

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені М.І. Пирогова

“Затверджено”

на методичній нараді
кафедри пропедевтики дитячих
захворювань та догляду за
хворими дітьми

Завідувач кафедри



проф. Кулешов О.В.

«29» серпня 2024 р.

«ОК 02 «Здоров'я дітей»
(назва навчальної дисципліни)

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ
навчальної дисципліни
з підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна
медицина»
(I рік навчання)

ТЕМА ЗАНЯТТЯ

Анатомо-фізіологічні особливості органів дихання у дітей. Семіотика та методи обстеження хворих дітей Діагностика бронхіоліту, обструктивного бронхіту, простого бронхіту та тактика ведення. Предиктори формування та диференційний діагноз БА. Помилки ведення БА.

Вінниця

Методичні рекомендації для самостійної роботи при підготовці до семінарського заняття лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» (І рік навчання) за темою «Основні принципи ведення і маршрут пацієнтів дитячого віку із найбільш поширеними гострими та хронічними хворобами органів дихання: Анатомо-фізіологічні особливості органів дихання у дітей. Семіотика та методи обстеження хворих дітей. Діагностика бронхіоліту, обструктивного бронхіту, простого бронхіту та тактика ведення. Предиктори формування та диференційний діагноз БА. Помилки ведення БА. Бронхіальна астма у дітей Хронічні неспецифічні захворювання бронхолегеневої системи у дітей. Диференційна діагностика інфекційних та алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів. Диференційна діагностика вірусних уражень ВДШ: риніти, риносинусити, фарингіти.» (укладач к.мед.н., доцент Лисунець О.В.) **затверджено** на методичній нараді кафедри пропедевтики дитячих захворювань та догляду за хворими дітьми 29.08.2024, протокол №1.

Завідувач кафедри



проф. Кулешов О.В.

1. Актуальність теми заняття

Поширеність бронхіальної астми (БА) у світі коливається від 3 до 11%. В Україні (по розрахунковим даним) – 3 – 5%. У дітей, в залежності від віку, частота БА 2- 5 %. В Росії зареєстровано 1,4 млн. хворих БА. Витрати на БА в світі складають біля 2% від усіх витрат на охорону здоров'я. Латентність від БА у дітей складає 1%, у дорослих від 2 до 4%. Своєчасна діагностика БА, уміння призначати контролюючі і симптоматичні лікарські засоби при БА, надавати невідкладну допомогу в період загострення БА і астматичному статусі надзвичайно важливі для майбутнього лікаря, що визначає необхідність вивчення даного розділу.

2. Навчальні цілі заняття

I. Ознайомчий рівень теоретичних знань Інтерн

повинен удосконалити знання принципів ведення і маршруту пацієнтів дитячого віку із найбільш поширеними гострими та хронічними хворобами органів дихання (αI)

II. Рівень репродуктивних теоретичних знань Інтерн повинен знати:

- АФО дихальної системи, вікові особливості
- клінічні симптоми та синдроми ураження дихальної системи
- патофізіологію інфекційного та токсико-алергічного процесу
- диференційну діагностику станів, асоційованих із інфекційним процесом у різні періоди дитячого віку
- які захворювання належать ГРВІ.
- подібності та відмінності у епідеміології, патогенезі, локалізації переважного ураження дихальних шляхів та клініці основних ГРВІ.
- етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику грипу.
- етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику аденовірусної інфекції.
- етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику респіраторно-сінцитальної інфекції.
- етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику парагрипу.
- етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику ріновірусної інфекції.
- загальні принципи лікування та профілактики усіх форм ГРВІ.
- клініко-лабораторну та інструментально-графічну діагностику захворювань органів дихання;

III. Рівень практичних навиків (професійний) Інтерн

повинен оволодіти:

(αIII)

- навичками диференційної діагностики
- тактикою ведення пацієнта

IV. Рівень професійних вмінь (професійний) Інтерн

повинен вміти:

- виявити в анамнезі чинники, які сприяють виникненню пневмопатії, провести аналіз анамнестичних даних.
- діагностувати ГСЛТ.
- провести диференціальний діагноз із захворюваннями, що мають подібні синдроми.
- сформулювати клінічний діагноз згідно з класифікацією.
- скласти план режимних, лікувальних та профілактичних заходів.
- правильно сформулювати діагноз.

