

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені Данила Галицького
кафедра педіатрії і неонатології ФПДО**

**ІНТЕРНАТУРА “ПЕДІАТРІЯ”
(2-й рік навчання)**

Методичні розробки для практичних і семінарських занять

Методичні розробки підготували: проф.Ю.С.Коржинський, доц.Л.П.Сакалош, доц.Б.Р.Коцай, доц.О.В.Омельяненко, доц.Т.З.Марченко, ас. Г.М. Троцький.

Відповідальний за випуск: проф.Ю.С.Коржинський

Рецензенти: проф.С. Л. Няньковський, проф.Л.В.Беш

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

Метою 2-ого року навчання в інтернатурі зі спеціальності „Педіатрія” є підготовка лікаря-інтерна-педіатра й визначення рівня його знань і умінь відповідно до вимог кваліфікаційних характеристик. Важливим завданням навчання в інтернатурі на цьому етапі є поглиблення професійних знань, удосконалення практичних умінь і навичок інтернів-педіатрів, ознайомлення лікарів-інтернів з останніми досягненнями в педіатрії, надання їм допомоги у підготовці до самостійної практичної діяльності.

Методична розробка складена на основі типового навчального плану і програми спеціалізації (інтернатури) випусників вищих медичних закладів освіти III-IV рівнів акредитації зі спеціальності “Педіатрія” (Київ). Методична розробка затверджена методичною комісією факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.

Зміст програми навчання охоплює обсяг теоретичних знань і практичних навичок, необхідних лікарю-інтерну-педіатру для проведення самостійної роботи.

Після проходження навчання в інтернатурі курсу проводиться заключна конференція й іспит.

Лікарям-інтернам, які успішно склали ліцензійний іспит Крок-3 і заключний екзамен на кафедрі, видається сертифікат спеціаліста встановленого зразка.



**НАВЧАЛЬНИЙ ПЛАН ІНТЕРНАТУРИ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ
«ПЕДІАТРІЯ» (2-й рік)**

Тривалість навчання – 4 міс (624 год)
**РОБОЧА ПРОГРАМА НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРИ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ
«ПЕДІАТРІЯ» (2-Й РІК)**

№	Назва курсу (розділу)	Кількість годин			
		Лекції	Практ	Семін.	Разом
1	Організація педіатричної допомоги в Україні. Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям. Контроль за станом здоров'я дітей	4	24	8	36
2	Хвороби органів кровотворення. Геморагічні і тромбоцитарні захворювання.	4	24	8	36
3	Хвороби органів травлення	4	72	32	108
4	Хвороби сечової системи	4	42	16	62
5	Туберкульоз	2	18	8	28
6	Інтенсивна терапія та реанімація	2	28	8	38
7	Військово-спеціальна підготовка	0	8	18	26
	ЕКЗАМЕН	-	-	6	6
	РАЗОМ	20	216	104	340
	<u>СУМІЖНІ ДИСЦИПЛІНИ</u>				
1	Медична інформатика - базовий комп'ютерний контроль - заключний комп'ютерний контроль	2	2 2	0 0	4 2
2	Дитячі інфекційні хвороби	8	50	8	66
3	Медична генетика	2	14	2	18
4	Дитяча неврологія	16	44	12	72
5	Дитяча отоларингологія	4	10	4	18
6	Дитяча дерматологія	2	8	2	12
7	Хірургія дитячого віку	2	14	2	18
8	Клінічна фармакологія	2	4	2	8
9	Медична психологія	2	4	2	8
1	Дитяча психологія	2	6	2	10
1	Дитяча гінекологія і планування сім'ї	2	8	2	12
1	Клінічна патанатомія	4	0	2	6
1	Радіаційна медицина	2	6	4	12
1	СНІД. Вірусні гепатити	4	2	6	12
1	Дитяча психіатрія	2	2	2	6
1	РАЗОМ	56	176	52	284
1	ВСЬОГО ЗА ЦИКЛ	76	392	156	624

**ОБ'ЄМ ЗНАТЬ, НЕОБХІДНИЙ ДЛЯ СКЛАДАННЯ ІСПИТУ НА СЕРТИФІКАТ
СПЕЦІАЛІСТА:**

Всі навчальні елементи, викладені в уніфікованій програмі циклу навчання в інтернатурі з спеціальності "Педіатрія", відповідні практичні навички і участь в науково-дослідній роботі за спеціальністю.

**ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ЛЕКЦІЙ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ
«ПЕДІАТРІЯ» (2-Й РІК)**

№ п/п	Код курсу	Код теми	Тема	К-ть годин
	01		ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ	
1.		1.1	Організація амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям	2
2.		1.2	Організація медичної допомоги новонародженим.	2
	02		ФІЗІОЛОГІЯ І ПАТОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ	
3.		2.1	Судорожний синдром у дітей	2
4.		2.2	Внутрішньоутробні інфекції	2
5.		2.3	Сепсис новонароджених	2
6.		2.4	Перинатальні гіпоксично-ішемічні пошкодження ЦНС. Пологова травма ЦНС і ПНС.	2
	03		ФІЗІОЛОГІЯ ДИТИНИ ТА РУБІЖНІ СТАНИ	
7.		3.1	Рахіт у дітей	
8.		3.2	Анемії у дітей раннього віку	2
	04		ХАРЧУВАННЯ ЗДОРОВИХ І ХВОРИХ ДІТЕЙ	
9.		4.1	Сучасна концепція збалансованого харчування	2
10.		4.2	Харчування хворих дітей	2
	06		ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	
11.		6.1	Гострий (простий) бронхіт у дітей	2
12.		6.2	Гостра пневмонія, сучасна етіологічна структура, патогенез, клініка, лікування	2
13.		6.3	Бронхіальна астма: етіологія, патогенез, клініка, діагностика	2
	07		ХВОРОБИ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ	
14.		7.1	Первинні та вторинні артеріальні гіпертензії та гіпотензії	2
15.			Хвороби серця неревматичної природи	2
	08		ДИФУЗНІ ХВОРОБИ СЛОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	
16.		8.1	Ревматизм. Дифузні хвороби сполучної тканини	2
17.		8.2	ЮРА. Системні васкуліти	2
			ВСЬОГО	34

ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ ЗІ СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ПЕДІАТРІЯ» (1-Й РІК)

№ п/п	Код курсу	Код Теми	Тема	К-ть годин
	01		ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ	
1.		1.1	Контроль за розвитком і станом здоров'я дітей	6
2.		1.2	Групи здоров'я	6
3.		1.3	Принципи диспансеризації дітей раннього віку	6
4.		1.4	Диспансеризація хворих дітей	6
	02		ФІЗІОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ	
5.		2.1	Анатомо-фізіологічні властивості шкіри, її придатків. Захворювання шкіри та пупкової ранки у новонароджених.	4
6.		2.2	Синдром затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР). Гіпотрофія.	4
7.		2.3	Захворювання органів дихання у новонароджених	4
8.		2.4	Вроджені вади серця	4
9.		2.5	Патологія білірубінового обміну у новонароджених	4
10.		2.6	Ендокринна система новонародженого. Неонатальні ендокринопатії.	4
11.		2.7	Інтенсивна терапія порушень водно-електролітного обміну.	4
12.		2.8	Сучасні принципи антибактеріальної, мікостатичної та противірусної терапії у новонароджених.	4
	03		ФІЗІОЛОГІЯ ДИТИНИ ТА РУБІЖНІ СТАНИ	
13.		3.1	Специфічна профілактика інфекційних захворювань у дітей. Щеплення.	6
14.		3.2	Імунодіатези у дітей	8
	04		ХАРЧУВАННЯ ЗДОРОВИХ І ХВОРИХ ДІТЕЙ	
15.		4.1	Сучасні підходи до раціонального вигодовування дітей раннього віку	4
16.		4.2	Принципи харчування дітей при різній патології	4
	06		ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	
17.		6.1	Кашель у дітей: семіотика, діагностика, лікування	4
18.		6.2	Пневмонії у дітей	6
19.		6.3	Обструктивний рецидивний бронхіт	4
20.		6.4	Муковісцидоз у дітей	4
21.		6.5	Антибактеріальна терапія в дитячій пульмонології	4
22.		6.6	Основні методи лікування захворювань органів дихання у дітей	4
	07		ХВОРОБИ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ	
23.		7.1	Здоровий спосіб життя та його роль у профілактиці захворювань серцево-судинної системи	4
24.		7.2	Об'єктивні методи дослідження серця та крупних судин	4
25.		7.3	Електрокардіографія	4
26.		7.4	Набуті вади серця	4
	08		ДИФУЗНІ ХВОРОБИ СПОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	
27.		8.1	Дифузні хвороби сполучної тканини	6
28.			ВСЬОГО	126

**ТЕМАТИЧНИЙ ПЛАН ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ НАВЧАННЯ В ІНТЕРНАТУРІ ЗІ
СПЕЦІАЛЬНОСТІ «ПЕДІАТРІЯ» (1-Й РІК)**

№ п/п	Ко д курсу	Код теми	Тема практичних	К-ть годин
	01		ОРГАНІЗАЦІЯ ПЕДІАТРИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ. ОРГАНІЗАЦІЯ АМБУЛАТОРНО-ПОЛІКЛІНІЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ	
1.		1.1	Принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям	12
2.		1.2	Організація допомоги новонародженим	12
3.		1.3	Санітарно-гігієнічний режим пологового стаціонару та спеціалізованих відділень для новонароджених	12
4.		1.4	Організація спостереження за новонародженими в амбулаторних умовах	12
5.		1.5	Імунопрофілактика. Організація щеплень в поліклініці	12
6.		1.6	Організація диспансерного нагляду за дітьми в дошкільних закладах та школах	12
7.		1.7	Спостереження за диспансерними групами хворих дітей	12
	02		ФІЗІОЛОГІЯ ТА ПАТОЛОГІЯ ПЕРІОДУ НОВОНАРОДЖЕНОСТІ	
8.		2.1	Грудне вигодовування доношених та недоношених новонароджених. 10 принципів грудного вигодовування ВООЗ-ЮНІСЕФ.	4
9.		2.2	Вплив шкідливих факторів, хвороб матері в різні терміни вагітності на формування плода	8
10.		2.3	Первинний огляд новонародженої дитини. Оцінка гестаційного віку і стану новонародженого.	8
11.		2.4	Асфіксія новонароджених. Принципи первинної реанімації та інтенсивної терапії в пологовому блоці.	8
12.		2.5	Респіраторний дистрес синдром у новонароджених	8
13.		2.6	Штучна вентиляція легень у новонароджених	8
14.		2.7	Захворювання органів дихання у новонароджених	8
15.		2.8	Сепсис у новонароджених дітей. Синдром системної запальної відповіді.	8
16.		2.9	Пологова травма ЦНС. Діагностика, принципи лікування	8
17.		2.10	Ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу. Клініка, діагностика та лікування в неонатальному періоді	8
18.		2.11	Гемолітична хвороба новонародженого. Рання діагностика. Принципи лікування.	8
19.		2.12	Операція замінного переливання крові, показання, техніка, ускладнення.	8
20.		2.13	Захворювання сечовидільної системи у новонароджених.	8
21.		2.14	Природжені та спадкові вади розвитку плода і новонароджених, пренатальна діагностика.	8
22.		2.15	Розрахунок інфузійної терапії та парентерального харчування у доношених та недоношених новонароджених.	8
	03		ФІЗІОЛОГІЯ ДИТИНИ ТА РУБІЖНІ СТАНИ	
23.		3.1	Пограничні стани у новонароджених	8
24.		3.2	Хронічні розлади харчування у дітей	8

25.		3.3	Рахіт у дітей раннього віку	8
26.		3.4	Дослідження крові та клінічна оцінка гемограм	6
27.		3.5	Анемії у дітей раннього віку	8
28.		3.6	Захворювання шкіри у немовлят	8
29.		3.7	Аномалії конституції у дітей	8
	04		ХАРЧУВАННЯ ЗДОРОВИХ І ХВОРИХ ДІТЕЙ	
30.		4.1	Принципи харчування здорової дитини першого року життя	12
31.		4.2	Сучасні підходи до раціонального виголювання дітей старших за 1 рік	12
32.		4.3	Харчування хворої дитини раннього віку	6
33.		4.4	Підходи до дієтичного харчування дітей з гастроентерологічною патологією	10
34.		4.5	Підходи до дієтичного харчування дітей з нефрологічною патологією	10
35.		4.6	Підходи до дієтичного харчування дітей з ендокринологічною патологією	10
	06		ХВОРОБИ ОРГАНІВ ДИХАННЯ	
36.		6.1	Анатомо-морфологічні особливості органів дихання у дітей	4
37.		6.2	Бронхіти у дітей	8
38.		6.3	Хронічний бронхіт	8
39.		6.4	Пневмонії у дітей	8
40.		6.5	Бронхіоліт у дітей	8
41.		6.6	Хронічний облітеруючий бронхіоліт	4
42.		6.7	Сторонні тіла дихальних шляхів та їх ускладнення	8
43.		6.8	Алергічні захворювання у дітей	8
44.		6.9	Бронхіальна астма: етіологія, патогенез, клініка, діагностика	8
45.		6.10	Сучасні принципи лікування бронхіальної астми, профілактика	8
46.		6.11	Муковісцидоз	8
47.		6.12	Рентгенологічні та ультразвукові методи в пульмонології	8
48.		6.13	Антибактеріальна терапія в дитячій пульмонології	8
49.		6.14	Фізіотерапевтичні методи лікування та санаторно-курортне лікування	8
50.		6.15	Реабілітаційне лікування дітей з бронхолегеневою патологією	2
	07		ХВОРОБИ ОРГАНІВ КРОВООБІГУ	
51.		7.1	Морфологія, фізіологія та патофізіологія системи кровообігу	6
52.		7.2	Первинні та вторинні артеріальні гіпертензії та гіпотензії	6
53.		7.3	Вегетативні дисфункції	6
54.		7.4	Природжені вади серця та крупних судин	6
55.		7.5	Порушення серцевого ритму та провідності	6
56.		7.6	Захворювання серця неревматичної природи. Інфекційний ендокардит, перикардити	6
57.		7.7	Набуті вади серця	4
58.		7.8	Недостатність кровообігу (гостра серцева недостатність, хронічна серцева недостатність)	6
59.		7.9	Профілактика, диспансеризація, реабілітація	6
	08		ДИФУЗНІ ХВОРОБИ СЛОЛУЧНОЇ ТКАНИНИ	

60.		8.1	Ревматизм	6
61.		8.2	Дифузні захворювання сполучної тканини. ЮРА.	12
			ВСЬОГО	488

ХАРАКТЕРИСТИКА ЦИКЛУ

1. **Назва циклу:** " Педіатрія" " – 2-й рік навчання в інтернатурі для лікарів-інтернів-педіатрів.

2. **Актуальність тематики циклу:** поширеність різноманітної патології у дітей, сучасний рівень знань етіопатогенезу багатьох хвороб, прогрес у сучасних лабораторних технологіях, впровадження нових методів лікування захворювань, диспансерного спостереження і профілактики у дітей вимагає удосконалення знань і практичних навичок у лікаря-інтернаста.

3. **Мета циклу:**

3.1. Навчальна – удосконалити теоретичні і практичні знання лікарів-інтернів-педіатрів з таких основних основних проблем педіатрії:

3.1.1. Організація лікувально-профілактичної допомоги дітям.

3.1.2. Рациональне вигодовування немовлят та харчування здорових та хворих дітей інших вікових категорій.

3.1.3. Захворювання доношених та недоношених новонароджених та їх лікування і виходжування.

3.1.4. Медичне консультування, профілактика та рання діагностика спадкових захворювань та природжених вад розвитку у дітей.

3.1.5. Патологія органів дихання у дітей.

3.1.6. Захворювання органів кровообігу та їх профілактика.

3.1.7. Діагностика та лікування дифузних хвороб сполучної тканини та ревматизму.

3.1.8. Гострі та хронічні захворювання травного каналу.

3.1.9. Проблеми сечової системи.

3.1.10. Захворювання органів кровотворення.

3.2. Професійно орієнтована:

3.2.1. Лікар-інтерн-педіатр повинен знати основи діагностики, клініки, лікування і профілактики таких хвороб та станів:

- захворювання періоду новонародженості;
- патологія дихальної системи у дітей;
- захворювання органів кровообігу;
- захворювання органів травлення у дітей;
- захворювання сечової системи у дітей;
- захворювання сполучної тканини;
- захворювання органів кровотворення;
- геморагічні синдроми;
- рахіт і гіпотрофія у дітей;
- алергічні проблеми дитячого віку;
- бронхіальна астма та особливості клінічної маніфестації у дітей різних вікових категорій;
- спадкові захворювання з маніфестацією у дитячому віці.

3.2.2. Лікар-інтерн-педіатр повинен здобути знання та вміння відповідно до кваліфікаційних вимог спеціалізації в інтернатурі з педіатрії.

3.3. Виховна – сформувати почуття відповідальності за своєчасність виявлення патології у дітей і правильність професійних дій.

4. Обладнання для проведення циклу:

- 4.1. Навчально-методичне – фолії, прозирки, схеми, тестові завдання базового і заключного рівнів, типові та нетипові ситуаційні задачі, виписки з історій хвороб.
- 4.2. Лабораторне – обладнання для біохімічної і клінічної лабораторій, зразки бланків лабораторних обстежень.
- 4.3. Інструментальне – апарат УЗД, ЕКГ.

Місце проведення: лекції – лекційний зал; семінарські заняття – навчальні кімнати кафедри; практичні заняття – відділення раннього дитинства, дитячої гастроентерології і діагностичне, ОДСКЛ, кабінети для амбулаторного прийому педіатра в консультативній поліклініці, кабінети УЗД і функціональної діагностики.

5. План і організаційна структура циклу:

- 5.1. Навчання в інтернатурі зі спеціальності "Педіатрія" розрахований на 6 міс очного навчання, з яких 40 днів займають суміжні дисципліни (базовий та заключний комп'ютерний контроль, дитячі інфекційні хвороби тощо).
- 5.2. Кожен із робочих днів містить в основному одне семінарське і два практичних заняття та 34 год лекційний курс. Їх теми входять в один тематичний розділ (див. навчальний план).
- 5.3. Лекція триває 2 навчальні години і містить основи знань з фундаментальних і прикладних проблем педіатрії.
- 5.4. Семінарське заняття триває 4-8 навчальні години. Із них:
 - підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання) – 10% часу;
 - основний етап (виклад теоретичного матеріалу, реферативні повідомлення, коментар з проблемних питань) – 60% часу;
 - заключний етап (контроль і корекція знань, дискусія, проведення підсумків заняття, розподіл тем реферативних повідомлень на наступний семінар) – 30% часу.
- 5.5. Практичне заняття триває 4-8 навчальних години, з них:
 - підготовчий етап (організація заняття, учбові завдання, визначення вхідного рівня знань за результатами тестів) – 20% часу;
 - основний етап (формування професійних знань, вмінь та навичок; розв'язування типових та нетипових ситуаційних задач) – 70% часу;
 - заключний етап (контроль та корекція професійних знань, вмінь та навичок, контроль вихідного рівня знань за результатами тестів, проведення підсумків заняття, домашнє завдання) – 10% часу.

ЗМІСТ ТЕМ СЕМІНАРСЬКИХ ЗАНЯТЬ (теми реферативних повідомлень та напрямки дискусій)

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №1. *Контроль за розвитком і станом здоров'я дітей*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про комплексну оцінку стану здоров'я дітей

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з методами оцінки стану здоров'я дитини в умовах поліклініки, навчити визначати і давати інтерпретацію параметрів фізичного і нервово-психічного розвитку дітей, визначати групи здоров'я та критерії переведення дітей з однієї групи здоров'я в іншу.

