сім'ях військовослужбовців, які беруть участь у збройних конфліктах, ніж у тих, які не воюють.

## ПРОБЛЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ

Соціальні умови, соціальна несправедливість, дискримінація, соціальний стрес, мовний бар'єр і бідність є причинами надання медичної допомоги в недостатньому обсязі. Дитяча смертність зумовлена поганою доступністю пренатальної допомоги та відсутністю профілактичних медичних послуг для жінок, а також неможливістю планування сім'ї і неналежним харчуванням. Слід зазначити, що:

- дитяча смертність зростає в міру зменшення рівня освіти матері;
- діти із малозабезпечених сімей рідше отримують щеплення до 4-річного віку і рідше звертаються по стоматологічну допомогу;
- діти, які отримують громадську медичну допомогу, рідше мають хороші показники здоров'я, ніж діти із приватним медичним страхуванням;
- частота госпіталізацій є вищою у дітей, які живуть у районах із низьким рівнем доходу;
- діти з етнічних меншин і малозабезпечених сімей рідше відвідують сімейних лікарів або амбулаторні заклади, а тому частіше звертаються до лікарень.

## ОСОБЛИВОСТІ ЗАХВОРЮВАНOSTІ В ДІТЕЙ: СОЦІАЛЬНІ/ЕМОЦІЙНІ АСПЕКТИ

- Відзначають зв'язок між екологічними, соціальними, емоційними чинниками та поширенням розвитку, станом здоров'я дітей. Ці спостереження ґрунтуються на значному впливі *біопсихосоціальних чинників* на стан здоров'я дітей і захворюваність. Наприклад, шкільні проблеми, проблеми з навчанням і дефіцит уваги; порушення настрою та тривога в дітей і підлітків; самогубство та вбивство підлітків; вогнепальна зброя в будинку; насильство у школі; висвітлення насильства у засобах масової інформації; ожиріння, порушення сексуальної активності; уживання наркотичних речовин підлітками.
- Вважають, що 1–5 підлітків віком від 13–18 років мають психічний розлад; 50 % усіх випадків психічних захворювань дебютують у віці 14 років. Відзначено, що в середньому від моменту появи симптомів до початку лікування минає 8–10 років. Самогубство є другою провідною причиною смерті осіб віком 10–24 роки, що свідчить про надзвичайну важливість ранньої діагностики психічних захворювань. У дітей із малозабезпечених сімей ризик виникнення психо-соціальних проблем удвічі вищий порівняно з дітьми із сімей з високими доходами. Загальнонаціональною

проблемою є відсутність адекватних служб психічної допомоги для дітей.

Важливий вплив на стан здоров'я дітей, окрім бідності, справляють відсутність постійного місця проживання, неповна сім'я, часті розлуки з батьками, домашнє насильство, неналежний догляд за дітьми. Для поліпшення якості медичної допомоги потрібно забезпечити соціальну справедливість, однакову доступність медичної допомоги і вдосконалення системи охорони здоров'я. У підлітковому віці необхідно обов'язково звертати увагу на такі аспекти, як сексуальність, сексуальна орієнтація, вагітність, уживання наркотичних речовин, насильство, депресія та спроби самогубства.

## КУЛЬТУРА

Ураховуючи значне культурологічне розмаїття США, медичні працівники повинні розумітися на культурних особливостях різних етнічних груп, які здатні впливати на стан здоров'я дітей і перебіг захворювань. Обговорення стану здоров'я дитини з її батьками має включати такі запитання: «Що найбільше турбує вас у захворюванні вашої дитини?», «Що, на вашу думку, спричинило захворювання вашої дитини?» Це допоможе налагодити контакт із батьками і зрозуміти причини захворювання дитини, а також надасть інформацію щодо особливостей догляду, виходжування та допомоги своїй дитині в процесі лікування. Іноді виникають конфліктні ситуації через релігійні особливості сім'ї, які призводять до недбалого ставлення до дитини, про що необхідно обов'язково повідомляти у відповідні соціальні служби.