3. Цілі розвитку особистості фахівця (виховні)

Здатність самостійно здійснювати професійну діяльність та розв'язувати специфічні для первинної медичної допомоги клінічні завдання на основі пацієнт-орієнтованого холистичного підходу в роботі із кожним пацієнтом/ родиною, що побудована на довготривалих довірчих відносинах лікар- пацієнт незалежно від соціального статусу, віку, статі, виниклої медичної проблеми та інших особливостей пацієнта, ефективному управлінні медичною практикою, забезпечуючи доступність, справедливість та якість надання первинної медичної допомоги відповідно до інтересів громади та законодавства України.

4. Міждисциплінарна інтеграція.

№	Дисципліни	Знати	Вміти
1.	Попередні (забезпечуючи) 1. Нормальна анатомія 2. Нормальна фізіологія	<ul style="list-style-type: none">- анатомо-фізіологічні особливості дітей патогенез- порушень фізичного розвитку	
2.	Наступні (забезпечувані) 1. Педіатрія 2. Імунологія 3. Клінічна біохімія 4. Клінічна фармакологія	<ul style="list-style-type: none">- показники фізичного розвитку- закони наростання маси- закони довжини тіла- специфічні та неспецифічні фактори імунного захисту- маркери активності запального процесу- покази, протипокази, побічну дію етіологічного, патогенетичного та симптоматичного лікування основного та супутнього захворювання і ускладнень	<ul style="list-style-type: none">- провести антропометричне вимірювання порівняти- отримані результати з нормативними показниками фізичного розвитку- провести об'єктивне обстеження дитини, інтерпретувати дані параклінічних досліджень- провести оцінку фізичного розвитку по графіках- виявити відхилення у фізичному розвитку дитини
3.	Внутрішньо предметна інтеграція: Обстеження дітей з ураженням різних систем	<ul style="list-style-type: none">- порушення фізичного розвитку дітей- клінічні прояви основного та супутніх захворювань	<ul style="list-style-type: none">- виявити відхилення у фізичному розвитку- інтерпретувати стандартні відхилення показників фізичного розвитку

5. Відбір змісту навчального матеріалу теми та його структурування

№	Етіологічний чинник	Клініка
1	2	3
1.	Класифікація ГРВІ	-етіологічні особливості кожного збудника інфекції; -місце локалізації патологічного процесу
2.	Особливості епідеміології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики грипу	-Джерело інфікування, шляхи передачі -основні патогенетичні ланки захворювання - інкубаційний період - клінічні особливості - можливі ускладнення - принципи лікування (етіотропна, патогенетична, симптоматична терапія) - планова та екстрена профілактика
3.	Особливості епідеміології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики парагрипу	-Джерело інфікування, шляхи передачі -основні патогенетичні ланки захворювання - інкубаційний період - клінічні особливості - можливі ускладнення - принципи лікування (етіотропна, патогенетична, симптоматична терапія) - профілактика
4.	Особливості епідеміології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики аденовірусної інфекції	-Джерело інфікування, шляхи передачі -основні патогенетичні ланки захворювання - інкубаційний період - клінічні особливості - можливі ускладнення - принципи лікування (етіотропна, патогенетична, симптоматична терапія) - профілактика

5.	Особливості епідеміології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики респіраторно-сінцитіальної інфекції	- Джерело інфікування, шляхи передачі - основні патогенетичні ланки захворювання - інкубаційний період - клінічні особливості - можливі ускладнення - принципи лікування (етіотропна, патогенетична, симптоматична терапія) - профілактика
6.	Особливості епідеміології, патогенезу, клініки, лікування та профілактики ріновірусної інфекції	- Джерело інфікування, шляхи передачі - основні патогенетичні ланки захворювання - інкубаційний період - клінічні особливості - можливі ускладнення - принципи лікування (етіотропна, патогенетична, симптоматична терапія) - профілактика