Теми реферативних повідомлень:

1. Показники фізичного розвитку дітей та критерії оцінки.
2. Оцінка нервово-психічного розвитку дітей.
3. Критерії оцінки стану здоров'я дитини.
4. Види анамнезу та особливості їх оцінки.
5. Функціональний стан організму та його оцінка.

Короткий зміст заняття:

В основу **комплексної оцінки стану здоров'я дітей** покладені 4 критерії, які інтегрально відображають його різні сторони: 1) рівень і гармонійність фізичного розвитку; 2) функціональний стан основних органів і систем; 3) наявність або відсутність хронічних захворювань у дитини, фізичних або психічних порушень; 4) рівень резистентності організму до різних несприятливих факторів, а також стан реактивності організму.

Для характеристики **фізичного розвитку** вивчаються основні антропометричні показники: 1) довжина тіла (вимірюється на ростомірі); 2) маса тіла (за допомогою важільної ваги).

Фізичний розвиток кожної дитини спочатку обов'язково порівнюється з регіональними стандартами. Після цього, з урахуванням статі і віку дитини, оцінюється рівень і гармонійність її фізичного розвитку за шкалами регресії.

Аналіз попереднього розвитку (вивчаються дані генеалогічного і медико-біологічного анамнезу, особливості умов проживання) дитини разом з даними соматичного огляду і антропометрії доповнюються результатами інструментальних досліджень, які характеризують функціональний стан дитячого організму. Функціональний стан організму дітей аналізується також за лабораторними показниками крові, сечі та інших біосубстратів.

Все це дозволяє виявити наявність або відсутність захворювань у дитини, фізичних або психічних порушень.

Для кожної дитини повинна проводитися комплексна оцінка стану здоров'я за 4 критеріями з наступним віднесенням її до однієї із 4-ох груп здоров'я.

Напрямки дискусії:

1. Комплексна оцінка стану здоров'я дитини як показник гармонійного розвитку.
2. Оцінка показників фізичного і нервово-психічного розвитку дітей.
3. Показники функціонального стану організму в комплексній оцінці стану здоров'я дитини.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №2. *Групи здоров'я*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про комплексну оцінку стану здоров'я дітей з визначенням групи здоров'я.

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з методами оцінки стану здоров'я дитини в умовах поліклініки, навчити визначати і давати інтерпретацію параметрів фізичного і нервово-психічного розвитку дітей, визначати групи здоров'я та критерії переведення дітей з однієї групи здоров'я в іншу.

Теми реферативних повідомлень:

1. Види анамнезу та особливості їх оцінки.
2. Критерії визначення груп здоров'я дітей.
3. Основні критерії переведення дітей з однієї групи здоров'я в іншу.

Короткий зміст заняття:

В основу комплексної оцінки стану здоров'я дітей покладені 4 критерії, які інтегрально відображають його різні сторони (див. сем. №1). Відповідно до цих критеріїв проводиться поділ до однієї із **4-ох груп здоров'я**.

I група – здорові діти, які потребують загального медичного спостереження:

А – діти, які розвиваються згідно віку і проживають у сім'ях без “факторів ризику”.

Б – діти з варіантами норми і непатологічними звичками.

В – підгрупа уваги – здорові діти з підвищеним генетичним, сімейним, соціальним та екологічним ризиком.

II група – здорові діти з функціональними і морфологічними відхиленнями, які потребують підвищеної уваги, консультації спеціалістів.

А – підгрупа дітей, які не потребують тривалого медичного спостереження (менш ніж 6 міс) і вимагають оздоровчих заходів;

Б – підгрупа довготривалого медичного спостереження. Діти з відхиленнями, яким може бути проведена корекція (помірна міопія, косоокість, плоскостопість, аномалії прикусу, початковий карієс зубів, енурез тощо);

В – підгрупа постійного медичного спостереження. Діти, що проживають у сім'ях або умовах підвищеного ризику, з “пограничними” станами, порушеннями постави і збільшенням щитоподібної залози у препубертатному періоді, функціональними шумами в серці, з ознаками мінімальної мозкової дисфункції, діти з діатезами, субфебрилітетом тощо;

III група – діти зі стійкими відхиленнями у стані здоров'я, підтвердженими діагнозом хронічного захворювання у стадії компенсації.

А – діти, які мають захворювання зі сприятливим перебігом і прогнозом (кандидати до II групи) – хронічний тонзиліт, соматогенна затримка зросту, вегетодистонії;

Б – діти із захворюванням з можливим несприятливим прогнозом – компенсовані вроджені вади розвитку, неврози, синдроми підвищеної хімічної, радіаційної чутливості, алергічні захворювання;

В – діти з неважкими проявами спадкових захворювань.

IV група – діти з хронічними захворюваннями і вродженими вадами із періодичною функціональною декомпенсацією:

А – діти з набутими захворюваннями, що потребують повторних госпіталізацій (рецидивуючі захворювання, наприклад, бронхіальна астма);

Б – діти зі спадковою і вродженою патологією, що вимагає довготривалого (постійного) лікування – гемофілія, адреногенітальний синдром, фенілкетонурія, гіпотироз;

В – діти з постійною, але не повною інвалідністю.

V група – діти-інваліди:

А – діти з онкозахворюваннями;

Б – діти, що мають захворювання зі серйозним прогнозом, діти на гемодіалізі;

В – діти-інваліди, які потребують постійного догляду і застосування медичних технологій.

Напрямки дискусії:

1. Критерії визначення груп здоров'я дітей.
2. Особливості диспансеризації дітей різних груп здоров'я.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №3. *Принципи диспансеризації дітей раннього віку*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про принципи диспансеризації дітей раннього віку

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з методами диспансеризації дітей раннього віку, навчити визначати і давати інтерпретацію параметрів стану здоров'я дітей, визначати групи здоров'я та принципи оздоровлення.

Теми реферативних повідомлень:

1. Догляд за новонародженими.
2. Догляд за дитиною 1 міс.
3. Догляд за дитиною 6 міс.
4. Догляд за дитиною 12 міс.
5. Догляд за дитиною 18 міс.

6. Догляд за дитиною 2 роки.

Короткий зміст заняття:

Заходи диспансеризації дітей перших двох років життя спрямовані на досягнення оптимального росту і розвитку дитини, профілактику захворювань, раннє виявлення початкових ознак хвороби. Періодичність оглядів здорових дітей – щомісячно до 1 року і щоквартально на 2 році життя. При кожному відвідуванні лікар і патронажна сестра знайомляться з умовами проживання дитини, її годуванням, режимом дня, розвитком статико-динамічних функцій, нервово-психічним розвитком. З батьками проводяться бесіди, навчають їх догляду з дитиною, даються поради по вихованню і загартовуванню.

Догляд за новонародженими.

Динамічність спостереження : 1-й патронаж – на 1-2-й день після виписки з пологового будинку, 2-й патронаж – через день після першого, 3-й патронаж – на 14 добу життя дитини. Збираються антенатальний та сімейний анамнези, дані перебігу періоду новонародженості (динаміка маси тіла і зросту, фізіологічна жовтяниця, стан пупкового залишку). При огляді звертається увага на стан шкіри і слизової оболонки ротової порожнини, зовнішніх статевих органів, пупкової ранки. Оцінюється підшкірно-жировий прошарок, велике і мале тім'ячко та шви. Перевіряються рухи в кінцівках, ступінь розведення стегон. Проводяться перкусія і аускультация легень, серця, пальпація живота, печінки та селезінки. Оцінюється характер випорожнень і сечовиділення, стан грудних залоз дитини, слуху та зору, рефлекс: смоктальний, ковтання, Робінсона, Бабінського, Моро, Галанта, Переса, тонус м'язів тощо. Даються рекомендації по догляду: щоденне купання 5-7 хв., при температурі 36,5-37°C, підмивання, поради щодо харчування.

Догляд за дитиною 20 днів: Огляд дитини вдома. Контроль маси тіла (200 г за тиждень, 25-30 г за добу). Огляд шкіри, слизових оболонок (молочниці). Стан внутрішніх органів, сечовиділення, стілець. Сон. Стан тім'ячка. Характер годування. Рекомендації по догляду: широке пеленання, перебування на свіжому повітрі, щоденне купання. Узгодження режиму харчування.

Догляд за дитиною 1 міс: маса тіла за місяць та останній тиждень. При огляді звернути увагу на поведінку дитини, настрій. Чи слідкує за предметами, реакція на звук. Стан шкіри та слизових оболонок, підшкірно жирового прошарку, тургор тканин. Стан органів грудної клітки і черевної порожнини. Сечовиділення, дефекація. Стан кісткової системи (тім'ячко, шви, потилиця, наявність scaniotabes). Смоктання, стан молочних залоз і сосків матері.

Рекомендації по догляду: як одягати дитину, щоденні купання. Туалет обличчя, зовнішніх статевих органів у дівчат. Прогулянки –3-4 год. в осінньо-зимовий період, 6-8 год. – у літній. Профілактика рахіту. Налагодження харчування, введення соків, фруктових пюре.

Догляд за дитиною 2 міс.: Режим дня і харчування дитини. Набір ваги за місяць. Поведінка. Стан шкіри і підшкірно жирового прошарку. Стан кісткової системи – розведення стегон, форма голівки (деформації), стан швів і тім'ячка, потилиці. Стан внутрішніх органів. Чи збільшується обсяг рухів у кінцівках, тримає предмети, тягне їх до рота. Чи добре тримає голівку у вертикальному положенні, лежачи на животі, піднімає її, спираючись на передпліччя. Повороти зі спини на бік. Фіксує погляд на предмети, роздивляється. Посміхається, сміється, що супроводжується загальною руховою активністю. Гулить. З'являється умовно-рефлекторна реакція на годування. Послаблюються рефлекс Моро, шийний, тонічний і хапальний.

Рекомендації по догляду: Одягання дитини. Щоденні купання у воді при $t=36,5-37^{\circ}\text{C}$ 5-7 хв., 1-2 рази на тиждень з милом. Викладання на живіт по 3-5 хв. 5-6 разів на добу. Перебування на свіжому повітрі 3-4 год. в осінньо-зимовий період, 6-8 год. у весняно-літній. Профілактика рахіту.

Догляд за дитиною 3 міс: Виясняється режим дня, тривалість сну, періоду активності, кількість годувань, характер їжі. Чи проводиться профілактика рахіту, дози вітаміну Д. Набір ваги тіла за останній місяць і за 3 міс, зріст, окружність голови та грудної клітки за 3 міс. Стан шкіри та слизових оболонок. Поведінка дитини, настрій. Стан кісткової системи, наявність малого тім'ячка, величина великого тім'ячка, стан швів між кістками черепа. Стан внутрішніх органів. Стілець і сечовиділення. Розвиток моторних функцій – повертання у ліжку, чи утримує голівку, підтягується за руки, бере і тримає предмети.

Рекомендації по догляду: Щоденні купання. Повітряні ванни 3-5 хв. при $t=22-23\text{ }^{\circ}\text{C}$ 2-3 рази на добу. Масаж та гімнастика. Прогулянки, сон на свіжому повітрі 2-3 рази на добу по 1,5-2 год. Початок вакцинації АКДП і проти поліомієліту.

Догляд за дитиною 4 міс: Режим дня, годування, об'єм їжі. Набір маси тіла за місяць. Стан шкіри і слизових оболонок. Огляд кісткової системи (форма голівки, розміри і стан великого тім'ячка, браслети, деформація грудної клітки, ребер, пальці у вигляді ниток перлин). Наявність флексорної гіпертензії. Набуття координації рухів. Повороти зі спини на бік. Підняття голівки і тулуба при підтягуванні за руки, сидить з підтримкою. Наявність хапального рефлексу та рефлексу повзання. Тягне іграшку, активно захоплює та хоче взяти у рот. Голосно сміється, гулить при очікуванні їжі. Рекомендації по догляду: Щоденні купання, прогулянки. Повітряні ванни 5-7 хв. 2-3 рази на добу при $t=20-21\text{ }^{\circ}\text{C}$. Підвішувати іграшки на рівні пупка дитини на висоту 20 см від тіла. Звертатися до дитини з посмішкою і розмовляти з нею. Викладати на живіт, підтягувати за руки, масаж. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 5 міс: динаміка маси тіла за місяць. Режим дня, кількість годувань, тривалість нічного та денного сну, прогулянки. Раціон харчування: кількість годувань, характер їжі та її об'єм. Стан шкіри і слизових оболонок, кістково-м'язової системи, внутрішніх органів. Підтягування за руки, сидіння в подушках, бере предмети і перекладає їх з одної руки в другу. Гулить.

Рекомендації по догляду: купання щоденно, прогулянки, масаж і гімнастика. Зміна іграшок кожні 2-3 дні. Продовження щеплень. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 6 міс: розвиток дитини за 6 міс, набір маси тіла за місяць і 6 міс. Збільшення зросту за 6 міс. Оцінка ступеня фізичного розвитку. Окружність голови, грудей живота. Режим дня і харчування (характер їжі, кількість годувань, об'єм). Тривалість перебування на свіжому повітрі, купання. Стан шкіри та слизових оболонок, підшкірно-жирового прошарку. М'язовий тонус, стан великого тім'ячка, деформації кінцівок. Психомоторний розвиток: сидить, самостійно сідає або сідає при підтягуванні за руки. Пізнає оточення. Вміє взяти іграшку та перекласти її в другу руку. Адекватність реакцій – сміється, посміхається, плаче.

Рекомендації по догляду: щоденні купання або через день, стимуляція рухової активності мовою. Прогулянки, масаж, гімнастика. Продовження щеплень згідно календаря. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 7 міс: Динаміка маси тіла за місяць. Режим дня, кількість годувань, об'єм і склад їжі. Тривалість сну, періоду активності, тривалість прогулянок. Стан шкіри, підшкірно-жирового прошарку, слизових оболонок, кісткової та м'язової систем. Наявність або відсутність симптомів рахіту. Поява зубів. Самостійно сідає з положення на спині, при підтримці встає на ноги, може стояти, вставати на коліна та робить спроби повзати. Тягнеться до батьків. Виконує прості завдання (плескає в долоні). Лякається незнайомих. З'являються улюблені страви. Потребує спілкування з дорослими і уваги до себе. Проявляє цікавість до нових предметів.

Рекомендації по догляду: щоденні купання або через день, прогулянки, масаж і гімнастика, стимулювання рухової активності, мови. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 8 міс: Динаміка маси тіла за місяць. Режим дня та харчування, кількість і склад їжі. Уміння їсти тверду їжу. Стан слизових оболонок, кістково-м'язової системи. Поява зубів.

Рекомендації по догляду: щоденні купання або через день, прогулянки, масаж і гімнастика, стимулювання рухової активності, мови. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 9 міс: Динаміка набавки маси тіла за місяць і за 9 міс., динаміка зросту, окружності голови, грудей та живота. Порівняння отриманих показників зі стандартами. Кількість зубів. Стан кістково-м'язової системи (велике тім'ячко). Психомоторний розвиток – самостійно встає, крокує, добре сидить без підтримки. Пізнає оточення. Повторює рухи і мову. Виникають умовні рефлексивні на сечовиділення і дефекацію. Навички харчування, в тому числі уміння їсти тверду їжу. Характер годування.

Рекомендації по догляду: щоденні купання або через день. Розвиток навичок гігієни, сечовиділення і дефекації. Прогулянки 5-6 год. на добу. Повітряні ванни, гімнастика. Розвиток рухових вмінь і мовних ехолалій. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 10-11 міс: Динаміка набавки маси за місяць. Режим дня, характер і об'єм харчування. Прогулянки. Швидко пересувається шляхом повзання, піднімається за допомогою опори та довго стоїть. Грається з іграшками, виконує нескладні завдання (вітається рукою, показує предмети), розуміє що недозволено. Кількість зубів. Стан великого тім'ячка, кінцівок.

Рекомендації по догляду: ті ж самі.

Догляд за дитиною 12 міс: Динаміка набавки маси тіла за місяць і за 12 міс., динаміка зросту, окружності голови, грудей та живота за квартал. Оцінка фізичного розвитку за рік. Кількість зубів. Стан кістково-м'язевої системи (велике тім'ячко, деформації кінцівок). Режим дня та дієта. Самостійно стоїть, ходить при підтримці. Присідає, обстежує незнайомі предмети, знає назву предметів, іграшок, імена людей, любить дітей. Виконує інструкції. Говорить окремі слова.

Рекомендації по догляду: Заняття по розвитку мови та рухових вмінь. Купання – 2-3 рази на тиждень. Загартовування, гімнастика. Перебування на свіжому повітрі 5-6 год. на добу. Продовження щеплень. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 1 рік 3 міс (15 міс): Динаміка набавки маси тіла за 3 місяць. Режим дня і методика харчування, набір продуктів, страв. Вміння їсти тверду їжу. Кількість зубів і зубна формула. Мова, пізнання оточення, предметів, тварин. Стан кістково-м'язевої системи (велике тім'ячко, деформації кінцівок).

Рекомендації по догляду: ті ж самі. Продовження щеплень. Рекомендації щодо харчування.

Догляд за дитиною 1,5 років (18 міс): Динаміка набавки маси тіла, довжини, окружності грудей, голови, живота за півроку. Кількість зубів. Стан кістково-м'язевої системи (велике тім'ячко, деформації кінцівок). Мова. З'являється здатність говорити фразами, словосполученнями. Пізнає оточення, предмети. Виконує прості завдання. Режим дня, сну і періоду активності, режим харчування.

Рекомендації по догляду: Заняття по розвитку мови та моторики, навичок гігієни, Продовження щеплень. Спілкування з однолітками, ігри. Рекомендації щодо харчування. Постійна різноманітність харчового раціону.

Догляд за дитиною 1 рік 9 міс: ті ж самі.

Рекомендації по догляду: Продовження щеплень. Спілкування з однолітками, ігри. Рекомендації щодо харчування. Постійна різноманітність харчового раціону.

Догляд за дитиною 2 роки: Набавка ваги тіла, довжини, окружності голови, грудей і живота за 2-й рік життя і оцінка фізичного розвитку. Психомоторний розвиток – хода, ходіння по сходах, навички гри, взаємовідносини з однолітками та старшими.

Напрямки дискусії:

1. Особливості диспансеризації дітей 1 півріччя життя.
2. Особливості диспансеризації дітей 2 півріччя життя.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №4. *Диспансеризація хворих дітей*

Навчальна мета заняття: сформувані у інтернів-педіатрів сучасні знання про принципи і методику диспансеризації дітей.

Професійно орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів визначати контингенти дітей, планувати профілактичні огляди, проводити активне динамічне спостереження за перебігом захворювання, своєчасне систематичне лікування і оздоровлення дітей.

Теми реферативних повідомлень:

1. Критерії оцінки стану здоров'я дітей.
2. Критерії визначення груп здоров'я.
3. Основні критерії переводу дітей з однієї групи здоров'я в іншу.
4. Перелік захворювань, що підлягають диспансерному спостереженню.
5. Основні документи диспансерного хворого.
6. Приблизна схема диспансерного спостереження за дітьми при основних захворюваннях.

Короткий зміст заняття:

Диспансеризація – це система активних заходів, що забезпечують регулярне спостереження за здоровими дітьми з проведенням профілактичних заходів для попередження розвитку захворювань.

