

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

Пневмонії у дітей старшого віку. Ускладнення. Сучасні принципи ведення дітей хворих на пневмонію.

Вінниця

Методичні рекомендації для самостійної роботи при підготовці до практичного заняття лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика- сімейна медицина» (І рік навчання) за темою «Пневмонії у дітей старшого віку. Ускладнення. Сучасні принципи ведення дітей хворих на пневмонію.» (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

Захворювання органів дихання є найбільш поширеними хворобами серед дітей. При цьому особливе значення відводиться пневмоніям і різним бронхітам, частота яких практично не знижується, складаючи близько 1000 випадків на 100000 дитячого населення. Окремі форми пневмоній відрізняються тяжкістю перебігу, що може призвести до летального результату. Періодична зміна збудників захворювання, стан реактивності, варіабельність клінічної картини пневмонії, широке і нераціональне використання антимікробних препаратів призвело до помітного зниження ефективності ряду антибіотиків. Для успішного лікування пневмонії необхідні своєчасна діагностика і адекватна антибактеріальна терапія. Знання етіології, клініко-рентгенологічних критеріїв діагностики бронхітів, типових і атипових пневмоній та їх ускладнень, адекватної терапії..

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:

- визначення пневмоній
- поширеність і захворюваність на пневмонії у дитячій популяції
- фактори ризику розвитку пневмоній
- класифікацію пневмоній
- етіологічний спектр пневмоній у залежності від місця їхнього виникнення і віку дитини
- фази патогенезу пневмонії
- принципи клінічної діагностики
- ускладнення пневмонії
- варіанти перебігу і наслідки гострих пневмоній
- основні методи діагностики, які слід застосовувати для верифікації діагнозу;
- принципи менеджменту гострих та хронічних хвороб дихання у дітей;
- маршрут пацієнтів дитячого віку із найбільш поширеними гострими та хронічними хворобами крові, кровотворних органів.

III. Рівень практичних навиків (професійний) Інтерн

повинен оволодіти:

(αIII)

- навичками диференційної діагностики
- тактикою ведення пацієнта

IV. Рівень професійних вмінь (професійний)

Інтерн повинен вміти:

- провести фізикальне обстеження хворої дитини та оцінити отримані дані;
- призначати план клініко- лабораторного та інструментального обстеження хворої дитини;
- оцінити дані клінічних аналізів сечі, крові та інструментальних методів обстеження дитини;
- проводити діагностику та диференціальну діагностику хвороб органів дихання складати план лікування, реабілітації та профілактики
- виявити в анамнезі чинники, які сприяють виникненню пневмонії, провести аналіз анамнестичних даних.
- провести диференціальний діагноз із захворюваннями, що мають подібні синдроми.
- сформулювати клінічний діагноз згідно з класифікацією

- оцінити ступінь ризику виникнення можливих ускладнень
- скласти план режимних, лікувальних та профілактичних заходів.

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 холістичного 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"> - анатоμο-фізіологічні особливості дітей патогенез - порушень фізичного розвитку 	
2.	Наступні (забезпечувані) 1. Педіатрія 2. Імунологія 3. Інфекційні захворювання 4. Клінічна біохімія 5. Фармакологія 6. Мікробіологія	<ul style="list-style-type: none"> - показники фізичного розвитку - закони наростання маси - закони довжини тіла - поняття про специфічні та неспецифічні фактори захисту - поняття про активність запального процесу та біохімічні маркери - поняття про специфічне та неспецифічне запалення - поняття про антибіотикорезистентність - поняття про антибактеріальну степ-терапію 	<ul style="list-style-type: none"> - провести антропометричне вимірювання порівняти - отримані результати з нормативними показниками фізичного розвитку оцінити дані об'єктивного обстеження та анамнестичні і параклінічні дані - 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 основних респіраторних розладів у дітей 	<ul style="list-style-type: none"> - виявити відхилення у фізичному розвитку інтерпретувати стандартні відхилення показників фізичного розвитку

		різного віку та ймовірні причини розвитку	інтерпретувати дані біохімічного та мікробіологічного лабораторного обстеження відповідно до віку дитини
--	--	---	--

5. Вибір змісту навчального матеріалу теми та його структурування

Пневмонія - гостре інфекційно-запальне захворювання різної етіології з переважним включенням до патологічного процесу респіраторних відділів та наявністю внутрішньоальвеолярної запальної ексудації, яке діагностується за синдромом дихальних розладів, фізикальних даних, а також за інфільтративними чи вогнищевими змінами на рентгенограмі.