У США широко застосовують нетрадиційну медицину. Терапевтичні методи нетрадиційної медицини включають біохімічні концепції, налагодження здорового способу життя, біомеханічні та біоенергетичні процедури, а також гомеопатію. Підраховано, що батьки 20–40 % здорових дітей і понад 60 % дітей із хронічними захворюваннями звертаються до фахівців з нетрадиційної медицини. Лише 30–60 % таких сімей розповідають про це сімейним лікарям. Інформація стосовно використання нетрадиційної медицини є надзвичайно важливою і може допомогти педіатру в мінімізації можливої побічної дії.

## ГЛАВА 2

## Професіоналізм

### КОНЦЕПЦІЯ ПРОФЕСІОНАЛІЗМУ

Суспільство надає професії лікаря економічні, політичні й соціальні винагороди. Фахівці мають можливість постійно вдосконалювати свої знання. Професія лікаря існуватиме доти, поки вона виконує свої обов'язки щодо соціального блага людей.

Нині діяльність медичних працівників підпорядковується певним суспільним нормам. Урядові та інші органи влади на рівні міст, штатів і федеральних органів надають обмежену автономію професійним організаціям та їх членам; медичні заклади, у свою чергу, підпорядковані юридичним вимогам щодо ліцензування і стандартам обслуговування (наприклад, Medicare, Medicaid й Управління з питань харчових продуктів і ліків).

Департамент охорони здоров'я та соціальна служба регулюють поведінку лікаря при виконанні своїх професійних обов'язків з метою захисту людей. Національний реєстр лікарів-практиків, створений у 1986 р., містить інформацію щодо лікарів та інших фахівців галузі охорони здоров'я, які отримали державну ліцензію на лікарську діяльність. Керівники лікарень повинні оновлювати інформацію в цьому відомстві кожні 2 роки в рамках ліцензування лікаря-практика. Існують агенції з акредитації медичних працівників, такі як Комітет з питань медичної освіти (LCME), і післядипломної освіти, наприклад, Рада з акредитації для вищої медичної освіти (ACGME).

Громадська довіра до лікарів ґрунтується на наявності в характері лікаря альтруїзму, що лежить в основі клятви Гіппократа, яку лікарі засвідчують на початку медичної кар'єри; це важливий обряд для кожного клініциста. Професіоналізм – основна характеристика роботи лікаря, який окрім загальномедичних та спеціалізованих клінічних знань включає розуміння культурних і релігійних/духовних вірувань пацієнта, етичних і моральних цінностей професії та моральних цінностей пацієнта.

## ПРОФЕСІОНАЛІЗМ ДЛЯ ПЕДІАТРІВ

Американська рада педіатрії прийняла нові професійні стандарти в 2000 р. Окрім того, Американська академія педіатрії в 2007 р. оновила технічні рекомендації з професіоналізму, які включають такі пункти:

- **Чесність/цілісність** – послідовне дотримання найвищих стандартів поведінки й відмова від порушення особистого і професійного кодексів. Підтримання цілісності вимагає усвідомлення ситуацій, які можуть призвести до конфлікту або до особистої вигоди всупереч інтересам пацієнта.
- **Надійність/відповідальність** – відповідальність перед пацієнтами та їхніми сім'ями, суспільством і медичною спільнотою для забезпечення вирішення всіх поточних проблем. Окрім того, лікар зобов'язаний брати на себе відповідальність за припущені помилки.
- **Повага до інших** – відповідне ставлення до пацієнтів і його близьких й усвідомлення емоційних, сімейних, культурних особливостей права пацієнтів на вибір медичної допомоги; збереження конфіденційності даних пацієнта.
- **Співчуття/емпатія** – уважне вислуховування та гуманна реакція на проблеми пацієнтів і членів їх сімей, а також забезпечення відповідної емпатії та співчуття для зниження тривожності й поліпшення емоційного стану пацієнтів.
- **Самовдосконалення** – прагнення до досягнення найвищої якості надання медичної допомоги шляхом навчання протягом усього життя. Педіатр повинен прагнути вчитися на власних та чужих помилках і вдосконалюватися; адекватно реагувати на критику.
- **Зв'язок/співпраця**, що має вирішальне значення для забезпечення найкращого догляду за пацієнтами. Педіатри повинні працювати спільно один з одним для ефективної допомоги пацієнтам.
- **Альтруїзм/пропаганда** – прагнення до безкорисливої допомоги й відданості іншим. Це ключовий елемент професіоналізму. Особистий інтерес або інтереси інших сторін не повинні переважати під час роботи з пацієнтами та їх родинами.