Основна мета диспансеризації – збереження та зміцнення здоров'я всіх дітей, попередження розвитку патології, зниження захворюваності на основі динамічного спостереження. Диспансеризація дітей передбачає:

- персональний облік всього дитячого населення;
- планування профілактичних оглядів за віковими групами:
 - новонароджені;
 - діти першого і другого року життя;
 - діти дошкільного віку в організованих колективах;
 - діти дошкільного віку, що не відвідують дошкільні заклади;
 - школярі.
- визначення і оцінку стану здоров'я з метою виявлення дітей груп ризику;
- дообстеження за потребою із застосуванням всіх сучасних методів діагностики;
- виявлення захворювань на ранніх стадіях з наступним проведенням оздоровчих заходів і динамічного спостереження за станом здоров'я дітей.

Вивчення схеми обов'язкових медичних профілактичних оглядів дитячого населення. Кратність планових оглядів здорових дітей визначається їхнім віком.

Напрямки дискусії:

1. Мета диспансеризації дітей.
2. Принципи диспансеризації новонароджених дітей.
3. Принципи диспансеризації дітей першого року життя.
4. Які лабораторно-інструментальні обстеження планово проводяться здоровим дітям і в якому віці?
5. За якими принципами зараховуються діти до груп здоров'я?

]

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ № 5. *Анатомо-фізіологічні властивості шкіри, її додатків. Захворювання шкіри та пупкової ранки у новонароджених*

Навчальна мета заняття: сформувані у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про анатомо-фізіологічні властивості та захворювання шкіри у новонароджених.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів виявляти симптоми ураження шкіри, проводити їх дифдіагностику та лікування.

Теми реферативних повідомлень:

1. Анатомо-фізіологічні властивості шкіри у новонароджених дітей.
2. Транзиторні стани зі сторони шкіри у новонароджених.
3. Природжені і спадкові захворювання шкіри у новонароджених.
4. Набуті неінфекційні стани і захворювання шкіри у новонароджених.
5. Інфекційні захворювання шкіри і підшкірної клітковини у новонароджених.
6. Захворювання пуповинного залишку і пупкової ранки у новонароджених.

Короткий зміст заняття:

Неабияке значення у забезпеченні життєздатності здорової дитини має нормальне функціонування шкіри. **Шкіра** – це складний орган, який виконує дуже складні функції. Анатомо-фізіологічні властивості шкіри і підшкірного шару у новонароджених зумовлюють недосконалість захисної і терморегуляторної функції, а також функції пігментоутворення. Дихальна, резорбтивна, обмінна, рецепторна функції виражені досить добре і мають велике значення для життєдіяльності дитячого організму.

Діагностика захворювань шкіри у новонароджених ґрунтується насамперед на результатах детального огляду шкіри і слизових оболонок. Одночасно з оглядом аналізують дані анамнезу. Звертають увагу на загальний стан дитини, масу тіла, тургор тканин, психомоторний статус. Враховують індивідуальні властивості шкіри і слизових оболонок (колір, вологість), додатків шкіри, пупкової ранки. Виникаючі на шкірі і слизових оболонках елементи висипу поділяються на первинні і вторинні.

У періоді новонародженості з'являються як рідкі, так і ті шкірні захворювання, які часто зустрічаються. Одні можуть відмічатися також і у дітей більш старшого віку і у дорослих. Деякі дерматози, які з'являються у періоді новонародженості, залишаються протягом подальшого життя. І навпаки, існують специфічні, характерні виключно для неонатального періоду зміни шкіри і дерматози.

Напрямки дискусії:

1. Анатомія, гістологія, фізіологія шкіри у неонатальному періоді.
2. Первинні і вторинні морфологічні елементи.
3. Зміни шкіри фізіологічного, перехідного характеру.
4. Гемангіоми, синдром Штурге-Вебера, альбінізм, спадкові порушення кератизації, природжений бульозний епідермоліз, неонатальний червоний вовчак. Клініка, дифдіагностика, лікування.
5. Опрілості, пітниця, адипонекроз, склередема, ексфолюативний дерматит Ріттера, псевдофурункульоз Фінгера, мастит, флегмона новонароджених. Клініка, дифдіагностика, лікування.
6. Пупкова кила, кила пупкового канатику, нориці пупка, омфаліт, захворювання пупкових судин. Клініка, дифдіагностика, лікування.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ № 6. *Синдром затримки внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР). Гіпотрофія*

Навчальна мета заняття: сформувані у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про синдром затримки внутрішньоутробного розвитку

Професійно-орієнтована: навчити інтернів-педіатрів діагностувати ЗВУР, запобігати виникненню невідкладних станів у періоді постнатальної адаптації.

Теми реферативних повідомлень:

1. Визначення та діагностика ЗВУР.
2. Чинники ризику ЗВУР.
3. Класифікація ЗВУР.
4. Ускладнення ЗВУР у новонароджених.
5. Лікування ЗВУР у новонароджених.
6. Набута у постнатальному періоді гіпотрофія у новонароджених.

Короткий зміст заняття:

Терміни затримка внутрішньоутробного віку і малий щодо гестаційного віку часто використовують як синоніми. Вони означають патологію зі сторони самого плода, а також результат впливу на його розвиток ушкоджуючих чинників. **ЗВУР** можна визначити як масу тіла при народженні меншу 10 центиля для даного гестаційного віку.

Доношені новонароджені зі ЗВУР – це діти, які народилися на 37 тижні вагітності і пізніше, малі щодо гестаційного віку. Недоношені новонароджені зі ЗВУР – це діти, народжені передчасно (до 37 тижня вагітності), малі щодо гестаційного віку. Переношені новонароджені зі ЗВУР – це діти народжені пізніше 41 тижнів вагітності, малі щодо гестаційного віку.

Чинники ризику ЗВУР поділяються на фетальні, материнські, плацентарні. Класифікація ЗВУР передбачає виділення симетричної і асиметричної його форм.

Ускладнення ЗВУР у новонароджених: метаболічні порушення (гіпоглікемія, гіпокальціємія), гіпотермія, гематологічні порушення (поліцитемія), гіпоксія (асфіксія в пологах, аспірація меконію, синдром персистуючого фетального кровообігу), природжені вади розвитку, внутрішньоутробні інфекції. Ці стани слід вчасно діагностувати, попереджувати та лікувати у неонатальному періоді.

Напрямки дискусії:

1. Діагностика ЗВУР на підставі антенатального, постнатального визначення гестаційного віку і порівняння антропометричних показників новонароджених з регіональними нормативами.
2. Причини виникнення симетричної і асиметричної форм ЗВУР.
3. Фетальні, материнські та плацентарні чинники ризику ЗВУР.

4. Причини виникнення метаболічних, гематологічних порушень та гіпотермії у новонароджених зі ЗВУР.
5. Гіпоксія як ускладнення синдрому ЗВУР.
6. Принципи лікування та профілактики невідкладних станів постнатального періоду у новонароджених зі ЗВУР.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №7. *Захворювання органів дихання у новонароджених*

Навчальна мета заняття: поновити та поповнити знання інтернів-педіатрів про причини, клінічні симптоми і надання невідкладної допомоги при загрозливих станах, спричинених патологією органів дихання.

Професійно-орієнтована мета: знати показання до ШВЛ, вміти розпізнати стороннє тіло, пневмоторакс, СГБО, надати невідкладну допомогу при загрозливих станах, спричинених ураженням органів дихання.

Теми реферативних повідомлень:

1. Причини дихальної недостатності у дітей.
2. Клінічні прояви та методи діагностики дихальної недостатності.
3. Алгоритм надання невідкладної допомоги при дихальній недостатності.
4. набряк легень. Етіопатогенез, клініка, невідкладна допомога.
5. Гостра обструкція верхніх дихальних шляхів. Причини, клініка, діагностика, невідкладна допомога.
6. Діагностика, профілактика та лікування найважливіших легеневиx причин дихальної недостатності у новонароджених.
7. Сучасні принципи лікування дихальної недостатності у новонароджених.
8. Застосування препаратів сурфактанту в медичних установах України.

Короткий зміст заняття:

Для визначення патологічного процесу, провідною ланкою якого є дихальна недостатність, у сучасній неонатології найчастіше використовують терміни **“синдром дихальних розладів”**, **“респіраторний дистрес”**, **“респіраторний дистрес-синдром”**, **“дихальна недостатність”** тощо.

Клінічні прояви дихальної недостатності у новонароджених: тахіпное або брадипное, ціаноз, ретракції, роздування крил носа, гранти, порушення ритму дихання.

Основні причини дихальної недостатності у новонароджених: легеневі (РДС, транзиторне тахіпное новонароджених, пневмонія, синдром аспірації меконію, синдроми витікання повітря, легенева кровотеча, діафрагмальна кила, природжені аномалії розвитку легень, грудної клітки), позалегенові (серцево-судинні, метаболічні, асфіксія, пологова травма, гіповолемія, поліцитемія, анемія). Сучасні методи лікування дихальної недостатності – оксигенотерапія, самостійне дихання під позитивним тиском (СДППТ), штучна вентиляція легень.

Захворювання органів дихання досить часто ускладнюються дихальною недостатністю. Ступені ДН визначаються за такими критеріями: I ступінь - задишка і периоральний ціаноз непостійні, посилюються при фізичному навантаженні, зникають при інгаляціях 40-50% кисню. Співвідношення ЧСС:ЧДР (частота дихальних рухів) – 3,5-2,5 : 1,0. Газовий склад крові у спокої не змінений, при фізичному навантаженні сатурація знижується до 90 %.

II ступінь ДН – постійна задишка, периоральний ціаноз і акроціаноз, блідість, тахікардія, які не зникають при інгаляціях 40-50% кисню, млявість, періодично збудження. Співвідношення ЧСС:ЧДР – 2-1,5 : 1,0. Сатурація знижується до 70 - 80 %, компенсований або субкомпенсований дихальний ацидоз (рН – 7,34 – 7,25).

III ступінь – різка задишка, тахіпное більш, ніж 150% від норми, поява парадоксального дихання, генералізований ціаноз не зникає при інгаляціях 100% кисню, блідість і мармуровість шкіри, липкий піт, млявість, сонливість, можуть бути судоми. Сатурація нижче 70 - 90 %, декомпенсований змішаний ацидоз (рН менше 7,2).

Терапія ДН проводиться з урахуванням ступеня важкості, включає кисневу терапію з концентрацією кисню від 40-100%, за необхідності – ШВЛ, ліквідація причин захворювання.

Напрямки дискусії:

1. Структура дихальної недостатності у дітей.
2. Клінічні прояви та ступені важкості дихальної недостатності.
3. Принципи надання невідкладної допомоги при дихальній недостатності.
4. ШВЛ, параметри залежно від віку дитини.
5. Респіраторний дистрес-синдром: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
6. Транзиторне тахіпное новонародженого: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
7. Вроджена пневмонія: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
8. Синдром персистуючої легеневої гіпертензії у новонароджених: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
9. Синдром аспірації меконію: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
10. набряк легень: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
11. Легенева кровотеча: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №8. Вроджені вади серця

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з патофізіологією геодинамічних розладів при різних вадах серця природженого та набутого характеру, навчити їх виявляти клінічний симптомокомплекс природжених та набутих вад серця.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів проводити диференціальну діагностику природжених та набутих вад серця, сучасних підходів до лікувальної тактики та принципів диспансерного спостереження за дітьми з вадами серця.

Теми реферативних повідомлень:

1. Кровообіг плода і новонародженого.
2. Етіологія, патогенез та клінічні аспекти природжених вад серця у новонароджених.
3. Природжені вади серця зі збагаченням малого кола кровообігу (з артеріовенозним шунтом крові).
4. Природжені вади серця зі збідненням малого кола кровообігу.
5. Природжені вади серця зі збідненням великого кола кровообігу.
6. Природжені вади серця без порушення гемодинаміки.
7. Семіотика уражень серцево-судинної системи у дітей з вадами серця.
8. Класифікація природжених вад серця.
9. Функціональні методи діагностики природжених вад серця.
10. Диспансерне спостереження за дітьми з вадами серця на педіатричній дільниці.

Короткий зміст заняття:

Природжені вади серця (ПВС) в 90% випадків відносяться до хвороб з полігенно-мультифакторіальним успадкуванням, в 5% випадків ПВС є частиною синдрому з множинним ураженням органів і систем, зумовленим хромосомними аномаліями, а в 3,5% випадків – мутацією одного гену.

Клінічна симптоматика і патофізіологія гемодинамічних порушень при ПВС залежать від наявних анатомічних дефектів: сполучень між правими і лівими камерами серця або магістральними судинами, аномалій клапанного апарату серця і магістральних судин. Фази перебігу ПВС: перша фаза – первинної адаптації, друга фаза – відносної компенсації, третя фаза – термінальна. Класифікація ПВС передбачає врахування наявності чи відсутності ціанозу, а також типу порушення гемодинаміки.

Природжені вади серця у дітей можуть проявлятися клінічно, а також призводити до серцевої недостатності і смерті, як в період новонародженості, призводячи до порушення кардіореспіраторної адаптації в перші години та дні життя, так і пізніше, після першого року життя. Новонароджені з вродженими вадами серця можуть помирати з наступних причин: об'ємного перевантаження малого кола кровообігу, гіпоксії, шоку.

Час появи симптомів, їх вираженість і важкість стану дитини визначаються як анатомічними характеристиками вади, так і, мабуть, в більшій мірі, особливостями геодинаміки при вроджених аномаліях серця і великих судин.

Слід звернути увагу на такі дані анамнезу, як ціаноз, втомлюваність, особливо при фізичному навантаженні, задишка, зниження апетиту, знижена здатність смоктання у немовлят, набряки. Слід звернути увагу на те, чи дитина любить приймати певну позу (наприклад, характерною для тетради Фалло є поза навприсядки). Необхідно розпитати батьків, чи діти на рівних беруть участь в іграх, фізичних вправах, спорті, чи не встигають за своїми однолітками.

Необхідно оцінити фізичний та нервово-психічний розвиток, їх відповідність вікові. Діти з вродженими вадами серця можуть відставати у розвитку. Необхідно оцінити колір шкірних покривів. Розрізняють периферичний та центральний ціаноз. При останньому ціанотичні також кон'юнктиви, слизові порожнини рота. Звертають увагу на задишку з втягінням податливих місць грудної клітки.

Необхідно звернути увагу на наповнення та пульсацію вен, особливо вен шиї. Серцева недостатність може спричинити появу вологих хрипів в легенях, кашлю, збільшення печінки, селезінки, набряків. Набряки, особливо у немовлят, можуть бути генералізованими, нерідко починаються з обличчя. При огляді можна виявити деформацію грудної клітки, зокрема, серцевий горб, деформації дистальних фаланг пальців у вигляді "барабанних паличок" і нігтів у вигляді "годинникових скелець". Візуально та пальпаторно оцінюють серцевий поштовх, часто при серцевих захворюваннях він посилений, прекардіальна ділянка грудної клітки (precordium) гіпердинамічна. Зниження серцевого поштовху може спостерігатися при гідроперикарді чи ексудативному перикардиті, а також кардіоміопатії. Тремтіння – це пальпаторний еквівалент шумів. Необхідно пальпувати пульс на всіх 4 кінцівках. Патологія серця може спричинити тахікардію, брадикардію, аритмію. Перкуторно визначають границі серця, оцінюють можливу наявність кардіомегалії.

Аускультативно оцінюють тони серця. 2-й тон при вислуховуванні над легеневою артерією повинен бути розщепленим. Наявність розщеплення 2-го тону є фізіологічною, його вираженість міняється з віком, а присутність говорить проти ряду вроджених вад серця, зокрема, дефекту міжпередсердної перегородки і вад, що супроводжуються гіпертензією легеневої артерії, вираженим клапанним стенозом легеневої артерії та деяких інших. При поганій податливості шлуночків може вислуховуватися ритм галопа. Ляскіт викиду на початку систоли одразу ж за 1-м тоном спричиняється дилатацією магістральних судин або гіпертензією в аорті та легеневій артерії.

При аускультативній шумів слід визначити їх інтенсивність, тембр, часові співвідношення (систолічний чи діастолічний), локалізацію, провідність. Необхідно відмітити залежність шуму від зміни положення тіла та фізичного навантаження. Дітям поза немовлячим віком проводять функціональну пробу з навантаженням.

Додаткові методи обстеження при захворюванні серця включають електрокардіографію (ЕКГ), рентгенографію органів грудної клітки, ехокардіографію (ЕхоКГ), вимірювання артеріального тиску (АТ) на всіх 4-х кінцівках, катетеризацію порожнини серця.

Вади серця поділяють на вроджені вади з ціанозом: 1) тетрада Фалло, яка включає стеноз легеневої артерії, дефект міжшлуночкової перегородки, декстрапозицію аорти, гіпертрофію правого шлуночка; 2) атрезія легеневої артерії в поєднанні з дефектом міжшлуночкової перегородки; 3) атрезія легеневої артерії з інтактною міжшлуночковою перегородкою; 4) атрезія трикуспідального клапану; 5) D-транспозиція магістральних судин; 6) повне аномальне впадіння легеневих вен.

Вроджені вади серця без ціанозу або з мінімальним ціанозом: 1) дефект міжшлуночкової перегородки (ДМШП); 2) стеноз легеневої і ціаноз; 3) подвійне відходження судин від правого шлуночка; 4) L-транспозиція магістральних судин (скорегована транспозиція); 5) дефекти міжпередсердної перегородки (ДМПП); 6) відкрита артеріальна протока (ВАП); 7) коарктація аорти (КА).

Найбільш поширеними вадами серця вважаються недостатність мітрального клапану, недостатність клапанів аорти, стеноз передсерношлуночкового отвору, стеноз отвору

аорти. Наявність вади у дитини вимагає спостереження кардіохірурга та кардіолога для визначення оптимальної тактики консервативного і оперативного лікування.

Напрямки дискусії:

1. Анатомо-фізіологічні особливості серцево-судинної системи у дітей.
2. Клінічні синдроми природжених та набутих вад серця у дітей.
3. Дефект міжпередсердної перегородки: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
4. Дефект міжшлуночкової перегородки: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
5. Відкрита артеріальна протока: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
6. Синдром гіпоплазії лівих відділів серця: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
7. Поєднані коарктаційні синдроми: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
8. Критичний (некомпенсований) стеноз аорти: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
9. Синдроми гіпоплазії правих відділів серця: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
10. Тетрада Фалло: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
11. Транспозиція магістральних судин: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.
12. Аномальний дренаж легеневих вен: анатомія, гемодинаміка, клініка, діагностика, лікування.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №9. *Патологія білірубінового обміну у новонароджених*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з основними клінічними формами захворювань печінки та жовчовидільних шляхів у новонароджених дітей, диференціальною діагностикою неонатальних жовтяниць, методами обстеження, принципами лікування, профілактики та диспансеризації.

Професійно-орієнтована мета: навчити призначити відповідний комплекс обстеження новонародженим дітям з патологією печінки та жовчовидільних шляхів, давати правильну оцінку результатів лабораторних та інструментальних методів обстеження, виставляти діагноз та призначати комплекс лікування.

Теми реферативних повідомлень:

1. Особливості білірубінового обміну плода і новонародженого. Класифікація жовтяниць у новонароджених.
2. Клініко-лабораторна діагностика непрямих гіпербілірубінемій у новонароджених.
3. Клініко-лабораторна діагностика прямих гіпербілірубінемій у новонароджених.
4. Лікування та профілактика неонатальних гіпербілірубінемій.