Класифікація:

Групи пневмоній: *первинні та вторинні. При первинній пневмонії патологічний процес спочатку розвивається у легеневій тканині й класифікується як основне захворювання; при вторинній – ускладнює інші хвороби.*

За морфологічними формами

1. Вогнищева (вогнищево-зливна)
2. Крупозна
3. Сегментарна (моно- чи полісегментарна)
4. Інтерстиціальна

За місцем виникнення та етіологією

Позалікарняна (“домашня”)

- пневмокок
- стафілокок
- H. Influenzae
- стрептокок
- мікоплазма
- Chlam.pneum.
- легіонела
- віруси

Внутрішньолікарняна (госпітальна, нозокоміальна)

- стафілокок
- H. Influenzae
- E. coli
- Branchamella
- Pseudomonas
- протей
- Serratia
- віруси

Вроджена / неонатальна

- Chlam. trachom.
- пневмоцисти
- уреоплазма
- цитомегаловірус

У хворих з імунodefіцитом

- бактеріальна
- пневмоцисти
- гриби
- мікобактерії
- цитомегаловірус

За перебігом

- гостра
- затяжна

По наявності ускладнень

- неускладнена
- ускладнена

Ускладнення:

<i>Легеневі ускладнення</i>	<i>Позалегеневі ускладнення</i>
- синпневмонічний плеврит	- інфекційно-токсичний шок
- метапневмонічний плеврит	- ДВЗ – синдром

- легенева деструкція	- серцево-судинна недостатність
- пневмоторакс, піопневмоторакс	- респіраторний дистрес-синдром дорослого типу

Етіологія пневмонії

Етіологічний спектр пневмоній багато в чому залежить від місця її виникнення і віку дитини. Оскільки провести етіологічний експрес-діагноз досить складно, ці фактори важливо враховувати при виборі антибактеріального препарату.

Позалікарняні пневмонії

Діти перших 6 місяців життя.

При відсутності контактів з респіраторними хворими діти цього віку рідко мають в якості збудника звичайну пневмотропну флору. Серед бактеріальних збудників у них переважають стафілокок, кишкова паличка та інша кишкова флора, що і визначає вибір противомікробних препаратів. Іншою етіологічною особливістю пневмоній у дітей перших 6 місяців життя є висока частота захворювань, що викликані *Chlamidia trachomatis* (25%); інфікування відбувається під час пологів, хоча описано і внутрішньоутробний шлях зараження. Той же генез мають пневмонії, які викликані уреаплазмою (*Ureaplasma urealytica*). У недоношених дітей можуть спостерігатися пневмоцистні пневмонії з торпідним перебігом. Варто пам'ятати, що пневмонія в дитини перших місяців життя часто виникає як початковий прояв синдрому хронічної аспірації їжі, муковісцидозу, первинного імунodefіцитного стану.

Діти старше 6 років

Ведучим збудником захворювання в дітей старше 6 місяців лишається пневмокок. На другому місці по частоті знаходиться капсульна форма *Neisseria meningitidis* типу "b". Серед дітей старше 5 років збільшується частка хворих пневмонією, що викликана *Mycoplasma pneumoniae*. У дітей шкільного віку пневмонії можуть бути обумовлені *Chlamidia pneumoniae*. Респіраторно-вірусні інфекції передують бактеріальним пневмоніям у 1/3 - 1/2 випадків.

Внутрішньолікарняні пневмонії

Розвиток внутрішньолікарняних пневмоній відбувається звичайно на тлі внутрішньолікарняної респіраторно-вірусної інфекції; особливо значна захворюваність дітей першого року життя. Внутрішньолікарняні пневмонії викликаються двома групами збудників: лікарняною флорою, звичайно резистентною до більшості антибіотиків (клебсієла, протей, псевдомонади, синьогнійна паличка, серація), або аутофлорою носо- і ротоглотки хворого.