## ГЛАВА 3

# Етика і правові питання

## ЕТИКА В ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

Етичні принципи охорони здоров'я та обсяг медичної допомоги залежать від цінностей пацієнта і його родичів. Іноді прийняття етичних рішень є питанням вибору найменш шкідливого варіанта медичної допомоги серед багатьох несприятливих альтернатив. У повсякденній лікарській практиці основні етичні проблеми не є рідкістю.

Мінімальні стандарти поведінки лікарів визначають законодавець, регуляторна та судова системи. Закони підтримують принцип **конфіденційності** для підлітків, які мають право вирішувати медичні питання. Використовуючи концепцію **обмеженої конфіденційності**, батьки, підлітки і педіатр можуть відкрито обговорювати серйозні проблеми зі здоров'ям, наприклад суїцидальні думки та вагітність. Це підкріплює довготривалу мету – підтримку самостійності й індивідуальності підлітка під час заохочення до відповідних розмов із батьками.

Етичні проблеми випливають із ціннісних відмінностей пацієнта, його сім'ї і клініциста стосовно варіанта надання медичної допомоги. Важливо дотримуватися етичних принципів. **Автономія**, яка ґрунтується на принципі **поваги до людей**, означає, що компетентні дорослі пацієнти можуть вибрати найкращі, на їхню думку, обсяг і характер медичної допомоги після відповідної бесіди й інформування їх про стан здоров'я та ризики й переваги альтернативної діагностики і лікування. **Патерналізм** ставить під сумнів принцип автономії і передбачає, що клініцист вирішує сам, що буде кращим для пацієнта. За певних обставин (наприклад, загрозливий для життя або тяжкий психічний розлад, який загрожує пацієнту чи його оточенню) патерналізм може бути єдиним правильним рішенням.

Іншими важливими етичними принципами є **доброзичливість**, **намагання не нашкодити** (або мінімізувати негативний вплив), а також **справедливе ставлення** до всіх пацієнтів.

## ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ, ПОВ'ЯЗАНІ З НЕМОВЛЯТАМИ, ДІТЬМИ І ПІДЛІТКАМИ

Діти грудного та раннього віку не мають можливості приймати медичні рішення. Патерналізм батьків і педіатрів у цих обставинах доречний. Підлітки (< 18 років), якщо вони є компетентними, мають законне право приймати медичні рішення самостійно. Діти віком 8–9 років уже можуть зрозуміти основні процеси в організмі й значення певних процедур; після 14–15 років підлітки можуть самостійно приймати рішення. Отримання згоди дитини – процес, за допомогою якого педіатр залучає дитину до прийняття рішень на основі отриманої інформації.

Принцип спільного прийняття медичних рішень доречний, але може обмежуватися конфіденційністю. За непокоєння батьків щодо побічних ефектів імунізації зумовлює конфлікт між необхідністю захисту і підтриманням здоров'я людини та громадськості.

## ПРАВОВІ ПИТАННЯ

Усі компетентні пацієнти, визначені законом (зазвичай ≥ 18 років), вважаються самостійними щодо своїх рішень



відносно здоров'я. Щоб мати можливість вирішувати питання, пацієнти повинні:

- розуміти особливості медичних втручань і процедур, їх ризики та переваги, а також мати змогу повідомити про своє рішення;
- розуміти, обмірковувати і зважувати ризики та переваги проведення тих чи інших маніпуляцій.