Короткий зміст заняття:

Гіпербілірубінемія – синдром, який спостерігається протягом 1-го тижня життя у 60% доношених і 80% недоношених новонароджених. Жовтяничне забарвлення шкіри з'являється в результаті зростання рівня непрямого білірубіну, який підвищується до максимуму на 3-4 добу життя у доношеної дитини до рівня 102-137 мкмоль/л, а у недоношених, у зв'язку з функціональною незрілістю печінки, жовтяниця є більш вираженою, з максимальними рівнями білірубіну на 5-6 доби життя (в середньому 171-205 мкмоль/л).

Гіпербілірубінемія у новонароджених буває у двох формах: переважно неконьюгована гіпербілірубінемія і коньюгована гіпербілірубінемія. Причини неконьюгованої гіпербілірубінемії: фізіологічна жовтяниця, гемолітична анемія, поліцитемія, гематома, дефект глюкуронілтрансферази, жовтяниця на грудному вигодовуванні, метаболічні порушення, збільшення кишково-печінкової циркуляції білірубіну, вплив лікарських препаратів. З метою зниження незв'язаного білірубіну в крові найбільш широко

застосовують три методи лікування: замінне переливання крові, фототерапію і лікування фенобарбіталом.

Коньюгована гіпербілірубінемія – це ознака порушення функції гепатобіліарної системи. Причини коньюгованої гіпербілірубінемії: атрезія жовчовивідних шляхів, киста загальної жовчевої протоки, спонтанний розрив жовчевої протоки, зовнішня компресія жовчевої протоки, муковісцидоз, синдром Аладжилла, інфекція, генетичні захворювання та природжені порушення метаболізму.

Критерії патологічної жовтяниці: 1. Виявляється при народженні, з'являється на 1-у добу або на 2-му тижні життя. 2. Спостерігається довше, ніж 8 днів у доношених і довше, ніж 2 тижні у недоношених. 3. Перебігає хвилеподібно. 4. Рівень пуловинного білірубіну перевищує 60 мкмоль/л. 5. Некон'югований білірубін зростає з швидкістю, що перевищує 5,0 мкмоль/л/год, або 85 мкмоль/л/добу. 6. В перші 12 годин життя в крові білірубін перевищує 85 мкмоль/л, в кінці 1-ї доби 120 мкмоль/л і 171 мкмоль/л на 2-у добу життя. 7. Максимальні рівні білірубіну перевищують 205 мкмоль/л у доношених і 255 мкмоль/л у недоношених дітей. 8. Рівень прямого білірубіну є вищим, ніж 26 мкмоль/л або становить більше 20% рівня загального білірубіну.

Якщо жовтяниця у дитини є патологічною, то треба провести такий комплекс обстежень: 1. Визначити рівень білірубіну та його фракцій. 2. Визначити групу крові та Rh-фактор матері і дитини. 3. Визначити показники гемограми: гемоглобін, еритроцити, тромбоцити, ретикулоцити. 4. Провести аналіз периферичного мазка (для виявлення морфологічних змін еритроцитів, характерних для природжених гемолітичних анемії). 5. Провести пряму пробу Кумбса у дитини та непряму у матері. 6. Визначити показник гематокриту. 7. За необхідністю провести обстеження дитини на TORCH-інфекції, сепсис, муковісцидоз, гіпотироз, галактоземію та інші.

Передумовою ефективного лікування гіпербілірубінемії є встановлення причини жовтяниці. Лікувальна тактика повинна бути пов'язана з етіологією захворювання. Разом з тим, важливо не допустити перевищення “безпечного” рівня білірубіну незалежно від причини жовтяниці. “Безпечний” рівень білірубіну може бути різним при різній етіології захворювання (нижчим при наявності ознак гемолізу і вищим за його відсутності).

Загальні принципи лікування включають в себе відміну або корекцію дозування будь-яких препаратів, що негативно впливають на обмін білірубіну, на зв'язок білірубіну з альбуміном та підвищують проникливість гематоенцефалічного бар'єру. Діти, які отримують харчування, недостатнє як за об'ємом так і за калорійністю або мають зменшений діурез чи кількість випорожнень, потребують корекції харчування для зниження ентерогепатичної циркуляції білірубіну. У випадках наявного зневоднення у дитини є необхідною регідратація, перевагу в таких випадках слід надавати оральній регідратації. Інфузійна терапія показана тільки у випадку непереносимості чи обмеження можливостей оральної регідратації.

Існують такі шляхи зниження рівня білірубіну в крові: 1. Фототерапія. 2. Стимуляція кон'югації непрямого білірубіну. 3. Виведення білірубіну з травного каналу. 4. Операція замінного переливання крові (ОЗПК).

Напрямки дискусії:

1. Вплив патологічних чинників на білірубіновий обмін у новонароджених.
2. Механізми розвитку непрямої гіпербілірубінемії.
3. Фізіологічна жовтяниця, критерії, що дозволяють виключити фізіологічну жовтяницю.
4. Гемолітична анемія як причина непрямої гіпербілірубінемії: (природжена та набута).
5. Природжені та набуті порушення кон'югації як причина непрямої гіпербілірубінемії.
6. Жовтяниця на грудному вигодовуванні.
7. Метаболічні порушення, які спричинюють неконьюговану гіпербілірубінемію новонароджених.
8. Позапечінкова обструкція жовчовивідних шляхів.
9. Внутрішньопечінкова обструкція жовчовивідних шляхів зі зменшеною та нормальною кількістю жовчевих протоків.
10. Діагностично-лікувальний алгоритм непрямої та прямої гіпербілірубінемії новонароджених.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №10. *Ендокринна система новонародженого.
Неонатальні ендокринопатії*

Навчальна мета заняття: навчити інтернів-педіатрів виявляти клінічні синдроми уражень щитоподібної залози, проводити їх диференціальну діагностику із захворюваннями з подібною клінікою.

Професійно-орієнтована мета: вміти діагностувати захворювання щитоподібної залози, інтерпретувати результати параклінічних досліджень, призначати терапію.

Теми реферативних повідомлень:

1. Транзиторні стани залоз внутрішньої секреції у новонароджених.
2. Вроджена гіперплазія кори наднирників як причини невизначеної статі у новонароджених.
3. Захворювання парашитовидних залоз у новонароджених.
4. Немовлята, народжені від матерів з цукровим діабетом.
5. Анатомо-фізіологічні особливості щитоподібної залози у дітей. Методика обстеження щитоподібної залози.
6. Семіотика уражень щитоподібної залози у дітей.
7. Гіпотироз і тиротоксикоз у дітей.

Короткий зміст заняття:

У перші години і дні життя у всіх здорових новонароджених зустрічаються **транзиторна гіперфункція гіпофіза, наднирників, щитовидної залози, а також транзиторна недостатність парашитовидних залоз**. У 2/3 новонароджених (переважно дівчаток) зустрічається статевий криз.

За останній час найбільш частою причиною надлишкової продукції андрогенів у плода є недостатність ферментів (21-гідроксилази, 11-гідроксилази), які беруть участь у синтезі кортизола, яка призводить до надмірної стимуляції кори наднирників, її гіперплазії і збільшення синтезу стероїдів. Легкі форми вродженої гіперплазії наднирників можуть проявлятися лише летаргією, плоскою ваговою кривою. При більш важких формах можливі адреналові кризи з втратою солі.

Природжений гіпотироз – недостатність функції щитовидної залози відразу після народження. Встановлення дефіциту щитовидної залози має принципове значення, так як пізня його діагностика призводить до незворотного ураження мозку. Природжений гіпертироз, зумовлений трансплацентарною передачею плоду тироїдстимулюючих імуноглобулінів від матерів з хворобою Грейвса.

Захворювання щитоподібної залози вимагають своєчасної діагностики для попередження ефектів впливу гіпер- чи гіпофункцій щитоподібної залози у дітей.

Дифузний токсичний зоб характеризується дифузним збільшенням щитоподібної залози і явищами тиротоксикозу. Серйозною знахідкою є виявлення вузлів в залозі, які можуть мати як злоякісну, так і доброякісну природу.

Гіпотироз зумовлений дефіцитом тироїдних гормонів або нечутливістю до них тканин-мішеней. Надзвичайно важливо діагностувати вроджений гіпотироз у неонатальному періоді для адекватного розвитку дитини в подальшому. Класичні прояви природженого гіпотирозу (сонливість, млявість, гіпотермія, пастозність, макрогловія, м'язова гіпотонія, брадикардія нерідко з являються після 1-го міс. життя, що вважається пізньою діагностикою. Тому у новонароджених дітей з пролонгованою жовтяницею та закрепами треба виключати гіпотироз.

Клінічні симптоми тиротоксикозу включають зниження маси тіла, спрагу, дратівливість, емоційну лабільність, порушення концентрації уваги, пітливість, непереносимість спеки, тахікардію, очні симптоми (від блиску очей до екзофтальму).

Для оцінки функції щитоподібної залози визначають рівень гормонів Т3, Т4, ТТГ у сироватці крові, проводять пробу з тироліберіном, оцінюють поглинання залозою активного йоду, виявляють автоантитіла.

Напрямки дискусії:

1. Транзиторна гіперфункція гіпофіза, наднирників, щитовидної залози у новонароджених.
2. Транзиторна недостатність парашитовидних залоз у новонароджених.
3. Статевий криз у новонароджених.
4. Диференціювання зовнішніх статевих органів (ембріологія).

5. Природжена гіперплазія кори наднирників: патофізіологія, клініка, діагностика, дифдіагностика зі справжнім гермафродитизмом і природженою дисгенезією гонад.
6. Гіпотироз, гіпертироз: визначення, етіологія, патогенез, клінічні прояви, діагностика, лікування.
7. Гіпопаратироїдизм, псевдогіпопаратироїдизм: визначення, етіологія, патогенез, клінічні прояви, діагностика, лікування.
8. Специфічні порушення у немовлят, народжених від матерів з цукровим діабетом.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ № 11. *Інтенсивна терапія порушень водно-електролітного обміну*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про особливості порушень та інтенсивної терапії водно-електролітного обміну у новонароджених.

Професійно-орієнтована: навчити інтернів-педіатрів принципів діагностики та лікування порушень водно-електролітного обміну у новонароджених.

Теми реферативних повідомлень:

1. Фізіологія водно-електролітного обміну у новонароджених.
2. Порушення калієвого обміну у новонароджених.
3. Порушення обміну кальцію у новонароджених.
4. Порушення обміну магнію у новонароджених.
5. Гіпоосмолярні порушення водно-електролітного обміну у новонароджених.
6. Гіперосмолярні порушення водно-електролітного обміну у новонароджених.

Загальний зміст заняття:

Загальна кількість води в організмі та її розподіл у новонароджених залежать від гестаційного віку. В міру збільшення гестаційного віку зменшується загальний вміст води в організмі, при цьому зменшується кількість позаклітинної рідини і збільшується кількість внутрішньоклітинної. Для новонароджених характерний негативний баланс води і електролітів в організмі і велика потреба в рідині, оскільки у них дуже високе виведення води через легені і шкіру.

Порушення обміну води тісно пов'язане зі зсувами **електролітного складу**. Патологія гідроіонного обміну може формуватися як на етапі поступлення рідини в організм, так і на етапі виведення її з організму, а також зумовлюватися комбінацією цих причин.

Виявлення порушень водно-електролітного обміну у новонароджених ґрунтується на таких принципах: контроль динаміки маси тіла, врахуванні балансу води, оцінці клінічних синдромів та їх вираженості, аналізі параклінічних показників, виявленні специфічних змін на ЕКГ. Лікування проводиться залежно від типу порушень.

Основні напрямки дискусії:

1. Загальні дані про закономірності водного обміну у новонароджених, особливості формування рідинних секторів.
2. Фізіологія обміну основних електролітів (калію, кальцію, магнію, натрію).
3. Загальні закономірності порушень водно-електролітного обміну у новонароджених.
4. Гіперкаліємія, гіпокаліємія: визначення, етіологія, клініка, діагностика, дифдіагностика, інтенсивна терапія.
5. Гіпокальціємія, гіперкальціємія: визначення, етіологія, клініка, діагностика, інтенсивна терапія.
6. Гіпомагніємія, гіпермагніємія: визначення, етіологія, клініка, діагностика, інтенсивна терапія.
7. Гіпернатріємія, гіпонатріємія: визначення, етіологія, клініка, діагностика, інтенсивна терапія.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №12. *Сучасні принципи антибактеріальної, мікостатичної та противірусної терапії у новонароджених*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про сучасні принципи антибактеріальної, мікостатичної та противірусної терапії у новонароджених.

Професійно-орієнтована: навчити інтернів-педіатрів принципів проведення антибактеріальної, мікостатичної та противірусної терапії у новонароджених.

Теми реферативних повідомлень:

1. Основні принципи раціональної антибактеріальної терапії у новонароджених.
2. Причини недостатньої ефективності антибактеріальної терапії у новонароджених.
3. Ескалаційна і деескалаційна антибактеріальна терапія у новонароджених.
4. Основні групи антибіотиків, які використовують у новонароджених.
5. Протигрибкова і противірусна терапія при інтенсивному лікуванні у новонароджених.

Короткий зміст заняття:

Антибіотики належать до лікарських препаратів, які найчастіше призначаються новонародженим. Основними принципами раціональної антибактеріальної терапії у новонароджених є: обґрунтованість і показання до призначення антибіотика, обов'язкове бактеріологічне обстеження і призначення етіотропної терапії з урахуванням виділеного збудника, вибір найбільш ефективного і найменш токсичного препарату, визначення оптимального способу введення препарату з урахуванням ступеня важкості та локалізації інфекційного процесу, добір дози і режиму введення препарату з урахуванням фармакокінетики і фармакодинаміки препарату, маси тіла і віку, моніторинг побічних ефектів і ускладнень антибіотика, вибір критерію оцінки ефективності та тривалості призначення препарату.

У новонароджених, яким проводять інтенсивне лікування, дуже високий ризик грибової інфекції. Факторами, які цьому сприяють є: недоношеність, масивна антибактеріальна терапія, тривала штучна вентиляція легенів, повне парентеральне харчування. Тому необхідно дотримуватися протоколу профілактики та лікування кандидозів.

Основні напрямки дискусії:

1. Оцінка ступеню ризику бактеріальної інфекції у новонароджених.
2. Антибактеріальні препарати емпіричних схем.
3. Антибактеріальні препарати проблемних збудників інфекції при інфекційному лікуванні новонароджених.
4. Фактори ризику розвитку грибових інфекцій у новонароджених.
5. Дози антибактеріальних, протигрибкових і противірусних препаратів залежно від маси, гестаційного віку і доби життя.
6. Побічні ефекти антибактеріальної, протигрибової і противірусної терапії у новонароджених.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №13. *Специфічна профілактика інфекційних захворювань у дітей. Щеплення*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про специфічну профілактику інфекційних захворювань у дітей.

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з видами вакцин, календарем щеплення, показаннями і протипоказаннями до проведення специфічної профілактики інфекційних захворювань у дітей.

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація вакцин.
2. Переваги і недоліки живих вакцин.
3. Переваги і недоліки інактивованих вакцин.
4. Календар щеплень.
5. Показання і протипоказання щодо щеплення.

Короткий зміст заняття:

Завдання вакцинації (щеплення) – захист людини від конкретного виду інфекційної хвороби шляхом стимулювання специфічної імунологічної відповіді без виникнення симптомів захворювання. Вакцини поділяють на інактивовані (вбиті мікроорганізми, їх частинки чи продукти їх життєдіяльності) і живі (ослаблені живі мікроорганізми здатні розмножуватись в організмі людини).

До інактивованих вакцин відносяться: корпускулярні (цільновірусні) вакцини, субодиничні та спліт-вакцини (містять складові мікроорганізмів або окремі антигени), анатоксини – знешкоджені бактеріальні токсини, рекомбіновані вакцини (генно-інженерні).

До живих вакцин відносяться: бактеріальні, вірусні. Інактивовані вакцини мають низьку реактогенність та високу стабільність при зберіганні, що дає можливість використовувати їх у комбінованих препаратах, поряд з тим інактивовані вакцини мають низьку імуногенність, тому для досягнення адекватної імунної відповіді їх вводять декілька разів у вигляді повторних доз, живі вакцини мають високу імуногенність, що дає змогу вводити їх 1-2 рази за життя.

Недоліки живих вакцин: загроза генералізації інфекційного процесу у людей з імунодефіцитними станами, чутливість до підвищення температури при зберіганні, заборона імунізації вагітних

За кількістю антигенів, що входять до складу вакцини, виділяють моно- та комбіновані (асоційовані) вакцини.

Моновакцини містять один мікроорганізм або його антиген, що забезпечує формування імунітету до однієї інфекції.

Комбіновані (асоційовані) вакцини містять два та більше мікроорганізмів, поєднаних виробником.

Переваги комбінованих вакцин: зменшення кількості візитів у поліклініку, зменшення кількості ін'єкцій, економічна ефективність за рахунок здешевлення медичних послуг, підвищення ефективності вакцинації за рахунок чіткого дотримання календарних щеплень, ад'ювантний (підсилюючий) ефект.

Напрямки дискусії:

1. Види вакцин.
2. Переваги живих вакцин.
3. Переваги інактивованих вакцин.
4. Протипоказання щодо проведення вакцинації.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №14. *Імунодіатези у дітей*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про імунодіатези та аномалії конституції, еволюцію їх клінічних проявів.

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з критеріями діагностики імунодіатезів та аномалій конституції, особливостями їх клінічних проявів та диспансерного спостереження

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація та критерії діагностики імунодіатезів та аномалій конституції.
2. Ексудативно-катаральний діатез.
3. Лімфатико-гіпопластичний діатез.
4. Нервово-артритичний діатез.
5. Особливості перебігу захворювань на фоні діатезів.
6. Тактика введення дітей з різними видами діатезів.

Короткий зміст заняття:

Аномалії конституції (діатез) – набутий чи природжений стан нестійкої рівноваги нейроендокринної регуляції, процесів обміну та інших функцій дитячого організму, який може призвести до незвичайних реакцій на дію звичайних факторів. До діатезів відносяться ексудативно-катаральний діатез, лімфатико-гіпопластичний та нервово-артритичний діатези. Загальними клінічними проявами всіх аномалій конституції вважають порушення функціональної і соціальної адаптацій, зниження захисно-приспосувальних реакцій організму, часті захворювання (в тому числі респіраторні), ексудативні та інші висипання на шкірі, збільшення лімфатичних вузлів, мигдаликів, аденоїди; порушення обміну, пара- або дистрофія.

Ексудативно-катаральний діатез – стан організму дитини, який супроводжується схильністю шкіри та слизових оболонок до виникнення інфільтративно-десквамативних процесів, лімфоїдною гіперплазією, лабільністю водно-сольового обміну, схильністю до алергічних реакцій, запальних інфекційних захворювань. Клінічно проявляється на перших

місяцях життя гнейсом, опрілістю, молочним струпом, алергічними висипаннями, збільшенням лімфатичних вузлів. Діти частіше мають паратрофії та рецидивуючі інфекції.

Лімфатико-гіпопластичний діатез – супроводжується дифузною гіперплазією лімфоїдної тканини, дисфункцією ендокринної системи, зниженням імунітету. Діти народжуються з великою масою тіла. Звертає увагу на себе млявість, адинамія, зниження артеріального тиску, у них можуть виявлятися стигми дизембріогенезу.