Ознаки бактеріальної інфекції	Ознаки вірусної інфекції
<ul style="list-style-type: none"> • лихоманка $> 38,5^{\circ}\text{C}$, • задишка $> 50/\text{мін}$ • обмеження екскурсій грудної клітини • клінічні та рентген ознаки ущільнення легеневої тканини або колапсу • свистячі хрипи не є ознаками первинної бактеріальної інфекції ІНДП • вірусна інфекція може супроводжувати бактеріальну 	<ul style="list-style-type: none"> • частіше зустрічається у немовлят і дітей молодшого віку • свистячі хрипи • лихоманка $< 38,5^{\circ}\text{C}$, • ЧД нормальна або кілька підвищена • обмеження екскурсій грудної клітини • ознаки перерозтягнення легеневої тканини • на рентгенограмі перерозтягнуті ділянки легеневої тканини чергуються з колабованими (у 25%)

	<ul style="list-style-type: none"> • у важких випадках дольовий колапс
--	---

Патогенез

Проникнення інфекційних агентів у легені здійснюється бронхогенним (аерогенним), гематогенним і лімфогенним шляхами.

Розрізняють наступні патогенетичні фази пневмоній:

- розвиток токсикозу
- розвиток гіпоксії (респіраторної, гемічної, циркуляторної, тканинної).
- порушення анаеробного й аеробного метаболізму → порушення кислотно-основного стану → метаболічний ацидоз
- водно-електролітні порушення + токсикоз
- активація вільно-радикального окислювання → універсальна поразка клітинних мембран
 - розвиток коагуляційних порушень → ДВЗ синдром

Клінічна діагностика пневмоній

I. Симптоми загального характеру

Температура. Підвищення температури до фебрильних цифр у перші дні захворювання спостерігається часто як при ГРВІ, так і при пневмонії, однак температура нижче 38°C у дітей з гострою пневмонією відзначається рідко, що дозволяє зняти цей діагноз (! з обережністю - у дітей до 2 місяців, у яких можуть спостерігатися афебрильні форми). Фебрилітет більш ніж 3 доби, навпроти, характерний для пневмонії, в той час як при ГРВІ спостерігається лише у 20% випадків.

Задишка. Показники частоти подиху, що свідчать на користь пневмонії, визначений ВООЗ таким чином:

Вік	Частота в хвилину
Менше 2 мес.	більш 60
2-12 мес.	більш 50
1-5 років	більш 40

Ці показники варто враховувати під час відсутності бронхіальної обструкції чи стрідору, оскільки механічна перешкода диханню саме по собі сприяє його частішанню. Задишка як ознака пневмонії спостерігається частіше у дітей раннього віку, при великих осередкових і інтерстиціальних процесах.

Ціаноз. Спостерігається лише при украй важких пневмоніях, що супроводжуються дихальною недостатністю, і не може служити раннім симптомом пневмонії.

Токсикоз - Збірне поняття, що свідчить про тяжкість перебігу захворювання. Такі ознаки, як порушення свідомості, сонливість, сильне збудження, розлад мікроциркуляції, вимагають негайної госпіталізації незалежно від наявності інших симптомів.

II. Локальна фізикальна симптоматика

Спостерігається укорочення перкуторного звуку, ослаблення і / чи бронхіальний відтінок подиху, локальні хрипи над місцем поразки. Проте дані симптоми зустрічаються не завжди, а відсутність хрипів у ранньому періоді бактеріальної пневмонії, скоріше правило, ніж виняток.

III. Параклінічні дані

Зміни крові: Характерні для бактеріальної інфекції зміни - лейкоцитоз

> 10•10⁹/л, ШОЕ > 10 мм/год і зсув лейкоцитарної формули > 5 паличкоядерних та інших юних форм - спостерігається лише у половини хворих на початку захворювання, таким

чином нормальна гемограма не виключає цього діагнозу. У той же час при відсутності інших ознак пневмонії зміни крові повинні змусити провести рентгенологічне дослідження хворого.