Середня тривалість деяких гострих респіраторних інфекцій

Гостра респіраторна інфекція	Середня тривалість хвороби
Гострий середній отит	4 доби
Гострий фарингіт/ гострий тонзиліт	1 тиждень
Гострий риносинусит	2,5 тижні
Гострий бронхіт, ларингіт, трахеїт, бронхіоліт	3 тижні

АЛГОРИТМ ВИБОРУ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ВАЖКОСТІ СЛТ

Оцінка важкості СЛТ (ступінь стенозу гортані)

Середньої важкості стан (I, I-II; індекс Уестлі <3 балів)	Важкий стан (II, II-II; індекс Уестлі 4-7 балів)	Загрозуючий життю стан (III, III-IV; індекс Уестлі > 8 балів)
---	--	---

Принципи терапії

Амбулаторне ведення або спостереження в умовах приймального відділення стаціонару	Госпіталізація	Ведення в умовах ВРІТ
	Кисень під контролем пульсоксиметрії	

Будесонід через небулайзер 1-2 мг, або дексаметазон 0,6 мг/кг або преднізолон 2-4 мг/кг всередину	Будесонід через небулайзер 2 мг Дексаметазон 0,6 мг/кг в/в. або дексаметазон 0,6 мг/кг в/в	Будесонід через небулайзер 2 мг Дексаметазон 0,6 мг/кг в/в. Адреналін через небулайзер 0,1 % 4 мл (не розводити, в якості носія бажано використовувати кисень). Будесонід через небулайзер 2 мг
Повторна оцінка стану через 1-2 години, при необхідності -повторне введення ГКС		
Виписка зі стаціонару за відсутності ознак стенозу гортані через 4 години	При недостатній ефективності — повторне призначення ГКС (інгальційних або системних)	

КЛАСИФІКАЦІЯ, ВИЗНАЧЕННЯ ТА КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ КРУПУ

Визначення і характеристика	Спастичний круп	Гострий ларинготрахеїт	Ларинготрахеобронхіт і ларинготрахеобронхопневмоніт	Дифтерія гортані
Визначення	Раптовий початок інспіраторного хрипу вночі, пов'язаний з незначною інфекцією верхніх дихальних шляхів без запалення	Запалення гортані та трахеї	Запалення гортані, трахеї та бронхів або легень; зазвичай схожий з початком ларинготрахеїту, але збільш тяжким захворюванням	Інфекція за участі гортані та інших частин дихальних шляхів через <i>Corynebacterium diphtheriae</i> , що веде до прогресування обструкції дихальних шляхів
Типовий вік при виникненні	Від 3 міс до 3 років	Від 3 міс до 3 років	Від 3 міс до 3 років	Будь-який вік
Індивідуальний і сімейний анамнез	Можливий сімейний анамнез крупу; можливий приступ раніше	Можливий сімейний анамнез крупу	Можливий сімейний анамнез крупу	Відсутність імунізації або недостатня імунізація
Продромальний період	Незначний риніт	Зазвичай риніт	Зазвичай риніт	Зазвичай риніт
Початок (час до повномасштабної хвороби)	Раптовий, завжди вночі; характерно, що дитина перед сном почувалася добре або мали місце симптоми	Помірно швидкий, але мінливий; початок імітує застуду з подразненням носа, кашель і	Зазвичай поступово прогресуючий в період від 12 год до 7 днів	Повільний, прогресуючий в період від 12 год до 7 днів

	легкої застуди, але яка раптово прокинулась з крупозним кашлем і хрипом	нежить; лихоманка з'являється протягом перших 24 годин; протягом 12-48 годин з'являються ознаки обструкції верхніх дихальних шляхів		
Симптоми	Захриплість і гавкаючий кашель, дисфагії немає, від мінімального до помірного хрипу при вдиханні, інтоксикація відсутня	Захриплість і гавкаючий кашель, дисфагії немає, від мінімального до важкого хрипу при вдиханні, зазвичай незначна інтоксикація	Захриплість і гавкаючий кашель, дисфагії немає, хрип при вдиханні, зазвичай важкий, типово інтоксикація	Захриплість і гавкаючий кашель, зазвичай дисфагія, від мінімального до важкого хрипу при вдиханні, зазвичай інтоксикація відсутня
Ознаки	Відсутні лихоманка, фарингіт; надгортанник нормальний	Лихоманка, зазвичай 37,8-40,5 °C; зазвичай незначний фарингіт; надгортанник нормальний	Лихоманка, зазвичай 37,8-40,5 °C; зазвичай незначний фарингіт; надгортанник нормальний	Лихоманка, зазвичай 37,8-40,5 °C; мембранозний фарингіт; надгортанник нормальний, але може містити плівку
Рентгенологічні дані	Підгортанне звуження в задньо-передній проекції	Підгортанне звуження в задньо-передній проекції	Підгортанне звуження в задньо-передній проекції, неоднорідна щільність м'яких тканин в трахеї в боковій проекції, двостороння пневмонія	Не практично
Лейкоцити	Норма	Деяко підвищені,	Зазвичай підвищені або ненормально	Зазвичай підви-