Нервово-артритичний діатез – зумовлений порушенням обміну речовин, в першу чергу сечової кислоти та пуринових основ, яке проявляється підвищеною збудливістю ЦНС, спастичними та алергічними симптомами. Клінічно проявляється неврастенічним синдромом, синдромом обмінних порушень, змінами на шкірі та спастичними проявами (бронхоспазм, мігреноподібні болі тощо). У диспансеризації таких дітей основна роль належить дієті, догляду та вихованню.

Напрямки дискусії:

1. Визначення поняття аномалій конституції.
2. Особливості клінічних проявів ексудативно-катарального діатезу.
3. Лімфатико-гіпопластичний діатез, клініка та діагностика.
4. Клінічна симптоматика та критерії діагностики нервово-артритичного діатезу.
5. Перебіг захворювань на фоні різних видів діатезів.
6. Тактика введення дітей з різними видами діатезів.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №15. *Сучасні підходи до раціонального вигодовування дітей раннього віку*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з особливостями вигодовування доношених та недоношених дітей. Вивчити способи вигодовування та методи розрахунку харчування, способи корекції харчування дітей з гіпотрофією.

Професійно-орієнтована мета: Навчити інтернів-педіатрів нових підходів до вигодовування немовлят, пріоритетним позиціям щодо грудного вигодовування.

Теми реферативних повідомлень:

1. Особливості вигодовування доношених та недоношених новонароджених.
2. Сучасні засади вигодовування дітей першого року життя.
3. Методи розрахунку харчування у немовлят.
4. Потреба дітей у основних харчових інгредієнтах.
5. Способи корекції харчування.
6. Гіпогалактія та методи її корекції.

Короткий зміст заняття:

Для забезпечення гармонійного розвитку дитини необхідне правильне і **раціональне харчування**. Ідеальною і найбільш фізіологічною їжею є годування материнським молоком безпосередньо із грудей матері. Програма підтримки грудного вигодовування передбачає раннє прикладання новонародженої дитини до грудей матері, сумісне перебування матері і дитини в пологовому залі, відмова від засобів, що імітують жіночі груди, та виключно грудне вигодовування до 5-6 місяців за вимогою дитини без нічної перерви.

Основними принципами роботи з матір'ю є заохочування до вільного вигодовування за вимогою дитини; психологічна підтримка впевненості матері в тому, що дитина отримує з її молоком все те, що їй потрібно, профілактика і лікування гіпогалактії. В період становлення лактації у матері і адаптації новонародженого слід відмовитися від засобів, імітуючих груди матері.

З метою максимального збереження грудного вигодовування і профілактики харчової алергії переглянуті терміни введення в раціон дітей харчових добавок та прикормів.

За умови, коли у мами є достатня кількість молока, дитину, яка нормально прибавляє в масі тіла, вигодовують до 5-6 міс. виключно грудним молоком.

Перший прикорм – це крок від виключно рідкої їжі до густої. Вводиться з 5-6 міс. В більшості це протерте овочево-фруктове пюре з додаванням рослинної олії (поступово з крапель, довести до 3 г на порцію 150г). *Другий прикорм* – молочно-круп'яна каша, її вводять в

раціон через 1-1,5 міс, після першого прикорму і дають тільки один раз в день. *Третій прикорм* – кисломолочні продукти спеціального приготування для дитячого харчування (вводяться з 7-8міс. віку), або адаптована молочна суміш.

Гіпогалактія — зниження секреторної функції молочних залоз в період лактації. Розрізняють первинну і вторинну гіпогалактію. *Первинна* гіпогалактія зумовлена гормональними розладами чи захворюваннями ендокринних залоз. *Вторинна* гіпогалактія – розвивається внаслідок різних захворювань, ускладнень вагітності, пологів, неправильної техніки годування дитини, фізичної та психічної перевтоми жінки, тріщин, ерозій сосків, маститу. При ознаках лактаційного кризу необхідно усунути причину, забезпечити адекватний відпочинок матері, часто прикладати дитину до обох грудей, годувати вночі, проводити масаж грудних залоз та дотримуватися відповідного режиму харчування і правильної техніки вигодовування, вживати чай для підвищення лактації.

Змішане та штучне вигодовування

При недостатній кількості чи повній відсутності молока треба вчасно призначити правильне вигодовування. Для того, щоб взнати чи є достатня кількість молока у матері, необхідно провести контрольне зважування дитини до і після годування і лише тоді призначити необхідне догодовування. Для збереження лактації у матері догодовування треба проводити після годування грудьми, суміш давати тільки з ложечки.

При змішаному та штучному вигодовуванні дотримуватися таких правил: періодично (1 раз на місяць) проводити розрахунки калорійності їжі; слідкувати за приростом маси тіла; дотримуватися суворих санітарно-гігієнічних вимог щодо приготування суміші.

Суміш призначає лікар, враховуючи вік дитини, індивідуальні особливості її розвитку і стан здоров'я. Корируючи харчові добавки і прикорми вводять на два тижні раніше, ніж при грудному вигодовуванні.

Для успішного проведення змішаного і штучного вигодовування рекомендується використовувати високо адаптовані молочні суміші.

Напрямки дискусії:

1. Тривале природне вигодовування – запорука гармонійного розвитку дитини.
2. Особливості вигодовування дитини після введення страв прикорму.
3. Раціональне змішане та штучне вигодовування дитини.
4. Критерії раціонального вигодовування дітей
5. Профілактика та лікування гіпогалактії.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №16. *Принципи харчування дітей при різній патології*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про принципи харчування хворих дітей раннього віку.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів загальних принципів вигодовування хворих дітей з різною патологією.

Теми реферативних повідомлень:

1. Роль лікувального харчування при різній патології у дітей.
2. Дієтотерапія при обмінних захворюваннях амінокислот.
3. Корекція харчування у дітей з гіпотрофією та анемією.
4. Особливості дієтотерапії при захворюваннях нирок.

Короткий зміст заняття:

Лікувальне харчування є обов'язковим компонентом комплексного лікування дітей при багатьох захворюваннях. Воно полягає у застосуванні з лікувально-профілактичною метою спеціальних раціонів-дієт на основі використання певних наборів продуктів, технології виготовлення страв і дотримання особливого режиму приготування їжі. При порушеннях амінокислотного й вуглеводного обміну, кишкового травлення та всмоктування (ензимопатії) лікувальне харчування – єдиний метод терапії.

У лікувальних раціонах слід приділяти увагу кількісному і якісному вмісту білкового компонента. У дітей з харчовою алергією найчастішими алергенами є білки

коров'ячого молока і курячого яйця. Принципом побудови дієтотерапії при харчовій алергії є індивідуальний підхід з урахуванням причини і важкості сенсibiliзації організму, віку дитини та порушення кишкового біоценозу. У харчуванні дітей велике значення має достатнє забезпечення вітамінами та мікроелементами. Велику увагу надається спеціалізованим продуктам харчування при різній патології.

Дієтотерапія при виразковій хворобі шлунка повинна бути максимальною щадячою, з виключенням термічних, механічних та хімічних подразників.

Напрямки дискусії:

1. Характеристика лікувальних дієт.
2. Спеціалізовані дієтичні продукти та їх використання у лікувальному харчуванні.
3. Профілактика харчової алергії.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №17. *Кашель у дітей: семіотика, діагностика, лікування*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про етіопатогенез, семіотику, діагностику і основні принципи лікування кашлю у дітей різного віку.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, клінічного, лабораторно-інструментального обстеження вміти визначити причину кашлю, для верифікації діагнозу вміти призначити необхідний комплекс додаткових обстежень; раціонально вибрати відхаркувальні, протикашлеві засоби, призначити адекватне фізіотерапевтичне лікування.

Теми реферативних повідомлень:

1. Етіопатогенез кашлю.
2. Диференціальна діагностика захворювань органів дихання і особливості кашлю при них.
3. Тактика лікування патології органів дихання протикашлевими і відхаркувальними засобами.
4. Відхаркуючі і протикашлеві засоби в дитячій пульмонології, показання до призначення, особливості застосування і дозування.

Короткий зміст заняття:

У патогенезі захворювань органів дихання основне місце займає підвищене слизоутворення у бронхах з розвитком обструкції верхніх дихальних шляхів і кашлю.

Кашель – захисна реакція організму, яка сприяє виведенню із дихальних шляхів сторонніх частинок, мікроорганізмів або патологічного бронхіального секрету і скерована на очищення бронхів. Якщо кашель короткотривалий і не повторюється, це може бути проявом нормальної захисної реакції.

Найбільш поширеними чинниками кашлю у дітей є ГРВІ, бронхіт, пневмонія, бронхіальна астма. У немовлят поява кашлю, зазвичай, свідчить про захворювання. У дітей дошкільного віку кашель, особливо раптовий, може викликатися попаданням сторонніх тіл у дихальні шляхи.

Симптоми, наявність яких при кашлі потребує уваги лікаря: тривалість понад 1 тиждень з наростаючою інтенсивністю на фоні стійкого (понад 2 тижні) підвищення температури тіла до 37,5⁰С; наявність ядухи, задишки, кровохаркання; значне виділення мокротиння; наявність болей при покашлюванні у грудній клітці; стійка охриплість голосу.

Розглянемо деякі фармакологічні аспекти лікування кашлю у дітей.

За наявності гострого запального процесу перевагу віддають відхаркувальним препаратам рослинного походження. Рослинні відвари і настої (корінь солодки, алтейка, мати-і-мачуха, фенхель тощо) виявляють не тільки відхаркувальну дію, але й сприяють регенерації слизової оболонки бронхів.

Тривале призначення йодовмісних препаратів може призводити до розвитку йодизму – риніт, сонливість, пастозність; можливі прояви гіпертирозу.

Протикашлеві препарати, які містять кодеїн, декстрометорфан, бутамірат не призначають дітям до 2 річного віку. Зокрема, препарати, які містять декстрометорфан можуть пригнічувати ЦНС і дихальний центр навіть у терапевтичних дозах. При прийомі препаратів, які містять бутамірат у високих дозах, може виникнути діарея, блювота, зниження АТ, а в особливо тяжких випадках – виражене пригнічення ЦНС.

Ацетилцистеїн може викликати легеневі кровотечі, порушувати функції нирок і печінки, у хворих на бронхіальну астму провокувати бронхоспазм.

Позитивний ефект бромгексину і амброксола виявляється у значній стимуляції синтезу сурфактанту альвеолярними клітинами. Але слід пам'ятати, що ці препарати можуть впливати на рівень трансаміназ печінки і вони несумісні із лужними розчинами і кодеїном.

Відхаркувальні препарати (зокрема, карбоцестеїн) не слід призначати за наявності ерозивно-виразкових уражень гастродуоденальної зони. Крім цього, ці препарати не доцільно поєднувати з антигістамінними, сечогінними, пригнічуючими кашлевий центр.

Відхаркувальні препарати слід запивати великою кількістю лужного розчину. Клінічний ефект їх застосування, зазвичай, спостерігається не раніше 6-7 дня лікування.

Напрямки дискусій:

1. Основні фармакологічні групи відхаркувальних препаратів. Показання до їх застосування.
2. Основні фармакологічні групи протикашлевих препаратів. Показання до їх застосування.
3. Особливості призначення і побічна дія відхаркувальних препаратів.
4. Особливості призначення і побічна дія протикашлевих препаратів.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №18. *Пневмонії у дітей*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про етіологію, клініку, діагностику, лікування і профілактику пневмоній у дітей різного віку.

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними уявленнями про етіопатогенез, основні симптомокомплекси перебігу пневмонії у дітей; навчити їх основним схемам лікування, диспансеризації і профілактики пневмонії та дифдіагностики атипичних пневмоній від типових на основі даних анамнезу, результатів лабораторного дослідження і рентгенологічного обстеження лікарів-інтернів обґрунтовують клінічний діагноз, призначають лікування, дають оцінку повноти обстеження й ефективності лікування оглянутих дітей різного віку.

Теми реферативних повідомлень:

1. Етіологія пневмоній у дітей різного віку.
2. Основні симптомокомплекси пневмоній у дітей різного віку.
3. Лабораторно-інструментальні критерії діагностики пневмоній.
4. Диференціальна діагностика пневмоній.
5. Лікування, диспансеризація і профілактика розвитку пневмоній.

Короткий зміст заняття:

Пневмонія – це гостре інфекційно-запальне захворювання паренхіми легень, яке характеризується інфільтративними змінами легеневої тканини і дихальною недостатністю. Висока частота пневмоній у дітей раннього віку пояснюється відсутністю імунітету до більшості збудників і анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання (вузькі дихальні шляхи; легка ранимість слизової оболонки; недостатній розвиток еластичних елементів і надмір сполучної тканини; багата васкуляризація; недорозвинутість функціональної одиниці легеневої тканини – ацинусу). Гостра пневмонія – поліетіологічне захворювання.

Збудниками позалікарняних пневмоній найчастіше є: пневмокок; гемофільна паличка; стафілокок; мікоплазма; віруси; госпітальних пневмоній – стафілокок; гемофільна паличка; грамнегативні палички кишкової групи (протей, клебсієла, псевдомонас, ентеробактер). Основний шлях проникнення інфекції в легеневу тканину – бронхогенний, хоча можливі гематогенний і лімфогенний.

У 1998 році на II з'їзді фтизіатрів і пульмонологів України прийнята сучасна класифікація пневмоній. За формою – вогнищева (в тому числі вогнищево-зливна); сегментарна (моно- або полі сегментарна); крупозна; інтерстиціальна. За походженням – позалікарняна ("вулична", амбулаторна); внутрішньолікарняна (нозокоміальна); пневмонія при перинатальному інфікуванні; аспіраційна; пневмонія у хворих з імунодефіцитом. За характером перебігу – гострий (до 6 тиж), затяжний (зворотній розвиток пневмонічного процесу від 6 тиж до 8 міс від початку хвороби). Пневмонія може бути ускладненою і неускладненою. Ускладнення пневмонії розподіляють на легеневі та позалегеневі.

Діагноз пневмонії встановлюють на підставі анамнезу, клінічних і рентгенологічних критеріїв. Клінічні критерії гострої пневмонії включають: підвищення температури тіла; кашель (сухий з переходом у вологий з виділенням слизистого або слизисто-гнійного харкотиння); ознаки інтоксикації та дихальної недостатності; посилення голосового тремтіння при пальпації грудної клітки; вкорочення перкуторного звуку над ураженою ділянкою легень; аускультативні зміни – дихання з продовженим видихом або ослаблене, дрібноміхурцеві вологі хрипи, можлива крепітація, підсилення бронхофонії. Рентгенологічними критеріями гострої пневмонії є: інфільтративні тіні у вигляді вогнищ різної величини або інтенсивне затемнення в ділянці одного чи декількох сегментів, частки, декількох часток легень. У більшості випадків достатнім є проведення рентгенографічного обстеження у прямій проекції, однак у разі локалізації процесу в лівій нижній долі є потреба дослідження в боковій проекції. Для підтвердження діагнозу гострої пневмонії слід провести загальний аналіз крові, який найчастіше виявляє лейкоцитоз, нейтрофіліоз із зсувом вліво, підвищення ШОЕ.

Лікування пневмонії повинно бути комплексним і може проводитися в стаціонарних або в домашніх умовах. Для хворого на пневмонію потрібен правильно організований лікувально-захисний режим і раціональне харчування. Стартова терапія повинна включати такі антибіотики: пеніциліни (пеніцилін, амоксицилін, захищений амінопеніцилін – амоксицилін/клавуланова кислота та ін.), цефалоспорины першого (цефалексин, цефазолін) або другого покоління (цефуроксим, цефаклор). При підозрі на атипичний генез пневмонії (мікоплазма, хламідія) доцільно призначити макроліди (спірамідин, кларитромідин, азитромідин та ін.).

Основою **патогенетичної терапії** пневмонії є призначення протизапальних препаратів (диклофенак, ібуфен, вольтарен тощо), які пригнічують активність медіаторів запалення. Обов'язковим компонентом терапії є застосування муколітичних препаратів (амброксол, ацетилцистеїн, бромгексин тощо). Важливою складовою комплексної терапії пневмоній є фізіотерапія. В гострому періоді показаний 5-7 денний курс УВЧ терапії, після чого лікування продовжують з застосування електрофорезу та ампліпульсофорезу. Реабілітаційне лікування включає курси масажу, лікувальної фізкультури.

Напрямки дискусії:

1. Сучасна класифікація пневмоній.
2. Особливості перебігу пневмоній залежно від віку дитини.
3. Раціональний вибір антибіотикотерапії.
4. Реабілітаційне лікування.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №19. *Обструктивний рецидивний бронхіт*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику бронхообструктивних станів.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів систематизувати ознаки бронхообструкцій різного генезу і особливості перебігу обструктивного синдрому у дітей різного віку; знати критерії діагностики бронхообструктивних станів різного походження, вміти правильно вибрати лікувальну тактику, дозу і шлях введення препарату, тривалість курсу лікування.

Теми реферативних повідомлень:

1. Етіологія та патогенез бронхітів у дітей різного віку.
2. Етіопатогенетичні особливості розвитку бронхообструктивних станів.
3. Клініка та критерії діагностики бронхообструктивного синдрому.
4. Диференціальна діагностика і лікування бронхіальної обструкції.
5. Профілактика розвитку і реабілітація дітей з бронхообструкцією.

Короткий зміст заняття:

Рецидивний обструктивний бронхіт характеризується тим, що запалення слизової оболонки бронхів перебігає з явищами обструкції дихальних шляхів за рахунок набряку або гіперплазії слизової, гіперсекреції слизу, розвитку бронхоспазму. Обструктивний бронхіт також може розвинути в будь-якому віці, але все ж таки частіше він реєструється у дітей раннього віку. Найчастіше причиною розвитку бронхіту є вірусна інфекція, значно рідше

бактеріальна (співвідношення 4/1). Віруси, які можуть бути причиною бронхіту: РС-вірус, парагрип, грип, аденовіруси, цитомегаловіруси, мікоплазма, кір. Бактеріальна збудниками є: гемофільна паличка, пневмокок, стафілокок, стрептокок, грамнегативні мікроорганізми, хламідії.

Клінічними ознаками бронхіту є: кашель, виділення харкотиння, порушення бронхіальної прохідності. **Рецидивний обструктивний бронхіт** відрізняється від простого клінічною вираженістю обструкції і проявляється свистячим продовженим видихом, сухими свистячими та різнокаліберними вологими хрипами, участю в акті дихання допоміжної мускулатури. Можливий виснажливий кашель, який закінчується блювотою. Дихальна недостатність виражена незначно, після відкашлювання кількість хрипів зменшується. Дифдіагноз проводиться з пневмонією, рецидивним бронхітом і бронхіальною астмою. Лікування включає режим, дієту, вибір етіотропного препарату. Велике значення має **симптоматична** терапія: антипіретики (ібупфен, парацетамол); відхаркувальні середники (корінь алтея, мукалтин, бромгексин, лазолван, ацетилцистеїн). Крім цього проводиться корекція дихальної недостатності й призначаються бронхолітичні препарати (симпатоміметики (найчастіше β_2 -агоністи); холінолітики; препарати метилксантинового ряду; комбіновані препарати, до складу яких входять бронходилататори різних груп. Для ліквідації холінергічного компонента бронхоспазму, пов'язаного з дією ацетилхоліну використовуються холінолітики – іпратропіум бромід (атровент), комбіновані аерозолі, які містять у собі симпатоміметики і холінолітики (беродуал і комбівент). У терапії бронхообструктивного синдрому в дітей продовжують широко використовувати препарати метилксантинового ряду (еуфілін, теофілін). Найкращим методом еуфілінізації є краплинна інфузія у режимі 0,7 мг/кг маси за 1 год.