Рентгенодіагностика пневмоній

Проведення рентгенівського дослідження:

- дозволяє виправити помилкові клінічні діагнози і позбути хворого від непотрібної терапії
- уточнює форму пневмонії, допомагає у виборі лікування
- дозволяє діагностувати ряд інших захворювань з подібною клінічною картиною.

Для діагностики пневмонії звичайно буває досить знімка в прямої проекції. Бічна проекція бажана при локалізації процесу за тінню серця.

Пневмонічний статус у дітей раннього віку:

- задишка без ознак бронхообструкції,
- дистантні періоральні хрипи при наявності синдрому бронхообструкції,
- блідість шкіри з періоральним цианозом, який підсилюється при збудженні або при годуванні,

Об'єктивне обстеження:

-при перкусії грудної клітини скорочення перкуторного звуку над проекцією інфільтрації легеневої тканини, на 3-й –5-й день захворювання можуть бути ділянки з тимпанічним відтінком,

-при аускультатії легень бронхіальне, послаблене(над вогнищем інфільтрації) або жорстке дихання, на 3-й-5-й день захворювання при розсмоктуванні вогнищ запалення з'являються локалізовані дрібнопухирцеві та крепітуючі вологі хрипи, при злитті вогнищ вислуховуються бронхіальне дихання, дрібні та крепітуючі вологі хрипи.

Загальні симптоми:

-кашель вологий або сухий малопродуктивний, часто до появи кашлю у акті дихання беруть участь допоміжні м'язи – роздування крилець носа, інспіраторне втягування ямки над грудиною.

- нежить,
- кволість, відсутність апетиту, анорексія, відсутня динаміка ваги,
- порушення терморегуляції,
- прояви різних ступенів токсикозу.

Рентгенографія легень-наявність однієї інфільтрації легеневої тканини, інфільтрація коренів легень на боці ураження з збільшенням лімфовузлів; вогнище інфільтрації без чітких кордонів при вогнищевій пневмонії(на відміну від чітких сегментарних тіней при сегментарній пневмонії), посилення легеневого малюнку в перифокальних зонах.

Загальний аналіз крові-лейкоцитоз, нейтрофільне зрушення формули крові, підвищена ШОЕ .

Біохімічне дослідження крові- наявність С- реактивного білку, підвищений рівень сіалових кислот, гіпергамаглобулінемія.

Пневмонічний статус у дітей старшого віку:

- як правило, розвивається на тлі гострої вірусної інфекції, трахеобронхіту,
- підвищення температури від субфебрилітету до високих цифр,
- вологий кашель, рідше- сухий малопродуктивний,
- помірно тахіпное,
- перкуторно- скорочення перкуторного звуку над вогнищем інфільтрації та тимпаніт над іншими зонами легень(за рахунок вікарної емфіземи)

- -аускультативно- над ділянками перкуторного скорочення -дихання ослаблене або з бронхіальним відтінком; поряд з сухими , крупно- та середньопухирчастими хрипами вислуховуються дрібні та крепітуючі хрипи відповідно до фокусів та вогнищ запалення.

При рентгенографії легень- рентгенологічна картина залежить від фази розвитку запального процесу. В період вираженої клінічної картини хвороби на рентгенограмі виявляють вогнищеві тіні різних розмірів , частіше розміщених локалізовано. При сегментарних пневмоніях – гомогенна тінь з чіткими контурами в межах сегменту. У фазі репарації рентгенологічно зменшення інфільтрації аж до зникнення інфільтрації при видужанні.

В аналізі крові- помірний лейкоцитоз,, нейтрофільний зсув формули крові вліво, прискорення ШОЕ до 20 мм/год.

ПОКАЗАННЯ ДО ГОСПІТАЛІЗАЦІЇ.

Лікуванню у стаціонарі підлягають хворі на гостру пневмонію:

- у віці до 3 років,
- з ускладненим перебігом захворювання,
- при наявності дихальної недостатності 2-3 ступеня і нестабільній гемодинаміці,
- діти з гіпотрофією,
- діти з вродженими вадами розвитку серцево-судинної системи, аномаліями розвитку трахео- бронхіальної системи та легень,
- з несприятливим преморбідним фоном,
- з наявністю супутніх хронічних захворювань,
- за несприятливих соціально-побутових умов.