		з > 70% поліморф-ноядерних клітин	низькі, з > 70% ней-трофілів і підвище-ним відсотком паличкоподібних форм	щені, з підвищеним відсотком паличко-подібних форм
--	--	-----------------------------------	---	--

Бронхообструктивний синдром (БОС) - патофізіологічне поняття, що характеризує порушення бронхіальної прохідності при дуже широкому колі гострих і хронічних захворювань.

У генезі бронхіальної обструкції лежать різні патогенетичні механізми, які умовно можна розділити на функціональні, чи оборотні (бронхоспазм, запальна інфільтрація, набряк, мукоциліарний недостатність, гіперсекреція в'язкого слизу), і незворотні (вроджені стенози бронхів, їх облітерація та ін.)

У розвитку бронхіальної обструкції певну роль грають вікові особливості, властиві дітям перших трьох років життя. Вузькість бронхів і всього дихального апарату значно збільшують аеродинамічний опір. Так, набряк слизової бронхів всього на 1 мм викликає підвищення опору току повітря в трахеї більш ніж на 50%. Для дітей раннього віку характерні піддатливість хрящів бронхіального тракту, недостатня ригідність кісткової структури грудної клітини, вільно реагує втягнення поступливих місць на підвищення опору в повітроносних шляхах, а також особливості положення й будови діафрагми.

Значно обтяжувати протягом БОС у дітей можуть структурні особливості бронхіальної стінки, такі як велика кількість келихоподібних клітин, що виділяють слиз, і підвищена в'язкість бронхіального секрету, пов'язана з високим рівнем сіалової кислоти. Ранній дитячий вік характеризується недосконалістю імунологічних механізмів: значно знижене утворення інтерферону у верхніх дихальних шляхах, сироваткового імуноглобуліну А, секреторного імуноглобуліну А, знижена також функціональна активність Т-системи імунітету.

БОС найчастіше носить інфекційно-алергічний характер. До числа вірусів, найбільш часто викликають БОС, відносять респіраторно-синцитіальний вірус (близько 50%), потім парагрипу, рідше - віруси грипу та аденовірус. Останнім часом у розвитку БОС велика роль відводиться внутрішньоклітинним збудників. За нашими даними, хламідійна і мікоплазменна інфекції визначаються у 20% дітей з БОС.

На думку різних авторів, приблизно 20-25% бронхітів у дітей перебігають як гострий обструктивний бронхіт (ГОб), що істотно вище, ніж у дорослих. Особливо велика частота ГОб як прояви гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ) у дітей раннього віку. Це обумовлено тим, що в перші півтора року життя 80% всієї поверхні легенів припадає на дрібні бронхи (діаметром менше 2 мм), тоді як у дитини 6 років - уже 20%. Згідно з правилом Пуазеля резистентність повітроносних шляхів обернено пропорційна їх радіусу в 4-го ступеня. Обструктивний синдром тим більш ймовірний, ніж дистальне поразка бронхів.