Напрямки дискусії:

1. Сучасна класифікація бронхітів.
2. Особливості клінічної картини бронхообструктивного синдрому у дітей різних вікових груп.
3. Рациональний вибір комплексу терапії, залежно від етіологічного чинника, преморбідного фону захворювання, важкості бронхообструктивного синдрому і віку дитини.
4. Ускладнення тривалого лікування бронхообструкції.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №20. *Муковісцидоз у дітей*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування муковісцидозу і диспансерне спостереження за дітьми, хворими на муковісцидоз.

Професійно-орієнтована мета: лікарі-інтерни повинні знати критерії діагностики муковісцидозу, вміти розпізнати і провести диференційну діагностику різних форм муковісцидозу, правильно вибрати терапію (в т.ч. ферменти), розрахувати дозу ферментних препаратів, призначити адекватне фізіотерапевтичне лікування і ефективне диспансерне спостереження.

Теми реферативних повідомлень:

1. Епідеміологія, молекулярно-генетичні основи і патоморфологічні зміни при муковісцидозі.
2. Діагностика муковісцидозу.
3. Ураження бронхолегеневої системи при муковісцидозі.
4. Ураження травного тракту при муковісцидозі.
5. Ріст та пубертатний розвиток дітей, хворих на муковісцидоз.
6. Дієтологічні підходи до лікування дітей з муковісцидозом.
7. Принципи терапії при муковісцидозі.
8. Характеристика основних препаратів, які застосовуються для лікування муковісцидозу.
9. Диспансерне спостереження за дітьми з муковісцидозом.

Короткий зміст заняття:

Муковісцидоз – спадкове аутосомно-рецесивне мультисистемне захворювання, яке розвивається внаслідок продукції екзокринними залозами секрету підвищеної в'язкості з розвитком вторинних змін переважно у бронхолегеневій системі, а також у травній і

репродуктивній системі. Частота мутацій гену муковісцидозу (F508, R553X, G551D) у білій расі складає 1:20. Патогенез ураження різних органів і систем при муковісцидозі пов'язаний з виділенням екзокринними залозами секрету підвищеної в'язкості, а також повторними бронхолегеневими інфекціями і колонізацією *Ps.aeruginosa*. Виключаючи випадки смерті новонароджених від меконіального ілеусу, ураження дихальної системи з розвитком легенево-серцевої недостатності є основною причиною смерті при муковісцидозі. Найчастіше уражуються верхні дихальні шляхи. Часто розвиваються пансинузити. У деяких хворих у процес може втягуватися евстахієва труба, що призводить до зниження слуху і розвитку хронічного отиту. Пренатальні зміни легень при муковісцидозі проявляються акумуляцією слизу в трахеобронхіальних залозах. Постнатально у дітей з перших днів життя виявляються зміни у легенях у вигляді розширення бронхіол і альвеол. В'язкий бронхіальний секрет легко випадає в осад і є добрим середовищем для розвитку колоній мікробів. Запальні процеси призводять до набряку слизової оболонки, обструкції і бронхоспазму і ще більшої продукції секрету.

Рання діагностика і вчасно розпочате лікування визначають прогноз перебігу муковісцидозу. У типових випадках діагностика муковісцидозу, зазвичай, не викликає особливих труднощів. Основними клінічними критеріями муковісцидозу є комбінація хронічного бронхолегеневого процесу, характерних симптомів ураження травного каналу і затримка фізичного розвитку, підвищення електролітів у потовій рідині. Загальноприйнятим методом діагностики муковісцидозу визначення хлориду натрію у потовій рідині (позитивний результат – більше 60 ммоль/л). У сумнівних випадках – молекулярна діагностика. Для визначення стеатореї – копрологія, добова стеаторея.

Основним принципом дієти при муковісцидозі є збільшення енергетичної цінності їжі на 20-50% понад норму з додатковим підсолюванням і корекцією за мікроелементами. В основі медикаментозної корекції синдромів мальдигестії і мальабсорбції лежить замісна терапія ферментами підшлункової залози. Доза ферментних препаратів встановлюється індивідуально у спеціалізованому лікувальному закладі, перевага надається захищеним ферментам – креон, панцитрат. Початкова доза – 4000-5000 МО активності ліпази/кг /добу; при важкому перебігу – 8000-10000 МО ліпази/кг/добу. Для зменшення в'язкості і ефективного видалення бронхіального секрету застосовують комбінацію фізичних, медикаментозних і інструментальних методів. Із антибіотиків використовують β-лактамі, карбопеніми, аміноглікозиди, хінолони.

У системі допомоги хворим на муковісцидоз важливе місце займають сімейні лікарі або дільничі педіатри. Активне спостереження з оцінкою параметрів фізичного розвитку, корекція дієти і дози ферментних препаратів, профілактика бронхолегеневих загострень і амбулаторне лікування є основними задачами первинної ланки медичної допомоги у системі ведення хворих на муковісцидоз.

Напрямки дискусії:

1. Сучасна класифікація муковісцидозу.
2. Основні клінічні форми муковісцидозу.
3. Генетичне консультування при муковісцидозі.
4. Профілактика ускладнень ферментотерапії.
5. Дієтологічні підходи до лікування хворих на муковісцидоз і корекція панкреатичної недостатності.
6. Система надання медичної і психосоціальної допомоги хворим на муковісцидоз і їх сім'ям.
7. Хірургічне лікування ускладнень легеневої форми муковісцидозу.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №21. *Антибактеріальна терапія в дитячій пульмонології*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про нові методи і схеми проведення антибактеріальної терапії у дитячій пульмонології; ознайомити із основними групами сучасних антибактеріальних препаратів, їх дозуванням і особливостями застосування.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів на підставі даних анамнезу, результатів лабораторно-інструментальних досліджень раціонально вибрати антибактеріальний препарат із урахуванням ймовірного збудника, а також призначити дозу і шлях його уведення, тривалість курсу лікування.

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація і коротка характеристика антибактеріальних препаратів, які використовуються у дитячій пульмонології.
2. Вибір антибактеріального препарату при лікуванні пневмоній, які викликані:
 - стрептококом;
 - ентеробактеріями (клебсієла і ін.);
 - гемофільною паличкою;
 - моракселою;
 - синегнійною паличкою;
 - нозокоміальною інфекцією;
 - анаеробними бактеріями;
 - внутрішньолікарняними збудниками.
3. Клінічні прояви та діагностика пневмоній різного генезу.
4. Тактика лікування пневмоній різного генезу.
5. Профілактика ускладнень антибактеріальної терапії.

Короткий зміст заняття:

Основою етіотропної терапії мікробно-запальних захворювань бронхолегеневої системи у дітей є призначення **антибіотиків** (АБ). Вибір стартового АБ практично завжди здійснюється емпірично.

Стартова терапія повинна включати такі АБ: пеніциліни (пеніцилін, амоксицилін, захищений амінопеніцилін – амоксицилін/клавуланова кислота та ін.), цефалоспорини першого (цефалексин, цефазолін) або другого покоління (цефуроксим, цефаклор). При амбулаторному лікуванні мікробно-запальних захворювань бронхолегеневої системи призначення внутрішньом'язових АБ є незручним. Доцільно рекомендувати пероральний прийом ампіциліну, за наявності алергії до пеніцилінового ряду оптимальне рішення – еритроміцин (оскільки може бути перехресна гіперчутливість до цефалоспоринів). При виявленні золотистого стафілококу терапією вибору є метицилін (або оксацилін), який призначають парентерально кожні 4-6 год. При тяжкому перебігу захворювання цей препарат комбінують з аміноглікозидами. Лікування мікробнозапальних захворювань бронхолегеневої системи, які викликані ентеробактеріями, вимагає призначення цефалоспоринів третього і вище покоління, які можна поєднувати із фторхінолонами і аміноглікозидами. Гемофільна паличка виявляє добру чутливість до ампіциліну (амоксициліну). Проте, за останні роки збільшилося число штамів, які продукують бета-лактамазу. Тоді призначають амоксицилін з клавулановою кислотою. Ця комбінація доцільна при лікуванні пневмоній, які викликані моракселою. Синегнійна паличка чутлива до цефалоспоринів третього покоління, які обов'язково поєднуються з аміноглікозидами, можливе призначення карбоксипеніциліну, уреїдопеніцилінів. При підозрі на атипичний генез пневмонії (мікоплазма, хламідія, легіонелла тощо) показане для старту застосування нових макролідів (спіраміцин, кларитроміцин, азитроміцин та ін.). Етіологічними чинниками госпітальних пневмоній в основному є: стафілокок; гемофільна паличка; грамнегативні палички кишкової групи. У такому випадку вибір повинен робитися серед наступних препаратів: цефалоспорини другого і третього покоління, аміноглікозиди (гентаміцин, тобраміцин, амікацин та ін.), карбопенем (меропенем).

Після ідентифікації збудника мікробно-запального захворювання бронхолегеневої системи проводять корекцію антибактеріальної терапії, призначаючи препарати згідно отриманого спектру чутливості. Тривалість антибіотикотерапії визначається в першу чергу важкістю захворювання і наявністю ускладнень. У випадку неускладненої пневмонії за умов адекватного вибору АБ позитивна динаміка спостерігається швидко і достатнім може бути 5-7 денний курс антибіотикотерапії. У разі розвитку ускладнень лікування АБ повинно бути значно тривалішим. При призначенні антибіотиків слід дотримуватися, так званого, ступеневого принципу терапії, який полягає в тому, що парентеральне введення АБ

продовжується протягом 2 днів після отримання ефекту, після чого слід переходити на пероральне введення препаратів аналогічної групи.

Напрямки дискусії:

1. Сучасна класифікація антибактеріальних препаратів.
2. Особливості дії призначення антибактеріальних препаратів у дитячій пульмонології.
3. Раціональний вибір антибактеріальних препаратів, залежно від етіологічного чинника, преморбідного фону захворювання, важкості стану і віку дитини.
4. Ускладнення антибактеріальної терапії.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №22. *Основні методи лікування захворювань органів дихання у дітей*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про спектр фармакологічних препаратів, які використовуються у дитячій пульмонології; поновити і поповнити знання інтернів-педіатрів із фармакокінетики сучасних пульмонологічних препаратів, показаннями і протипоказаннями до їх призначення, дозуванням і шляхами введення.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів на підставі даних анамнезу, результатів лабораторно-інструментальних досліджень раціонально вибрати антибактеріальний препарат із урахуванням ймовірного збудника, а також призначити комплекс необхідних пульмонологічних препаратів; визначити їх дозу і шлях уведення, тривалість курсу лікування.

Напрямки дискусії:

1. Сучасна класифікація антибактеріальних препаратів.
2. Особливості дії призначення антибактеріальних препаратів у дитячій пульмонології.
3. Раціональний вибір антибактеріальних препаратів, залежно від етіологічного чинника, преморбідного фону захворювання, важкості стану і віку дитини.
4. Ускладнення антибактеріальної терапії.

Короткий зміст заняття:

Лікування пульмонологічної патології повинно бути комплексним. Основою етіотропної терапії мікробно-запальних захворювань бронхолегеневої системи у дітей є призначення антибіотиків. Вибір стартового антибіотика практично завжди здійснюється емпірично. Антибактеріальна терапія розглянута у відповідних заняттях.

Основою **патогенетичної терапії бронхолегеневої патології** є призначення протизапальних препаратів (диклофенак, ібуфен, вольтарен тощо), які пригнічують активність медіаторів запалення. Обов'язковим компонентом терапії є застосування муколітичних препаратів (амброксол, ацетилцистеїн, бромгексин тощо). Крім цього проводиться корекція дихальної недостатності й призначаються бронхолітичні препарати (симпатоміметики (найчастіше - β_2 -агоністи), холінолітики, препарати метилксантинового ряду, комбіновані препарати, до складу яких входять бронходилататори різних груп. Для ліквідації холінергічного компоненту бронхоспазму, пов'язаного з дією ацетилхоліну використовуються холінолітики – іпратропіум бромід (атровент), комбіновані аерозолі, які містять у собі симпатоміметики і холінолітики (беродуал і комбівент). У терапії бронхообструктивного синдрому в дітей продовжують широко використовувати препарати метилксантинового ряду (еуфілін, теофілін). Найкращим методом еуфілінізації є краплинна інфузія у режимі 0,7мг/кг маси за 1 год. Об'єм **симптоматичної терапії визначається** клінічною потребою. Найчастіше виникає необхідність в лікуванні гіпертермічного синдрому.

Важливою складовою комплексної терапії бронхолегеневої патології є фізіотерапія. У гострому періоді показаний 5-7 денний курс УВЧ-терапії, після чого лікування продовжують із застосування електрофорезу і ампліпульсофорезу.

Напрямки дискусії:

1. Сучасна класифікація пульмонологічних препаратів.
2. Особливості призначення антибактеріальних препаратів у дитячій пульмонології.
3. Раціональний вибір антибактеріальних, муколітичних, антибронхоспастичних препаратів, залежно від патології, преморбідного фону захворювання, важкості стану і віку дитини.

4. Ускладнення антибактеріальної терапії.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №23. *Здоровий спосіб життя та його роль у профілактиці захворювань серцево-судинної системи*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про значення здорового способу життя в запобіганні захворюванням серцево-судинної системи.

Професійно-орієнтована: навчити інтернів-педіатрів методам запобігання захворювань серцево-судинної системи, які зумовлені шкідливими звичками та психогенними зовнішніми чинниками.

Теми реферативних повідомлень:

1. Поняття про здоровий спосіб життя.
2. Вплив шкідливих факторів довкілля, куріння, алкоголю на серцево-судинну систему.
3. Значення фізичних факторів (фізкультура, спорт, загартовування) у профілактиці серцево-судинних захворювань.
4. Роль нервово-психічних факторів у запобіганні серцево-судинних захворювань
5. Раціональне харчування і його роль у профілактиці захворювань серцево-судинної системи.

Короткий зміст заняття:

Здоровий спосіб передбачає створення оптимальних умов для життя і розвитку дитини, виключення з оточення шкідливих чинників, які можуть негативно впливати на різні органи і системи, у тому числі і серцево-судинну. Важливу роль відіграє раціональне (збалансоване) харчування, що запобігає порушенням вуглеводного і жирового обміну, ожирінню. Підкреслюється негативний вплив куріння і вживання алкоголю на серце і судини, роль емоційних стресів і нервово-психічних перевантажень, що переважно зустрічається в підлітковому віці. Відзначається позитивний вплив занять фізкультурою у формуванні здорового способу життя і профілактиці захворювань серцево-судинної системи.

Напрямки дискусії:

1. Сучасні погляди на здоровий спосіб життя.
2. Вплив факторів довкілля на стан серцево-судинної системи у дітей.
3. Роль куріння і алкоголю у виникненні патології серцево-судинної системи.
4. Фізична культура і спорт, як засоби запобігання серцево-судинним захворюванням.
5. Характер харчування і серцево-судинна патологія.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ № 24. *Об'єктивні методи дослідження серця та великих судин*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про об'єктивні методи дослідження серця і судин.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів оцінювати ЕКГ,ФКГ, інтерпретувати дані УЗД, рентгенологічного методів дослідження серцево-судинної системи у дітей.

Теми реферативних повідомлень:

1. Частота пульсу, величини АТ у здорових дітей різного віку.
2. Характерні зміни пульсу у разі патології серцево-судинної системи.
3. Величина артеріального тиску у здорових дітей.
4. Розміри серця у дітей різного віку.
5. Аускультация серця і судин в нормі і у разі патології.
6. Особливості ЕКГ у здорових і хворий дітей різного віку.
7. Ультразвукові методи обстеження серця і судин у дітей.
8. Рентгенологічні методи обстеження серця і судин.

Короткий зміст заняття:

Діагностика серцево-судинних захворювань у дітей базується на **клінічних методах обстеження частоти і характеру пульсу, перкуторних даних про розміри серця, аускультатії серця і судин, вимірюванні артеріального тиску**. На підставі цих даних можна проводити скринінг основних захворювань серцево-судинної системи. У сучасній

кардіології основну роль в отриманні об'єктивної інформації відіграють інструментальні методи дослідження. На підставі ЕКГ ми оцінюємо функції міокарда, ФКГ дозволяє уточнити аускультативні феномени. Променеві методи діагностики дозволяють дослідити розміри судин, серця і його структур, характер патологічних змін і процесів. Сучасна доплерографія дає можливість неінвазивно оцінювати характеристики кровоплину в серці та судинах. Для уточнення інформації про структурні зміни деколи використовується комп'ютерна та магнітно-резонансна томографія.

Напрямки дискусії:

1. Характерні клінічні ознаки (патогномонічні) природжених вад серця і великих судин.
2. Критерії артеріальних гіпертензії та гіпотензії.
3. Оцінка ЕКГ здорової дитини.
4. Ознаки гіпертрофії передсердь та шлуночків, порушень ритму, провідності,
5. метаболічних процесів у міокарді за даними ЕКГ.
6. Форма і характер шуму у разі різних вад серця.
7. Диференціальна діагностика станів з посиленням легеневого рисунка.
8. Рентгенологічна картина вад серця.
9. Імпульсна та кольорова доплерографія в оцінці потоків крові.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №25. *Електрокардіографія*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання електрокардіографічної діагностики.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів записувати й аналізувати ЕКГ, проводити оцінку результатів обстеження.

Теми реферативних повідомлень:

1. Принцип методу дослідження.
2. Апаратура.
3. Методика проведення дослідження. Помилки й артефакти і боротьба з ними.
4. Аналіз нормальної ЕКГ. Зубці та інтервали. Електрична вісь та позиція серця.
5. ЕКГ здорових дітей різного віку. Ознаки гіпертрофії відділів серця на ЕКГ.
6. Діагностика патології серця за даними ЕКГ.
7. Діагностика позасерцевої патології на підставі ЕКГ.

Короткий зміст заняття:

Принцип ЕКГ заснований на реєстрації різниці потенціалів, яка виникає в м'язах серця під час їх скорочення. Для цього використовують спеціальну ЕКГ-апаратуру, а різницю потенціалів визначають у різних відведеннях від поверхні тіла, куди вони поширюються від серця завдяки електропровідності тканин тіла. Існує багато різних апаратів ЕКГ. Зараз найбільшого поширення набув запис на термочутливому папері. Для стандартизації калібрують коефіцієнт підсилення ЕКГ-апарата, записуючи напругу $1 \text{ мВ} = 10 \text{ мм}$. Реєстрація ЕКГ проводиться в лежачому положенні, після 10-15 хв періоду спокою, в теплому приміщенні.

Перед накладанням електродів шкіру знежирюють, а електрод накладають на серветку, змочену фізіологічним розчином. Неспокійним дітям перед дослідженням застосовують ліки або навіть наркоз. Аналізуються зубці й інтервали ЕКГ, визначаються електрична вісь та позиції серця. Звертається увага на особливості ЕКГ у дітей різного віку. Акцентується увага на ознаках гіпертрофії різних відділів серця. Інтерни установлюють патологічні зміни на ЕКГ у разі різних захворювань серця і характерні зміни ЕКГ у випадку патології.

Напрямки дискусії:

1. Фізіологічні основи утворення різниці потенціалів у м'язах.
2. Види ЕКГ-відведень.
3. Способи запису ЕКГ.
4. Помилки й артефакти під час запису ЕКГ і способи їх усунення.
5. Фізіологічне значення зубців і інтервалів ЕКГ, принципи їх вимірювання.
6. Патологічні зміни зубців і інтервалів ЕКГ.