Ці вимоги слід обговорювати в контексті надання медичної допомоги й застосовувати в кожному випадку індивідуально. Більшість маленьких дітей не в змозі задовольнити ці вимоги і потребують допомоги інших, як правило, батьків, для прийняття рішень. Проте за наявності ознак жорстокого поводження з дітьми та нехтування їх інтересами ці питання вирішують соціальні служби в судовому порядку.

Важливо ознайомитися з державним законом, оскільки саме він, а не федеральний закон, визначає випадки, в яких підліток може давати згоду на медичну допомогу, і випадки, в яких батьки можуть отримати доступ до конфіденційної медичної інформації своїх дітей-підлітків. Закон про медичне страхування та звітність (HIPAA), який набув чинності у 2003 р., потребує максимального збереження конфіденційності. Він забезпечує однаковий захист конфіденційності дітям і дорослим. Педіатр зобов'язаний інформувати неповнолітніх про їх права на конфіденційність і допомагати їм реалізувати ці права згідно з HIPAA. За особливих обставин, наведених нижче, «несамостійним» дітям надається законне право на прийняття рішень.

- **Зрілі неповнолітні.** Деякі держави юридично визнали, що багато підлітків можуть відповідати когнітивним критеріям та ступеню емоційної зрілості для компетентного вирішення питань, пов'язаних з їхнім здоров'ям. Верховний суд вирішив, що вагітні зрілі неповнолітні мають конституційне право приймати рішення про аборт без згоди батьків. Незважаючи на те що законами деяких штатів передбачено повідомляти батьків про вагітність їх дитини-підлітка, яка хоче зробити аборт, остаточне рішення приймає дитина. Держава повинна забезпечити судову процедуру для полегшення прийняття цих рішень для підлітків.
- **Незалежні неповнолітні.** Діти, які офіційно звільнені від батьківського контролю, можуть звернутися по медичну допомогу без згоди батьків. Це діти, які закінчили середню школу, є членами збройних сил, одружені, вагітні, діти, які живуть окремо від батьків і є фінансово незалежними або проголошені незалежними за рішенням суду (перелік відрізняється в кожному штаті).
- **Інтереси держави (охорона здоров'я).** Державні законодавчі органи дійшли висновку, що неповнолітні з певними захворюваннями (інфекції; що передаються статевим шляхом, та інші інфекційні хвороби; вагітність; певні психічні захворювання, зловживання наркотиками і спиртними напоями) можуть самостійно звертатися по медичну допомогу. Держава зацікавлена у зниженні поширеності захворювань, які можуть загрожувати здоров'ю населення, й усуненні перешкод до лікування певних патологічних станів.

## ЕТИЧНІ ПИТАННЯ НА ПРАКТИЦІ

Клініцисти повинні залучати дітей і підлітків до обговорення тактики медичної допомоги, для кращого розуміння дитиною особливостей, побічної дії та очікуваних результатів лікування. Потрібно оцінювати ро-

зуміння пацієнтом клінічної ситуації. Педіатри повинні завжди вислуховувати й оцінювати прохання пацієнтів про конфіденційність. Кінцева мета полягає в тому, щоб допомогти дітям приймати самостійні рішення відповідно до їхнього віку.

## Конфіденційність

Конфіденційність має вирішальне значення при наданні медичної допомоги і є важливою передумовою довірливих стосунків між пацієнтом і сім'єю. Вона означає, що інформація про пацієнта не повинна передаватися без його згоди. Якщо конфіденційність порушена, пацієнти можуть зазнати значного емоційного стресу і відмовитися від необхідної медичної допомоги. (Див. главу 67 для обговорення конфіденційності в догляді за підлітками.)