Регуляція тонусу бронхів

Регуляція тонусу бронхів контролюється кількома фізіологічними механізмами, що включають складні взаємодії рецепторно-клітинної ланки і системи медіаторів. До них відносяться холінергічна, адренергічні, нейрогуморальна системи регуляції і, звичайно, розвиток запалення. Інтерлейкін-1 є основним медіатором, що ініціює гостру фазу запалення. Він активує каскад імунних реакцій, які сприяють виходу в периферичний кровотік медіаторів 1 типу (гістаміну, серотоніну та ін.) Гістамін вивільняється в ході алергічної реакції при взаємодії алергену з алергенспецифічеських IgE. Крім гістаміну, важливу роль у патогенезі запалення відіграють медіатори 2 типу (ейкозаноїди). Під дією циклооксигенази з арахідонової кислоти синтезуються простагландини, тромбоксан та

простациклін, а під дією ліпооксигенази - лейкотрієни. В результаті відбувається збільшення проникності судин, поява набряку слизової оболонки бронхів, гіперсекреція в'язкого слизу, розвиток бронхоспазма. Основним механізмом у патогенезі бронхоспазму є активація холінергічних нервових волокон, що призводить до збільшення продукції ацетилхоліну і підвищення концентрації гуанілатциклази, яка сприяє надходженню іонів кальцію всередину гладком'язових клітин, тим самим стимулюючи бронхоконстрикцію. Стимуляція В2-адренорецепторів катехоламінами, так само як підвищення концентрації цАМФ, зменшує прояви бронхоспазму.

Клінічна картина БОС

Клінічна картина БОС у дітей визначається в першу чергу факторами, що викликали бронхоконстрикцію. Як зазначалося вище, в більшості випадків БОС пов'язаний з проявами гострої респіраторної вірусної інфекції (гострий обструктивний бронхіт). У зв'язку з цим на початку хвороби відзначається підйом температури тіла, катаральні зміни верхніх дихальних шляхів, порушення загального стану дитини, їх вираженість, характер багато в чому варіюють залежно від того, який збудник привів до хвороби. Ознаки експіраторного утруднення дихання можуть з'явитися як в перший день захворювання, так і в процесі перебігу вірусної інфекції (на 3-5-й день хвороби). Поступово збільшується частота дихання і тривалість видиху. Дихання стає галасливим і свистячим, що пов'язано з тим, що в міру розвитку гіперсекреції, накопичення секрету в просвіті бронхів через задишку і лихоманки відбувається зміна в'язких властивостей секрету - він "підсихає", що й веде до появи дзижчачь (низьких) і свистячих (високих) сухих хрипів. Поразка бронхів носить розповсюджений характер, а тому жорстке дихання із сухими свистячими і дзижчачь хрипами чутно однаково над усією поверхнею грудної клітини. Хрипи можуть бути чутні на відстані. Чим молодша дитина, тим частіше у нього, крім сухих, можуть бути вислухані і вологі хрипи середньоміхурцеві. Якщо у генезі обструкції бронхів провідну роль відіграє спастичний компонент, то аускультативні дані над легкими зазвичай більш різноманітні і лабільні протягом дня. У міру збільшення вираженості задишки стає все більшим участь допоміжної мускулатури - втягнення міжребер'я, епігастрію і надключичних ямок, роздування (напруга) крил носа. Нерідко виявляється періоральний ціаноз, блідість шкірних покривів, дитина стає неспокійною, намагається прийняти сидяче положення з опорою на руки. Дихальна недостатність тим більше виражена, чим молодша дитина, але зазвичай при БОС вона не перевищує II ступеня. При фізикальному обстеженні, крім розсіяних сухих хрипів і жорсткого дихання, виявляють ознаки здуття легень: звуження меж відносної серцевої тупості, коробковий відтінок перкуторного тону. Здуття легень - наслідок спадання дрібних бронхіальних гілок на видиху, що призводить до так званої вентиляційної емфіземи. Об'єм легень збільшується. Грудна клітка перебуває ніби постійно в стані вдиху, тобто збільшена в передньо-задньому розмірі. Зміни в периферичній крові відповідають характеру вірусної інфекції. Бактеріальна флора нашаровується рідко - не більше 5%. Рентгенологічно, крім двостороннього посилення легеневого малюнка та розширення коренів легень, виявляють: низьке стояння сплюснені куполів діафрагми, підвищення прозорості легневих полів, подовження легневих полів, горизонтальне розташування ребер на рентгенограмі, тобто ознаки здуття легень.

Існує більше 100 захворювань у дитячому віці, що супроводжуються БОС не тільки запального генезу. Виділяють наступні групи захворювань, що супроводжуються БОС.