7. Електрична вісь, електрична позиція серця.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №26. *Набуті вади серця*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про найчастіші набуті вади серця їх діагностику, лікування, профілактику.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів на підставі клінічних та інструментальних даних діагностувати набуті вади серця, знати причини їх розвитку, діагностику, лікувальну тактику.

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація ступенів компенсації недостатності мітрального клапана (НМК).
2. Класифікація мітрального стенозу (МС).
3. Комбінована мітральна вада. Діагностичні ознаки переважання НМК або МС.
4. Клінічні ознаки недостатності аортального клапана (НАК) залежно від ступеня компенсації вади.
5. Клінічні симптоми, стадії перебігу стенозу гирла аорти (СГА).
6. Вади трикуспідального клапана, критерії діагностики.

Короткий зміст заняття:

Набуті вади серця здебільшого є наслідком перенесеної гострої ревматичної гарячки (ГРГ). Найчастіше зустрічається НМК, яка проходить ряд стадій. Розглядаються гемодинаміка, критерії діагностики, перебіг, лікування і прогноз НМК. Стеноз лівого атріовентрикулярного отвору (МС) у дітей рідко буває ізольованим, у своєму розвитку має 5 стадій, які визначаються за клінічними симптомами, ЕКГ, ФКГ, ЕхоКГ змінами. МС часто приєднується до НМК. Існують 3 поєднання мітральної вади в залежності від переважання недостатності чи стенозу. НАК у дітей займає 2 місце за частотою після НМК. Розрізняють 3 ступені порушення гемодинаміки у разі НАК, які мають відповідні клінічні ЕКГ, ФКГ, ЕхоКГ ознаки, СГА зустрічається у дітей рідко, перебіг має 5 стадій розвитку. У разі ГРГ, як правило, він поєднується з НАК або вадами мітрального клапана. Вади тристулкового клапана внаслідок ГРГ практично ізольовано не зустрічаються, а можуть розвиватися на фоні вже сформованих вад мітрального й аортального клапанів. Частіше до вади тристулкового клапана веде септичний ендокардит унаслідок інфікування підключичного катетера. Обговорюються основні принципи лікування у тому числі і показання для хірургічної корекції набутих вад серця залежно від виду патології, питання профілактики розвитку вади у разі ГРГ.

Напрямки дискусії:

1. Вади серця і їх рентгенодіагностика.
2. Гемодинаміка у разі НМК різного ступеня важкості.
3. Оцінка класифікацій природжених вад серця і великих судин.
4. Клінічна і рентгенологічна діагностика легеневої гіпертензії.
5. Інструментальна діагностика набутих вад серця.
6. Гемодинаміка у разі НАК різного ступеня.
7. Стадійність перебігу СГА.
8. Показання до хірургічної корекції набутих вад серця.
9. Диспансерне спостереження за дітьми з набутими вадами в до- і післяопераційний період.

ТЕМА СЕМІНАРСЬКОГО ЗАНЯТТЯ №27. *Дифузні захворювання сполучної тканини*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з патологією сполучної тканини при колагенозах, звернути увагу на ранню діагностику цієї патології, принципи лікування і диспансерного спостереження.

Професійно-орієнтована мета: вміти виявити клінічні симптоми нозологічних одиниць з групи дифузних захворювань сполучної тканини, провести їх диференціальну діагностику на основі клініко-інструментального обстеження, скласти і обґрунтувати план лікування і спостереження за такими пацієнтами.

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація дифузних захворювань сполучної тканини.
2. Ювенільний ревматоїдний артрит, етіопатогенез, клініка, діагностика і лікування.
3. Системний червоний вовчак, особливості у дітей.
4. Ювенільний дерматоміозит, системна склеродермія.
5. Диференціальна діагностика дифузних захворювань сполучної тканини.
6. Сучасні підходи до лікування дітей з колагенозами.

Короткий зміст заняття:

Група дифузних захворювань сполучної тканини, які раніше називались **колагенозами**, об'єднує ряд патологічних форм імунопатологічного генезу, що характеризуються системним ураженням, рецидивним, часто прогресивним перебігом. В основі їх часто лежить автоімунний процес. До них належать ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА), системний червоний вовчак (СЧВ), склеродермія, дерматоміозит, вузликосий поліартеріт (періартеріт). Частота ДЗСТ у дитячому віці коливається в межах 0,01-0,03%, спостерігається тенденція до зростання її.

Ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА). Це захворювання імунопатологічного генезу, у розвитку якого відіграють важливу роль ревматоїдний фактор (РФ) і спадкова схильність. Зустрічається найчастіше порівняно з іншими ДЗСТ. Пік захворювання дітей припадає на вік 2-4 р., дівчатка хворіють у 2 рази частіше, ніж хлопчики.

За класифікацією розрізняють переважно суглобову, суглобово-вісцеральну форми і РА у поєднанні з ревматизмом або ДЗСТ, серопозитивний і серонегативний варіанти. Перебіг ЮРА може бути зі швидким або повільним прогресуванням чи без помітного прогресування. Ступені активності процесу - легкий, середній і високий. Вказують і рентгенологічну стадію артриту, а також функціональну спроможність хворого. Початок захворювання у дітей переважно підгострий. Можуть бути стійкі болі в одному або декількох суглобах. У ранньому віці спочатку буває ураження колінних, гомілковостопних суглобів або шийного відділу хребта, що проявляється в обмеженні рухів за відсутності скарг на болі. Змінюється конфігурація суглобів, спостерігається ранкова скутість. У старших дітей розвивається поліартритична форма, запальний процес у дрібних суглобах кистей і стоп. У разі олігоартриту у дівчаток виникає увеїт або іридоцикліт, у крові виявляють антинуклеарні антитіла.

Лабораторні дані можуть вказувати на ступінь активності процесу. Прискорена ШОЕ, високі показники СРБ, сіалових кислот, ДФА, диспротеїнемія (збільшення α_2 - і γ -глобулінів) свідчить про високу активність. РФ у дітей виявляється нечасто. Рентгенологічне обстеження дозволяє оцінити ступінь ураження суглобів.

Лікування ЮРА залежить від його форми, ступеня активності процесу. Суглобова форма передбачає застосування нестероїдних протизапальних препаратів – натрію диклофенак (2-3 мг/кг/добу), індометацин (1-3 мг/кг/добу), ацетилсаліцилова кислота (100 мг/кг/добу), напроксен (2,5-10 мг/кг/добу), ібупрофен (10-15 мг/кг/добу). У разі їх неефективності можна використати препарати золота, D-пеніциламін (купреніл 150-750 мг/добу з поступовим зниженням дози); більш небезпечні циклофосфамід (1-3 мг/кг/добу) і азатиоприн. При суглобово-вісцеральній формі призначають преднізолон у початковій дозі 0,5-2 мг/кг/добу. Ефективними є фізіотерапевтичні методи, особливо ЛФК і масаж, вибір яких залежить від періоду захворювання, ступеня активності процесу.

Системний червоний вовчак (СЧВ) – хронічне рецидивне захворювання сполучної тканини, що розвивається переважно у підлітків на фоні генетично зумовленої недосконалої імунорегуляторних механізмів. Спостерігається неконтрольована продукція антитіл до власних клітин і їх компонентів з розвитком автоімунного імунокомплексного хронічного запалення.

Етіологія СЧВ до кінця не з'ясована. У розвитку захворювання провідною вважають роль РНК-вмісних і ретровірусів – корового і короподібних. Виявлено гібридизацію генома вірусу кору і ДНК клітин хворого, що дозволяє зарахувати СЧВ до групи інтегративних захворювань, де вірус і клітина перебувають у своєрідному стані гібридизації. Вірусна етіологія СЧВ підтверджується частим виявленням у хворих лімфотоксичних антитіл, які є маркерами персистуючої інфекції.

Існує генетична схильність до СЧВ. Про підвищений ризик виникнення захворювання свідчать дефіцит комплементу (C1, C2, C4), несправжньо-позитивна реакція Вассермана, наявність антигенів HLA – A, B8, DR2, DR3, сімейний характер захворювання у 5-10% хворих, зв'язок форми і характеру перебігу СЧВ з фенотипом, належністю до певної етнічної групи.

У розвитку хвороби відіграють роль і гормональні фактори, а саме: вищий рівень захворюваності в осіб жіночої статі, погіршення стану хворих у передменструальному періоді, під час вагітності тощо.

СЧВ належить до групи органоспецифічних аутоімунних захворювань, при яких виявляється широкий спектр різних циркуляційних антитіл. Діагностичне значення має антинуклеарний фактор (вовчаковий фактор Хазеріка) – особливий макроглобулін, що викликає специфічні зміни в ядрах клітин, у тому числі лейкоцитів. Ядра втрачають базофільність, набрякають, структура хроматину стає нечіткою. Надалі від таких гомогенізованих ядер відділяється цитоплазма. Вільні ядра або їх фрагменти поглинаються зрілими нейтрофільними гранулоцитами. Внаслідок фагоцитозу утворюються так звані вовчакові клітини – LE-клітини.

Клінічна картина відзначається поліморфізмом. Найчастіше спостерігаються дерматит, артрит і полісерозит. Переважно розвитку клінічної картини СЧВ передують тривалий продромальний період (артралгії, міалгії, шкірний висип, субфебрилітет, невизначені болі в ділянці серця, періодична поява білка у сечі, прискорена ШОЕ і лейкопенія). Ці симптоми підсилюються під впливом різних неспецифічних факторів, зокрема підвищеної інсоляції.

Лабораторна діагностика СЧВ виявляє високу ШОЕ, лейко-, лімфо- і тромбоцитопенію, LE-клітини, антинуклеарні, антинеуронні й анти-ДНК антитіла, гіперімунноглобулінемію. Антинуклеарні антитіла знаходять у сироватці крові 100% хворих з активним СЧВ. Тому визначення їх може бути скринінговим діагностичним тестом. LE-клітини виявляються приблизно у 80% хворих. Це зрілі нейтрофільні гранулоцити, які містять у цитоплазмі круглі або овальні гомогенні аморфні брилки з деполімеризованої ДНК, зафарбовані в яскраво – пурпуровий колір.

Лікування передбачає довготривале призначення кортикостероїдів у дозі 2-3-4-мг/кг/добу (під час кризів – до 6 мг/кг/добу) з поступовим зниженням дози, імунодепресантів (циклофосфамід, рідше азатиоприн). У важких випадках проводять пульс-терапію, як і при дерматоміозиті.

Диспансерне спостереження за дітьми з ДЗСТ здійснюється педіатром і кардіоревматологом і передбачає клініко-лабораторний контроль за перебігом хвороби і систематичністю проведення підтримувальної терапії, насамперед, кортикостероїдами і цитостатиками. Воно передбачає ЛФК, організацію санаторного лікування. Категорично протипоказані парентеральні антигенні навантаження. Введення препаратів крові, вакцин, сироваток, проведення біологічних проб може здійснюватися лише за життєвими показаннями.

Напрямки дискусії:

1. Вікова структура та особливості дифузних захворювань сполучної тканини.
2. Особливості диференціальної діагностики колагенозів.
3. Особливості етіопатогенезу, клініки, діагностики і лікування ювенільного ревматоїдного артриту.
4. Тактика лікування дифузних захворювань сполучної тканини.
5. Профілактика та виявлення груп ризику по розвитку дифузних захворювань сполучної тканини.
6. Диспансерне спостереження за дітьми з дифузними захворюваннями сполучної тканини.

ЗМІСТ ТЕМ ПРАКТИЧНИХ ЗАНЯТЬ

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №1. *Принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям*

Навчальна мета заняття: навчити інтернів-педіатрів принципів організації лікувально-профілактичної допомоги дітям.

Професійно-орієнтована мета: знати принципи надання лікувально-профілактичної допомоги дітям і вміти використовувати їх на практиці.

Навчальні питання:

1. Принципи організації лікувально-профілактичної допомоги дітям.
2. Роль дитячої поліклініки в організації лікувально-профілактичної допомоги дітям.
3. Роль диспансеризації в системі заходів лікувально-профілактичної допомоги дітям.
4. Основні шляхи покращання надання лікувально-профілактичної допомоги дітям.

Короткий зміст заняття:

Основним підрозділом, який забезпечує надання лікувально-профілактичної допомоги дітям є **дитяча поліклініка**. Дитяча поліклініка забезпечує організацію і проведення комплексу профілактичних заходів, щодо охорони здоров'я прикріпленого дитячого населення віком 0 – 18 років, раннього виявлення захворювань, проведення заходів щодо санітарно-гігієнічного виховання населення, пропаганди здорового способу життя, надання лікарської і долікарської допомоги дітям, своєчасну госпіталізацію осіб, що потребують стаціонарного лікування; надання невідкладної медичної допомоги дітям при гострих захворюваннях, травмах, отруєннях тощо.

Надзвичайно важливе значення має організація і проведення диспансеризації дитячого населення, яке включає антенатальну охорону плода, динамічний медичний нагляд за здоровими дітьми, проведення профілактичних оглядів і диспансеризації дітей в установленому порядку, проведення профілактичних щеплень згідно з календарем щеплень, проведення просвітницької роботи серед населення. Організація лікувально-профілактичної допомоги дітям передбачає реабілітаційне лікування хворих, динамічне спостереження за станом здоров'я дітей і підлітків, забезпечення протиепідемічних заходів тощо.

Контрольні питання:

1. Наказ № 434 про удосконалення амбулаторної допомоги дітям України.
2. Положення при міській дитячій поліклініці.
3. Пріоритетність профілактичного напрямку роботи педіатричної амбулаторно-поліклінічної служби.
4. Спадкоємність в роботі родопомічних та дитячих закладів охорони здоров'я.
5. Положення про лікаря-спеціаліста дитячої міської поліклініки.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №2. *Організація медичної допомоги новонародженим*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з сучасними організаційними принципами надання допомоги новонародженим.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів організаційним принципам надання медичної допомоги новонародженим.

Навчальні питання:

1. Послідовність дій при здійсненні медичного догляду за новонародженою дитиною в пологовій залі.
2. Забезпечення теплового ланцюжка.
3. Цілодобове спільне перебування матері та дитини.
4. Лікарський догляд за новонародженим.
5. Вакцинація новонароджених.
6. Скринінгові обстеження новонароджених.
7. Виписка новонародженого з пологового стаціонару.

Короткий зміст заняття:

Медичну допомогу новонародженим в Україні забезпечує неонатологічна служба, яка складається з неонатологічних відділень, відділень неонатального нагляду, відділень

інтенсивної терапії новонароджених акушерських стаціонарів або перинатальних центрів та спеціалізованих відділень новонароджених.

Наказом МОЗ України №152 від 04.04.2005 року затверджено Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною, згідно якого, сучасні принципи перинатальної допомоги базуються на концепції ВООЗ щодо фізіологічного ведення вагітності, пологів та фізіологічного догляду за дитиною з обмеженням медичних втручань без належних показань.

При виявленні порушень ранньої неонатальної адаптації та патологічних станів, медичний догляд за новонародженими здійснюється у відділеннях неонатального нагляду за відповідними протоколами.

Надання інтенсивної допомоги хворим новонародженим, виходжування та лікування немовлят з малим гестаційним терміном здійснюється у відділеннях інтенсивної терапії новонароджених.

Санітарно-протиепідемічний режим пологових будинків і неонатальних стаціонарів реалізується згідно наказу №59 МОЗ України від 10.02.2005 року.

Контрольні питання:

1. Основна мета первинної оцінки стану новонародженого в пологовій залі.
2. Організаційні умови забезпечення підтримки теплового ланцюжка.
3. Лікарський огляд новонародженого.
4. Спільне перебування матері та новонародженого.
5. Раннє грудне вигодовування.
6. Організаційні умови вакцинації новонароджених.
7. Виписка новонародженого з пологового стаціонару.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №3. Санітарно-гігієнічний режим пологового стаціонару та спеціалізованих відділень для новонароджених

Навчальна мета заняття: сформувані у інтернів-педіатрів знання про сучасні вимоги до санітарно-гігієнічного режиму

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів контролювати епідемічну безпеку в пологовому стаціонарі та спеціалізованих відділеннях.

Навчальні питання:

1. Клініко-епідеміологічні особливості внутрішньолікарняних інфекцій в пологових установах.
2. Критерії оцінки епідеміологічної безпеки.
3. Організація протиепідемічного режиму в пологових стаціонарах.
4. Лабораторний контроль якості проведення профілактичних заходів.
5. Показання до переведення хворих та недоношених новонароджених з акушерського стаціонару в спеціалізоване відділення.
6. Прогнозування епідемічної ситуації.

Короткий зміст заняття:

Гнійно-септичні захворювання новонароджених складають серйозну проблему для України. Контингентом підвищеного ризику щодо виникнення внутрішньолікарняних інфекцій (ВЛІ) є новонароджені та породіллі. Виникненню гнійно-септичних захворювань сприяють численні джерела і фактори передачі інфекцій, поліморфізм збудників, незрілість захисних механізмів організму новонародженого і зниження їх у породіль, порушення санітарно-протиепідемічного режиму.

Найвищий ризик ВЛІ існує у відділеннях реанімації. Знизити рівень загрози ВЛІ може інфекційний контроль – система заходів, які проводяться з метою запобігання нозокоміальних інфекцій у пацієнтів стаціонару. Найскладнішим з напрямків контролю визнається попередження передачі інфекції у відділенні, що передбачає вдосконалення методів її діагностики, лікування, дезінфекції та стерилізації обладнання.

Контрольні питання:

1. Фактори ризику розвитку ВЛІ.
2. Клініко-мікробіологічний та епідеміологічний моніторинг в пологових установах.

3. Завдання інфекційного контролю у відділеннях новонароджених.
4. Лабораторний контроль якості проведення профілактичних заходів.
5. Ліквідація спалахів ВЛІ серед породіль та новонароджених.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №4. *Організація спостереження за новонародженими в амбулаторних умовах*

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів з сучасними організаційними принципами спостереження за новонародженими в амбулаторних умовах.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів проводити спостереження за новонародженою дитиною в амбулаторних умовах.

Навчальні питання:

1. Оцінка стану новонародженої дитини після виписки з пологового стаціонару.
2. Контроль за температурою тіла дитини.
3. Спостереження за неонатальною жовтяницею.
4. Контроль за кількістю і характером випорожнень.
5. Вигодовування новонароджених і контроль за масою тіла.
6. Догляд за пуповинним залишком або пупковою ранкою.
7. Організаційні умови догляду за шкірою немовлят.
8. Вакцинація новонароджених після виписки з пологового стаціонару.

Короткий зміст заняття:

Новонароджена дитина може бути виписана додому з пологового стаціонару на третю добу життя, якщо загальний стан дитини, рівень підготовки та поінформованості матері з питань догляду та контролю за новонародженим відповідають конкретним критеріям.

У перші дві доби після виписки додому усі новонароджені оглядаються вдома дільничим лікарем-педіатром (лікарем загальної практики) з метою оцінки їх стану. Час проведення такого огляду визначається тривалістю госпіталізації в пологовому стаціонарі. У випадку виписки дитини на третю добу життя, такий огляд необхідно провести до досягнення немовлям віку 120 годин (5 днів).