## Етичні питання генетичного тестування та скринінгу дітей

Мета скринінгу – виявити захворювання за відсутності клінічної картини. Його слід проводити тільки тоді, коли є доступне лікування або коли встановлення діагнозу допоможе дитині в майбутньому. Генетичне тестування зазвичай проводять за наявності певного клінічно ідентифікованого фактору ризику. Ці методи мають свої особливості, оскільки їх результати мають важливі наслідки. Певні види генетичного тестування допомагають виявити генетичну схильність (серпоподібно-клітинна анемія або кістозний фіброз), яка може зумовити проблему вибору щодо продовження вагітності або її переривання, створити фінансові, психосоціальні й міжособистісні проблеми (наприклад, провина, сором, соціальна стигматизація та дискримінація у сфері страхування та надання робочих місць). Залучення лікарів-генетиків є доцільним і необхідним при вирішенні складних питань генетичного консультування в разі виявлення або підозри щодо генетичного захворювання. Скринінг новонароджених не повинен замінювати тестування батьків. Певні захворювання можна діагностувати за допомогою генетичного скринінгу, навіть якщо симптоми хвороби не з'являються до кінця життя; це полікістозна хвороба нирок, хвороба Гантінгтона, певні види раку, зокрема рак грудної залози в деяких етнічних групах, гемохроматоз. Батьки можуть тиснути на педіатра з метою приховання результатів генетичного тестування дитини в ранньому віці. Тому обстеження слід відкласти, аж поки дитина не матиме можливості самостійно приймати рішення, окрім випадків, коли безпосередньої користі для дитини після тестування не буде.

## Релігійні питання та етика

Педіатр зобов'язаний діяти в інтересах дитини, навіть якщо релігійні принципи можуть заважати здоров'ю та благополуччю дитини. У ситуаціях, коли дитині, батьки якої мають релігійну заборону на переливання крові, потрібно здійснити цю маніпуляцію за життєвими показаннями, для прийняття рішень залучаються судові виконавці. Водночас батьки із сильними релігійними переконаннями, згідно з деякими державними законами, можуть відмовитися від імунізації своїх дітей. Держава може використовувати принцип **справедливого розподілу**, який потребує імунізації всіх членів суспільства під

час спалахів або епідемій, у тому числі осіб, які заперечують це на релігійних підставах.

### Діти як суб'єкти досліджень

Метою наукових досліджень є розроблення і впровадження новітніх методів діагностики та лікування й узагальнення отриманих результатів. Батьки можуть давати дозвіл на участь у дослідженні. Діти не мають права давати згоду, але можуть погоджуватися або не погоджуватися із протоколами досліджень. Розроблено спеціальні федеральні правила для захисту дітей і підлітків під час медичних досліджень, які стосуються здоров'я людини. Ці нормативні акти передбачають додаткові гарантії, окрім тих, що стосуються дорослих учасників. У більшості випадків батьки сподіваються, що новітні дослідження матимуть значний позитивний ефект у їхніх тяжко хворих дітей. Важливо, щоб виконавці дослідження були чесними з пацієнтами і пояснили, що так трапляється не завжди; цей факт потрібно донести дуже делікатно.

## ГЛАВА 4

### Паліативна допомога і лікування термінальних станів

Смерть дитини є одним із найскладніших життєвих випробувань для людини. Паліативна допомога визначається як догляд за пацієнтом і його сім'єю, який оптимізує якість життя шляхом передбачення, запобігання та усунення страждань. Її слід запроваджувати, коли немає надії, що діагностика та лікування захворювання можуть запобігти летальному наслідку. Основними є бажання клініцистів виходити за межі традиційних методів лікування і підвищення якості життя хворих, членів сім'ї та близьких друзів.

Паліативна допомога в педіатрії – це не просто догляд у термінальний період. Виділяють 4 варіанти паліативної допомоги дітям:

- Можливе лікування, але із частими випадками розвитку ускладнень та неефективності терапії (наприклад, рак із несприятливим прогнозом).
- Довготривале лікування, яке забезпечує підтримання якості життя (муковісцидоз).
- Лікування, яке є винятково паліативним після встановлення діагнозу прогресивного захворювання (синдром трисомії 13).
- Паліативне лікування, яке проводять у дітей із тяжкою інвалідністю (наприклад, тяжкий спастичний квадрипарез із труднощами контролю симптоматики).