1. Захворювання органів дихання. Інфекційно-запальні захворювання (бронхіт, бронхіоліт, пневмонія). Алергічні захворювання (обструктивний бронхіт, бронхіальна астма). Бронхолегенева дисплазія. Пороки розвитку бронхолегеневої системи. Пухлини трахеї та бронхів.
2. Сторонні тіла трахеї, бронхів, стравоходу.
3. Захворювання аспіраційного генезу (або аспіраційний обструктивний бронхіт) - гастроезофагальний рефлюкс, трахеостравохідний свищ, пороки розвитку шлунково-кишкового тракту, діафрагмальна грижа.

4. Захворювання серцево-судинної системи вродженого і набутого характеру (вроджений порок серця з гіпертензією малого кола кровообігу, аномалії судин, вроджені Неревматичні кардити та ін.)
5. Захворювання центральної і периферичної нервової системи (пологова травма, міопатії та ін.)
6. Спадкові аномалії обміну (муковісцидоз, дефіцит альфа-1-антитрипсину, мукополісахаридози).
7. Вроджені і набуті імунодефіцитні стани.
8. Рідкісні спадкові захворювання.
9. Інші стани. Травми та опіки. Отруєння. Впливу різних фізичних і хімічних факторів зовнішнього середовища. Здавлювання трахеї та бронхів позалегеневого походження (пухлини, лімфогранулематоз).

6. План та організаційна структура заняття

№	Основні етапи заняття їх функції за зміст	Навчальні цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, індуктивності)	Розподіл часу (хв.)
1	Підготовчий етап	I	- Усне опитування	Питання	11,5
2	Організаційні заходи	II	- Контроль практичних навичок	Діти перших трьох років життя	77,4
3	Постановка навчальних цілей та мотивація Контроль вихідного рівня знань, навичок, умінь: - АФО дихальної системи, вікові особливості - клінічні симптоми та синдроми ураження дихальної системи - патофізіологію інфекційного та токсико-алергічного процесу - диференційну діагностику станів, асоційованих із інфекційним процесом у різні періоди дитячого віку	III			26,6

	<ul style="list-style-type: none"> - які захворювання належать ГРВІ. - подібності та відмінності у епідеміології, патогенезі, локалізації переважного ураження дихальних шляхів та клініці основних ГРВІ. - етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику грипу. - етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику аденовірусної інфекції. - етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику респіраторно-сінцитальної інфекції. - етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику парагрипу. - етіологію, епідеміологію, клініку, ускладнення, лікування та профілактику ріновірусної інфекції. 				
--	---	--	--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - загальні принципи лікування та профілактики усіх форм ГРВІ. - клініко-лабораторну та інструментально-графічну діагностику захворювань органів дихання; 				
4	<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок</p> <ul style="list-style-type: none"> - диференційно-діагностичного пошуку -тактичм ведення пацієнта 	III	Практичний тренінг	<ul style="list-style-type: none"> - професійні алгоритми -клінічне обстеження тематичного пацієнта з призначенням обстеження та лікування -підготовка до тестового екзамену ліцензійного інтегрованого іспиту для лікарів (фармацевтів/провізорів)-інтернів галузі знань «Здоров'я» Крок 3 	272,2
5 6 7	<p>Заключний етап</p> <p>Контроль та корекція рівня професійних навичок та умінь Підведення підсумків заняття (теоретично, практичного, організаційного)</p> <p>Домашнє завдання</p> <p>Основна:</p> <p>1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман;</p>	III	<ul style="list-style-type: none"> - Індивідуальний контроль навичок та їх результатів 	<ul style="list-style-type: none"> - діти різного віку - задачі Крок3 - журнал обліку відвідувань та успішності лікарів (провізорів)-інтернів 	74,3