Діти з деструктивною пневмонією, плевритом потребують переведення до хірургічного відділення. Показанням до термінового переведення є виникнення пневмотораксу і піопневмотораксу.

Лікуванню в домашніх умовах підлягають діти, хворі на гостру пневмонію:

- у віці понад 3 роки,
- при легкому неускладненому перебігу захворювання,
- при відсутності токсикозу,
- при відсутності дихальної недостатності і серцево-судинної недостатності, або важких порушень в інших органах та системах організму,
- при достатньому рівні загальної і санітарної культури членів родини,
- за впевненості в чіткому виконанні батьками всіх призначень лікаря.

АНТИБАКТЕРІАЛЬНА ТЕРАПІЯ.

Основні групи антибіотиків, які можуть бути використані(у ранжированній послідовності):

- напівсинтетичні пеніциліни,
- напівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою,- цефалоспорины,
- макроліди,
- аміноглікозиди I-III поколінь (застосування гентаміцину небажане в зв'язку з відсутністю чутливості антибіотику до пенвмококу),
- похідні метронідазолу (метронідазол, метрогил та інш.),
- в окремих випадках тяжкого перебігу з загрозою для життя – фторхінолони (призначаються дітям з 12 років).

Для стартової емпіричної терапії середнього та середньо-важкого перебігу гострої пневмонії у дітей можна рекомендувати наступну схему□ - бета-лактамі антибіотики (пеніциліни, пеніциліни, захищені клавулановою кислотою, цефалоспорины або карбопеніми) плюс макроліди.

Антибактеріальна терапія повинна призначатися в максимально ранні строки, що дозволить знизити рівень летальності. При використанні комбінації антибактеріальних препаратів необхідно враховувати синергізм та антагонізм їх дії.

Повний ефект від антибіотикотерапії – зниження температури тіла до рівня нижче 38° С за 24- 48 год. при неускладненій і за 2-4добы – при ускладненій пневмонії з покращенням загального стану хворого: відновлення апетиту, зменшення задишки, нормалізації лабораторних показників крові. При такій ситуації антибіотик не міняють, а парентеральне введення препарату замінюють на пероральний прийом. Якщо в аптеці відсутні ентеральні форми антибіотиків- повний курс антибактеріальної терапії провадять парентерально.

Частковий ефект – збереження лихоманки довше вказаних строків при клінічному покращенні і відсутність негативної рентгенологічної динаміки; змінювати антибіотик не потрібно.

Відсутність ефекту - збереження лихоманки при погіршенні загального стану зростання патологічних змін у легенях при об'єктивному обстеженні та при рентгенографії легень(поява нових вогнищ інфільтрації, їх злиття, виникнення плеврально-легеневих ускладнень). Потрібно здійснити заміну антибіотика. Це бажано зробити з урахуванням результатів бактеріологічного дослідження мокротиння..

Показанням до застосування інших антибіотиків є відсутність клінічного ефекту від препарату першого вибору протягом 48-72 годин при неускладненій і 36-48 годин при ускладненій пневмонії, а також розвиток небажаних медикаментозних реакцій. Орієнтирами для відміни антибіотиків, окрім позитивної клінічної динаміки, є тенденція до нормалізації рентгенологічної картини , показників крові.

Профілактика ускладнень антибіотикотерапії обов'язково передбачає призначення вітамінів, при тривалому застосуванні антибіотиків широкого спектру – призначення пробіотиків(мультипробіотиків). При вірусно - бактеріальній етіології пневмонії рекомендується застосування інтерферонів.

Жарознижуючі засоби при гострій пневмонії призначають:

- дітям у віці до 3-х місяців при температурі тіла вище 38°С - при наявності фебрильних судом у анамнезі,
- хворим із температурою вище 39-39,5°С,
- при погіршенні стану дитини, появі трясці, блідості шкіряних покривів та інших проявів токсикозу – — блідий варіант лихоманки || одночасно з спазмолітиками периферичної дії.

У якості жарознижуючих засобів у дітей використовують парацетамол та ібупрофен, група ЦОГ1,2.