Ці варіанти паліативної допомоги зумовлюють різні часові періоди і моделі медичного втручання з урахуванням необхідності приділяти увагу конкретним елементам, які впливають на якість життя дитини й опосередковані медичними, психосоціальними, культурними та духовними проблемами.

Сім'ї, яких спіткала смерть раптово і вони не мали часу для психологічної підготовки, потребують значної підтримки. Таку підтримку надає паліативна допомога, а саме подолання проблем у термінальний період, з якими стикаються сім'ї в цих умовах, коли причина смерті достеменно невідома. Необхідність розслідування можливості насильства над дітьми чи залишення їх

без нагляду піддає сім'ю ретельній увазі й може спровокувати спрямування провини та гніву на медиків.

### ПАЛІАТИВНА ДОПОМОГА І ДОГЛЯД ЗА ДИТИНОЮ В ТЕРМІНАЛЬНИЙ ПЕРІОД

Паліативне лікування спрямоване на полегшення симптомів, а також на медичну допомогу при ускладненнях, які можуть виникнути в термінальний період і спричинити значні страждання у тяжко хворої дитини. Елементи паліативної допомоги включають знеболювання, адекватне харчування та лікування таких патологічних станів, як нудота і блювання, непрохідність кишок, задишка і втома; психологічні її елементи мають важливе значення і полягають у підготовці батьків до тяжкої втрати, роз'ясненні мети догляду й етичних питань. Паліативну допомогу здійснюють за допомогою мультидисциплінарного підходу, що надає широкий спектр допомоги пацієнтам і їхнім сім'ям. Психологічну паліативну допомогу можуть надавати педіатри, медичні сестри, фахівці з питань психічного здоров'я, соціальні працівники і священники.

Модель інтегрованої паліативної допомоги ґрунтується на таких принципах:

- **Повага до гідності пацієнтів і членів родини.** Клініцист повинен поважати і вислуховувати бажання пацієнта та його сім'ї. Діти шкільного віку можуть сформулювати свої вподобання стосовно процесу лікування. Підлітки можуть брати участь у прийнятті рішень (див. розділ 12). Із дитиною і батьками потрібно обговорювати, який би вони хотіли обрати варіант лікування, коли наблизиться кінець життя. Розбіжності думки сім'ї і педіатра слід вирішувати шляхом зіставлення можливих наслідків лікування.
- **Доступ до всебічної та співчутливої паліативної допомоги.** Клініцист повинен урахувати симптоматику захворювання, забезпечення та функціональні можливості пацієнта, призначати препарати для полегшення больового синдрому в термінальному стані й надавати постійну психологічну підтримку.
- **Застосування міждисциплінарних знань.** Через складність догляду ніхто з лікарів не може надати весь спектр необхідних медичних послуг у термінальний період, а тому до паліативної допомоги залучають лікарів інших спеціальностей, молодший медичний персонал, психологів, психіатрів, священників, соціальних працівників, учителів, друзів тощо.
- **Психологічна підтримка батьків й опікунів.** Батькам тяжко хворої дитини необхідно забезпечити можливість вирішення власних психологічних та емоційних проблем, пов'язаних зі станом їхньої дитини.
- **Постійне підвищення якості паліативної допомоги шляхом проведення наукових і практичних досліджень та безперервного навчання медичного персоналу.** Керівники лікарень повинні розробляти системи постійного контролю якості надання медичної допомоги й оцінювати реакцію пацієнтів і членів сім'ї на програму лікування.

**Лікування в умовах хоспісу** – це програма лікування в термінальний період, у ході якого спектр послуг з паліативної допомоги надає міждисциплінарна команда. У 2010 р. було прийнято законодавство, яке дало змогу дітям, включеним у програму Medicaid або Програму дитячого медичного страхування (CHIP), одночасно отримати доступ до хоспісної допомоги і лікування.