<p>переклад 8-го англ. Видання, 2019. – Т1 -378 с., Т2 – 426 с.</p> <p>2. Nelson textbook 20th Edition by Robert M. Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. 2018. Видавництво: SAUNDERS</p> <p>4. Robert Kliegman Joseph St. Geme. Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set. 21st Edition. 2019. Elsevier. 4264 p.</p> <p>5. Клінічна педіатрія /за редакцією В.М.Дудник, 2021. Нова книга. 648 с.</p> <p>6. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник /Ю. В. Марушко, Р. Р. Шеф, Ф. С. Глумчер та ін., 2020. Медицина. 440с.</p> <p>Додаткова:</p> <p>1 Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «гострий обструктивний ларингіт (круп) у дітей» Сучасна педіатрія2(98) 2019, с.86-100</p> <p>Інформаційні ресурси</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://mozdocs.kiev.ua/index.php?nav=8 2. https://www.doh.gov.ua/catalog/mtd/pediatric 3. guidelines.moz.gov.ua 4. WONCA Global Standarts for Family Doctors Postgraduate Education https://wfme.org 				
---	--	--	--	--

	<p>rg</p> <p>5. http://clinical.evidence.bmj.com</p> <p>6. http://inmeds.com.ua/ – веб-ресурс «Єдиний медичний простір»</p> <p>7. http://mtd.dec.gov.ua</p> <p>8. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2023/07/2023_kn_bronhiolit.pdf</p> <p>9. https://www.dec.gov.ua/mtd/gostri-zapalni-zahvoryuvannya-verhnihdyhalnyh-shlyahiv-tavuha/</p> <p>10. http://amnu.gov.ua/wp-content/uploads/2020/files/05-2020/END-NASTANOV_A.pdf настанова Бронхіальна астма</p>				
--	---	--	--	--	--

7. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Теоретичні питання до заняття

1. Дати визначенні ГРВІ.
2. Основні форми ГРВІ.
3. Назвіть відмінності локалізації патологічного процесу органів дихання залежно від етіологічного агента ГРВІ.
4. Епідеміологічні особливості грипоподібної інфекції.
5. Назвіть можливі ускладнення ГРВІ
6. Які препарати можна використовувати для етіотропної терапії ГРВІ
7. Назвіть основні принципи профілактики грипу.

8. Які органи мішені вражаються при аденовірусній інфекції
9. Назвіть основні клінічні відмінності грипу та парагрипу.
10. Особливості перебігу респіраторно-сінцитіальної інфекції.
11. Невідкладна допомога при ГСЛТ та гіпертермічному синдромі
12. Діагностика та лікування БА

Література:

Основна:

1. Основи педіатрії за Нельсоном: у 2 томах. / Карен Дж. Маркданте, Роберт М. Клігман; переклад 8-го англ. Видання, 2019. – Т1 -378 с., Т2 – 426 с.
2. Nelson textbook 20th Edition by Robert M. Kliegman, MD, Richard E. Behrman, MD, Hal B. Jenson, MD and Bonita F. Stanton, MD. 2018. Видавництво: SAUNDERS
4. Robert Kliegman Joseph St. Geme. Nelson Textbook of Pediatrics, 2-Volume Set. 21st Edition. 2019. Elsevier. 4264 p.
5. Клінічна педіатрія /за редакцією В.М.Дудник, 2021. Нова книга. 648 с.
6. Невідкладні стани в педіатричній практиці: навчальний посібник /Ю. В. Марушко, Р. Р. Шеф, Ф. С. Глумчер та ін., 2020. [Медицина](#). 440с.

Додаткова:

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах «гострий обструктивний ларингіт (круп) у дітей» Сучасна педіатрія2(98) 2019, с.86-100

Інформаційні ресурси

11. <https://mozdocs.kiev.ua/index.php?nav=8>
12. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/pediatrica
13. guidelines.moz.gov.ua
14. WONCA Global Standards for Family Doctors Postgraduate Education
<https://wfme.org>
15. <http://clinicalevidence.bmj.com>
16. <http://inmeds.com.ua/> – веб-ресурс «Єдиний медичний простір
17. <http://mtd.dec.gov.ua>
18. https://www.dec.gov.ua/wpcontent/uploads/2023/07/2023_kn_bronhiolit.pdf
19. <https://www.dec.gov.ua/mtd/gostri-zapalni-zahvoryuvannya-verhniy-dyhalnyh-shlyahiv-ta-vuha/>
20. <http://amnu.gov.ua/wp-content/uploads/2020/files/05-2020/END-NASTANOVA.pdf> настанова Бронхіальна астма