Токсикоз – це своєрідна реакція дитячого організму на дію інфекційних чинників вірусно-бактеріального походження, що проявляється маніфестацією інфекційно-токсичного шоку та токсичного ураження ЦНС (гіпоталамусу та центрів вегетативної інервації). (Цибулькін Е.К.)

6. План та організаційна структура заняття

№	Основні етапи заняття їх функції за зміст	Навчальні і цілі в рівнях засвоєння	Методи контролю і навчання	Матеріали методичного забезпечення (контролю, наочності, індуктивності)	Розподіл часу (хв.)

1	Підготовчий	I	- Усне	Питання	11,5
2	етап		опитуванн		
3	Організаційні	II	я	Задачі	77,4
	заходи	II	Розв'язува		
	Постановка навчальних	III	ння	Діти різного віку	
	цілей та мотивація		ситуаційни		
	Контроль вихідного рівня		х задач		26,6
	знань, навичок, умінь:		- Контроль		
	визначення пневмоній		практични		
	- поширеність і		х навичок		
	захворюваність на				
	пневмонії у дитячій				
	популяції				
	- фактори ризику				
	розвитку пневмоній				
	- класифікацію				
	пневмоній				
	- етіологічний спектр				
	пневмоній у				
	залежності від місця				
	їхнього виникнення				
	і віку дитини				
	- фази патогенезу				
	пневмонії				
	- принципи клінічної				
	діагностики				
	- ускладнення				
	пневмонії				
	- варіанти перебігу і				
	наслідки гострих				
	пневмоній				
	- сновні методи				
	діагностики, які слід				
	застосовувати для				
	верифікації				
	діагнозу;				
	- принципи				
	менеджменту				
	гострих та				
	хронічних хвороб				
	дихання у дітей;				
	- маршрут пацієнтів				
	дитячого віку із				
	найбільш				
	поширеними				
	гострими та				
	хронічними				
	хворобами крові,				
	кровотворних				
	органів.				

4	<p>Основний етап</p> <p>Формування професійних вмінь та навичок</p> <ul style="list-style-type: none"> - диференційно-діагностичного пошуку - тактичн 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 екзамєну ліцензійного інтегрованого іспиту для лікарів (фармацевтів/провізорів)-інтернів галузі знань «Охорона 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> <ol style="list-style-type: none"> 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. 	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>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. <u>Медицина</u>. 440с.</p> <p>Додаткова: Niederman MS, Cilloniz C. Aspiration pneumonia. Rev Esp Quimioter. 2022 Apr;35 Suppl 1(Suppl 1):73-77. doi: 10.37201/req/s01.17.2022. Epub 2022 Apr 22. PMID: 35488832; PMCID: PMC9106188.</p> <p>Chee E, Huang K, Haggie S, Britton PN. Systematic review of clinical practice guidelines on the management of community acquired pneumonia in children. Paediatr Respir Rev. 2022 Jun;42:59-68. doi: 10.1016/j.prrv.2022.01.006. Epub 2022 Feb 4. PMID: 35210170.</p> <p>Інформаційні ресурси</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. https://mozdocs.kiev.ua/index.php?nav=8 2. https://www.dce.gov.ua/catalog/pediatric 3. guidelines.moz.gov.ua 4. WONCA Global Standards for Family Doctors Postgraduate Education https://wfme.org 5. http://clinical.evidence.bmj.com 6. http://inmeds 				
---	--	--	--	--

	<p>com.ua/ – веб-ресурс «Єдиний медичний простір</p> <p>7. http://mtd.dec.gov.ua</p> <p>8. http://www.aafp.org/home.html American Academy of Family Physicians</p> <p>9. http://www.wamf.org The Association of the Scientific Medical Societies in Germany</p> <p>10. https://www.dec.gov.ua/mtd/pozalika_rnya_ni-pnevmonii_yi-u-ditej/ Поза лікар няні пнев монії у</p>				
--	--	--	--	--	--

	дітей 11. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_723_akn_mkvsz.pdf наста нова муко вісци доз				
--	---	--	--	--	--

7. Матеріали методичного забезпечення заняття.

Теоретичні питання до заняття

1. Визначення пневмонії. Класифікація пневмоній.
2. Етіологія пневмоній у віковому аспекті
3. Діагностичні критерії пневмонічного статусу у дітей раннього та старшого віку.
4. Провести диф. діагностику серозного ексудативного плевриту з нижньодолевою пневмонією.
5. Провести диф. діагностику ателектазу, абсцесу і плевриту.
6. Профілактика пневмоній та її ускладнень у дітей.
7. Тактика ведення хворої дитини при різних клінічних варіантах перебігу пневмонії у дітей.
8. Невідкладна допомога при гострій дихальній недостатності в залежності від причини виникнення та ступеня тяжкості.
9. Визначення і класифікація вроджених вад розвитку органів дихання.
10. Клініка, диф. діагностика і лікування агенезії і аплазії легенів
11. Проста і кістозна гіпоплазія легенів і її часток, клініка, диф. діагностика, роль додаткових методів дослідження, лікування.
12. Вроджена трахеобронхомалія, синдром Вільямса-Кемпбелла вроджена бронхомалія, клініка, диф. діагноз, додаткові методи обстеження, особливості проведення бронхоскопії, роль спірографічного, імунологічного обстежень.
13. Етіологія, клініка, діагностика муковісцидозу.
14. Лікарський супровід пацієнта з муковісцидозом.

Практичні питання до заняття:

1. Зібрати скарги, анамнез, обстежити об'єктивно хвору дитину для постановки попереднього діагнозу.
2. Планувати обстеження хворої дитини та інтерпретувати отримані результати при найбільш поширених захворюваннях органів дихання у дітей.
3. Провести диференційну діагностику пневмоній і її ускладнень у дітей.
4. Знати тактику ведення хворої дитини при ускладнених пневмоніях.
5. Надати невідкладну допомогу при гострій дихальній недостатності в залежності від причин виникнення та ступеня тяжкості.

Задачі

1 Катя, 12 років, захворіла гостро. Захворювання почалося з підвищення температури тіла до 39,2^о, головного болю, ознобу, слабості, болю в суглобах і м'язах, закладеності носа, першіння у горла. При об'єктивному дослідженні відзначається гіперемія обличчя, ін'єкція судин склер, гіперемія задньої стінки глотки, енантема на м'якому небі, утруднення носового дихання з незначним серозно-слизовим виділенням. Над легенями дихання жорстке, хрипів немає. Проведіть диференційний клінічний діагноз

2 Дитина 4 місяців госпіталізована з діагнозом пневмонія. В анамнезі - тривалий кон'юнктивіт у періоді новонародженості. Початок даного захворювання поступовий на фоні нормальної температури з наростанням кашлю і задишки. Відзначається добрий ефект від призначеного per os азітромаїцину.

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:

Niederman MS, Cilloniz C. Aspiration pneumonia. Rev Esp Quimioter. 2022 Apr;35 Suppl 1(Suppl 1):73-77. doi: 10.37201/req/s01.17.2022. Epub 2022 Apr 22. PMID: 35488832; PMCID: PMC9106188.

Chee E, Huang K, Haggie S, Britton PN. Systematic review of clinical practice guidelines on the management of community acquired pneumonia in children. Paediatr Respir Rev. 2022 Jun;42:59-68. doi: 10.1016/j.prrv.2022.01.006. Epub 2022 Feb 4. PMID: 35210170.

Інформаційні ресурси

1. <https://mozdocs.kiev.ua/index.php?nav=8>
2. https://www.dec.gov.ua/cat_mtd/pediatriciya
3. guidelines.moz.gov.ua
4. WONCA Global Standards for Family Doctors Postgraduate Education <https://wfme.org>
5. <http://clinicalevidence.bmj.com>
6. <http://inmeds.com.ua/> – веб-ресурс «Єдиний медичний простір
7. <http://mtd.dec.gov.ua>
8. <http://www.aafp.org/home.html> American Academy of Family Physicians
9. <http://www.awmf.org> The Association of the Scientific Medical

Societies in Germany

10. <https://www.dec.gov.ua/mtd/pozalikarnyani-pnevmoniyi-u-ditej/> Позалікарняні пневмонії у дітей
11. https://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_723_akn_mkvsz.pdf настанова муковісцидоз