Контрольні питання:

1. Основна мета огляду новонародженого після виписки з пологового стаціонару.
2. Організаційні умови забезпечення підтримки температурного режиму.
3. Переваги грудного вигодовування новонародженого.
4. Спільне перебування матері та новонародженого.
5. Лікувальна тактика при неонатальній жовтяниці..
6. Організаційні умови вакцинації новонароджених.
7. Необхідність огляду новонародженого суміжними спеціалістами та проведення параклінічних обстежень.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №5. *Імунопрофілактика. Організація щеплень в поліклініці*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про специфічну профілактику інфекційних захворювань у дітей.

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з видами вакцин, календарем щеплення, показаннями і протипоказаннями до проведення специфічної профілактики інфекційних захворювань у дітей.

Навчальні питання:

1. Класифікація вакцин.
2. Переваги і недоліки живих вакцин.
3. Переваги і недоліки інактивованих вакцин.
4. Календар щеплень.
5. Організація щеплень в поліклініці.

Короткий зміст заняття:

Завдання вакцинації (щеплення) – захист людини від конкретного виду інфекційної хвороби шляхом стимулювання специфічної імунологічної відповіді без виникнення симптомів захворювання. Вакцини поділяють на інактивовані (вбиті мікроорганізми, їх частинки чи продукти їх життєдіяльності) і живі (ослаблені живі мікроорганізми здатні розмножуватись в організмі людини).

Недоліки живих вакцин: загроза генералізації інфекційного процесу у людей з імунodefіцитними станами, чутливість до підвищення температури при зберіганні, заборона імунізації вагітних

За кількістю антигенів, що входять до складу вакцини, виділяють моно- та комбіновані (асоційовані) вакцини.

Моновакцини містять один мікроорганізм або його антиген, що забезпечує формування імунітету до однієї інфекції.

Комбіновані (асоційовані) вакцини містять два та більше мікроорганізмів, поєднаних виробником.

Переваги комбінованих вакцин: зменшення кількості візитів у поліклініку, зменшення кількості ін'єкцій, економічна ефективність за рахунок здешевлення медичних послуг, підвищення ефективності вакцинації за рахунок чіткого дотримання календарних щеплень, ад'ювантний (підсилюючий) ефект.

Календар проведення профілактичних щеплень затверджено наказом міністра МОЗ України від 25.01.96р. №14.

Контрольні питання:

1. Види вакцин.
2. Переваги живих вакцин.
3. Переваги інактивованих вакцин.
4. Протипоказання щодо проведення вакцинації.
5. Санітарно-гігієнічні вимоги до поліклінічного кабінету щеплень.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №6. *Організація диспансерного нагляду за дітьми в дошкільних закладах та школах*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про організацію диспансерного нагляду за дітьми в дошкільних закладах та школах.

Професійно-орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з роботою лікаря–педіатра в дошкільних дитячих закладах і в школах, основними принципами диспансеризації дітей старшого дитячого віку, групами здоров'я, заходами оздоровлення.

Навчальні питання:

1. Робота лікаря-педіатра в дошкільному дитячому закладі.
2. Робота лікаря-педіатра у школі.
3. Основні групи здоров'я дітей.
4. Принципи оздоровлення здорових дітей та дітей диспансерної групи.
5. Організація щеплень в дитячих садочках та школах.

Короткий зміст заняття:

Робота лікаря в дошкільних закладах.

Не менш, ніж за 1 міс до поступлення дитини до дитячого дошкільного закладу дільничий лікар-педіатр повинен провести його оздоровлення (медикаментозне, фізіотерапевтичне і санаторно-курортне лікування) для більш легкої адаптації. Всі відомості про дитину, які є в медичній документації (виписка з історії розвитку дитини, форма 063/У) передаються вихователю групи. Останні щеплення треба зробити за 1 міс до поступлення дитини до дошкільного закладу, перші щеплення в закладі робляться через 1-1,5 міс після поступлення.

Лікар разом з педагогом встановлюють режим дня для дітей кожної вікової групи, який регламентується “Програмою виховання в дитячому садочку”, вносить корективи залежно від стану здоров'я дитини і місцевих специфічних умов роботи дошкільного закладу, фізіологічних особливостей організму дітей.

До комплексу заходів по фізичному вихованню включаються масаж, ранкова гімнастика, фізичні вправи, рухові ігри і загартовування, які повинні бути систематично

призначені в умовах колективного виховання. Медико-педагогічний контроль за фізичними заняттями проводиться лікарем, зав. дошкільним закладом, старшою медичною сестрою, вихователем. Через 2-3 міс аналізуються зсуви в стані здоров'я дітей. Загартовування повинно проводитися протягом року. Лікар призначає процедури, виконує їх вихователь групи, контролює мед. сестра.

Діти розподіляються в дитячому садочку за групами здоров'я. В історіях розвитку дітей лікар відображає дані динамічного розвитку, аналіз антропометричних даних, зміни харчування, реакцію на загартовування. Разом зі старшою мед сестрою розробляються перспективні плани профілактичних щеплень і лікувально-оздоровчих заходів на майбутній рік. Боротьба з розповсюдженням інфекційних захворювань проводиться згідно установок санітарно-епідеміологічної служби. Лікар, старша медсестра, зав. закладу щоденно перевіряють санітарний режим у всіх приміщеннях. План санітарно-просвітної роботи лікаря передбачає проведення роботи серед персоналу, батьків і дітей.

Робота лікаря в школі.

Основні розділи роботи лікаря-педіатра:

- Вивчення стану здоров'я і фізичного розвитку школярів
- Організація і проведення протиепідемічних заходів для попередження інфекційних захворювань
- Контроль за фізичним і трудовим вихованням в школі
- Систематичний контроль за санітарно-гігієнічними умовами при проведенні навчальних занять, за виконанням режиму дня школярів.
- Організація умов для занять і відпочинку дітей 6-річного віку і контроль за станом їх здоров'я
- Систематична санітарно-просвітня робота серед дітей, вчителів і батьків.
- Участь у складанні раціонального розкладу з правильним розподілом навантаження протягом дня.
- Надавання першої медичної допомоги дітям у школі, проведення разом з медсестрою лікувально-профілактичних заходів.
- Контроль за санітарним станом, благоустроєм школи, організацією і якістю харчування школярів.
- Професійна орієнтація учнів старших класів за станом їх здоров'я.

Лікар своєчасно організовує і проводить медичні огляди школярів. Педіатр оглядає школярів 1-6 класів 1 раз на рік, інші спеціалісти (стоматолог, окуліст, невролог, отоларинголог, хірург, ортопед тощо) – за показаннями. Дівчат 7-8 класу оглядає гінеколог. Особливу увагу звертають на організацію шкільного і домашнього режиму. Оцінюють стан внутрішніх органів, нервово-психічний розвиток, поставу, слух, стан зубів, звертають увагу на прикус, мову дитини тощо. У школярів старших класів обстежуються статеві органи, визначається артеріальний тиск. Із додаткових обстежень призначаються: антропометрія і перевірка гостроти зору щорічно; аналіз калу на яйця глистів; аналіз крові на гемоглобін, лейкоцити, цукор, ЩОЕ; вимірювання артеріального тиску, інші обстеження – за показаннями. У дітей старших класів – визначають групи крові та резус-фактор.

Після закінчення медичного огляду робиться комплексний висновок про стан здоров'я кожного школяра, визначається група здоров'я і призначаються лікувально-оздоровчі заходи. Результати медогляду вносяться в індивідуальну карту розвитку школяра (форма 026/У). Діти, які взяті на диспансерний облік, потребують повторного поглибленого огляду з метою звільнення від іспитів, визначення місця і часу їх оздоровлення влітку.

До протиепідемічних заходів відноситься планування профщеплень. Дані про проведення щеплень заносяться в карту профщеплень (форма 063/У).

Восени всіх школярів обстежують на наявність гельмінтів. При виявленні глистної інвазії призначається відповідне лікування.

Обов'язковою частиною роботи лікаря в школі є контроль за фізичним вихованням. Він передбачає динамічне спостереження за станом здоров'я і фізичним розвитком школярів, санітарно-гігієнічним станом навчальних приміщень, особливо тих, де проводяться заняття з фізичної культури, за умовами і методикою проведення занять, профілактикою травм під час занять. За станом здоров'я школярі розподіляються на загальну, підготовчу і спеціальну групи, що дозволяє правильно дозувати фізичне навантаження.

В оздоровленні підростаючого покоління велике значення має трудове навчання, яке можна проводити тільки за погодженням з органами санітарної служби. Лікар систематично відвідує уроки праці, контролює виконання гігієнічних норм при їх організації. Важливим в роботі шкільного лікаря є надання учням старших класів допомоги у зв'язку з вибором професії.

Лікар повинен приймати активну участь у складанні розкладу занять, слідкувати за тим, щоб предмети, які потребують посиленого розумового навантаження, планувалися на 2-3 –ій уроки, щоб більш легкі предмети чергувалися з важкими.

Шкільний лікар спостерігає за організацією харчування, режиму дня учнів. Харчовий раціон школяра за енергетичними цінностями харчовими інгредієнтами повинен відповідати фізіологічним нормам.

Лікар разом з працівниками СЕС слідкує за санітарно-гігієнічним станом школи.

Контрольні питання:

1. Календар щеплень для дітей, які відвідують дошкільний дитячий заклад та в школах.
2. Розподіл за групами здоров'я.
3. Основні напрямки протиепідемічної роботи лікаря в дитячих закладах.
4. Заходи реабілітації та оздоровлення дітей старшої вікової групи.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №7. *Спостереження за диспансерними групами хворих дітей*

Навчальна мета заняття: навчити інтернів-педіатрів принципів організації диспансерного спостереження за хворими дітьми в дитячій поліклініці

Професійно-орієнтована мета: знати принципи диспансеризації і реабілітації дітей, які перенесли гострі захворювання або мають хронічний перебіг хвороби.

Навчальні питання:

1. Основні принципи диспансеризації та реабілітації дітей, які перебувають на обліку в пульмонолога й алерголога.
2. Диспансеризація і реабілітація дітей з серцево-судинною патологією.
3. Диспансеризація і реабілітація дітей з захворюванням органів травлення.
4. Диспансеризація і реабілітація дітей з захворюванням нирок і сечових шляхів.

Короткий зміст заняття:

Одним з основних завдань дитячої поліклініки є диспансеризація дітей з різною патологією, яку проводить дільничний лікар-педіатр. Він здійснює методичне спостереження за дітьми, які перебувають на диспансерному обліку, організовує їх огляд профільними фахівцями, відповідне обстеження та лікування, у тому числі і санацію хронічних вогнищ інфекції, а також 1 раз на рік оцінює ефективність диспансеризації хронічних хворих. Крім того, за хворими відповідного профілю здійснює диспансерний нагляд і лікар-спеціаліст, який щорічно аналізує ефективність диспансеризації. З метою доліковування хворих і проведення їх реабілітації в період одужання від гострого захворювання, неповної ремісії хронічного захворювання, в післяопераційному періоді організуються при поліклініках денні стаціонари. В них також проводять профілактичні, лікувальні і реабілітаційні заходи дітей, які знаходяться на диспансерному обліку. Інтерни знайомляться зі схемами диспансерного спостереження за дітьми з різними захворюваннями, що включають частоту оглядів педіатром та іншими спеціалістами, перелік лабораторних, інструментальних і апаратних обстежень, терміни їх проведення, а також медикаментозні і фізіотерапевтичні засоби. Акцентується увага на тривалості диспансеризації, критеріях оцінки її ефективності, диференційований підхід до занять фізкультурою, а також проведення профілактичних щеплень. Обговорюються лікувально-оздоровчі заходи й ефективність диспансеризації дітей із захворюваннями органів дихання, травлення, серцево-судинної і сечової систем.

Контрольні питання:

1. Наказ №434 МОЗ України від 29.11.2002р. “Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні”.
2. План диспансеризації і реабілітації дітей з бронхіальною астмою і алергічним ринітом.
3. План диспансеризації і реабілітації дітей, які часто хворіють, перенесли пневмонію.

4. План диспансеризації дітей, хворих на ревматизм.
5. План диспансеризації дітей з хронічним гастритом, виразковою хворобою, захворюваннями печінки та жовчних шляхів.
6. План диспансеризації дітей із захворюваннями нирок і сечових шляхів (гломерулонефрит, пієлонефрит).

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №8. Грудне вигодовування доношених та

недоношених новонароджених. 10 принципів грудного вигодовування ВООЗ – ЮНІСЕФ
Навчальна мета заняття: сформулювати у інтернів-педіатрів сучасні знання про принципи організації грудного вигодовування новонароджених.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів сучасній практиці грудного вигодовування немовлят з забезпеченням 10 принципів ВООЗ-ЮНІСЕФ.

Навчальні питання:

1. Основні документи ВООЗ-ЮНІСЕФ з організації успішного грудного вигодовування.
2. Переваги грудного вигодовування немовлят.
3. Сучасна практика грудного вигодовування.
4. Вигодовування передчасно народжених і хворих дітей.
5. Харчування жінки під час вагітності і годування грудьми.
6. Протипоказання до грудного вигодовування.
7. Медикаментозна терапія і лактація.

Короткий зміст заняття:

За визначенням міжнародних організацій ВООЗ-ЮНІСЕФ **грудне вигодовування** – невід’ємна складова репродуктивного процесу, а також ідеальний спосіб вигодовування немовлят, незмінна біологічна і емоційна основа розвитку дитини. У 2001 році ВООЗ прийняла „Глобальну стратегію з годування дітей грудного та раннього віку”. Головним напрямком стратегії є підтримка грудного вигодовування, що дасть змогу покращити стан здоров'я дітей, а державам вирішити свої соціально-економічні проблеми.

На етапі пологового будинку найважливішим фактором становлення та підтримки лактації є:

- раннє прикладання дитини до грудей;
- годування грудьми „за вимогою”;
- спільне перебування матері та дитини в одній палаті;
- обмежене використання будь-яких напоїв;
- відмова від застосування засобів, які імітують грудь.

Підтримка грудного вигодовування повинна виконуватись на всіх етапах надання медичної допомоги матерям і немовлятам. При цьому надзвичайно важливим є забезпечення співпраці жіночих консультацій, пологових будинків та дитячих поліклінік.

Контрольні питання:

1. 10 принципів успішного грудного вигодовування ВООЗ – ЮНІСЕФ
2. Анатомо-фізіологічні основи становлення та підтримки лактації.
3. Гіпогалактія та методи її корекції.
4. Склад грудного молока.
5. Фізіологічні основи годування грудьми.
6. Метод лактаційної аменореї.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №9. Вплив шкідливих факторів, хвороб матері в різні терміни вагітності на формування плода

Навчальна мета заняття: навчити інтернів-педіатрів виявляти захворювання у новонароджених, пов’язаних з впливом шкідливих факторів і хвороб матері в різні терміни вагітності.

Професійно-орієнтована мета: сформувати відповідальність інтернів-педіатрів за профілактику уражень плода шкідливими факторами.

Навчальні питання:

1. Вплив шкідливих факторів та хвороб матері на формування плода.

2. Бластопатія, як клінічний симптомокомплекс уражень зародка у перші тижні вагітності.
3. Клінічний симптомокомплекс ембріопатії.
4. Ранні та пізні фетопатії.
5. Комплексне обстеження дітей з ембріо- та фетопатіями.
6. Профілактика природжених аномалій розвитку у дітей.

Короткий зміст заняття:

До факторів, які мають шкідливий вплив на формування плода відносять **фактори виробництва, медикаменти, алкоголь** тощо. Одним із важливих факторів, з якими пов'язують проблеми внутрішньоутробного розвитку та неонатального періоду є внутрішньоутробні інфекції. Найбільш актуальними прийнято вважати інфекції з TORCH-комплексу, які мають безпосередній зв'язок з перинатальними втратами, невиношуваністю вагітності, затримкою розвитку плода, природженими вадами розвитку та іншими клінічними проявами як у неонатальному періоді, так і у дітей раннього віку і старших. Поширеність інфекцій **TORCH-комплексу** серед населення є високою і має тенденцію до росту. Так, позитивні серологічні тести на цитомегаловірусну інфекцію виявляють у 20-99% вагітних, до вірусів герпесу – у 7-51%, до токсоплазми – 20-30%, до хламідій – у 25-40%, до токсоплазми – у 20-30%, до хламідій – у 25-40%. Імовірність інфікування плода є неоднозначною при різних інфекціях. Особливо високою вона є при інфекціях, якими жінка інфікувалась під час даної вагітності. Однак, при деяких інфекціях за умови інфікування жінки до даної вагітності, є можливість реактивації інфекції під час вагітності з вертикальною трансмісією та серйозними ураженнями плода.

Шляхи інфікування: гематогенний (трансплацентарний); висхідний (трансервікальний); низхідний – через маткові труби або навколоплодові води (синдром інфікованого амніону); трансмуральний – через міометрій і децидуальну оболонку.

Клінічна маніфестація внутрішньоутробних інфекцій залежить від ряду причин, зокрема, від терміну інфікування зародка. При інфікуванні у перші два тижні після запліднення виникає клініка бластопатії, що нагадує генетичні захворювання. За умови інфікування в ембріональному періоді спостерігаються ознаки ембріопатії, для яких характерними є множинні вади розвитку або загибель ембріону. Інфікування у ранньому фетальному періоді супроводжується наявністю аномалій розвитку органів і систем, невиношуваністю, затримкою розвитку плода, порушеннями формоутворюючих процесів з розростанням сполучної тканини, формуванням дизморфічних стигм, у пізньому фетальному періоді – клініка генералізованої інфекції з синдромами фетального інфікування (гепатити, менінгіти, енцефаліти, міокардити тощо).

Найбільш небезпечними для розвитку плода є інфікування матері вірусними інфекціями. Цитомегаловірусна інфекція зустрічається з частотою у періоді новонародженості 2,5% і серед дітей раннього віку до 50-60% дітей. Збудник захворювання – Cytomegalovirus hominis (ДНК вірус герпетичної природи належить до групи Human Herpesvirus – 5).

Найвищий ризик інфікування плода, якщо жінка переносить первинну ЦМВІ (до 30-50%), якщо у жінки спостерігається реактивована форма ЦМВІ, то імовірність інфікування плода 2%. Серед інфікованих у 5-18% дітей спостерігається маніфестна природжена цитомегаловірусна інфекція.

Клініка. При інфікуванні зародка в I-ому триместрі вагітності – переривання вагітності або народження дитини з природженими вадами розвитку.

При інфікуванні плода у II-III триместрі – недоношеність, затримка розвитку плода, ознаки ураження ЦНС (гідроцефалія, мікроцефалія, петрифікати мозку, ознаки менінгоенцефаліту), ураження очей (хоріоретиніт, увеїт, атрофія зорового нерва, катаракта тощо), у пізніх термінах вагітності – ознаки генералізованої інфекції (гіпертермія, жовтяниця, набряки, петехії, гепатоспленомегалія, енцефаліт, інтерстиційна пневмонія, гепатит, ентероколіт, міокардит, гломерулонефрит, епінефрит, гемолітична анемія з еритромієлобластозом).

Набута ЦМВІ постнатально протікає безсимптомно або у вигляді гострої респіраторної інфекції чи моноклеозоподібного синдрому.

Діагностика – визначення специфічних IgG, IgM, антигенів віруса ЦМВІ, полімеразна ланцюгова реакція.

Частота неонатального герпесу становить від 1:2500 до 1:60000 новонароджених.

Збудники захворювання – віруси простого герпесу (серотип *HSV-1*, *HSV-2*).

Клініка. При інфікуванні зародка в I-ому триместрі вагітності – переривання вагітності або народження дитини з аномаліями розвитку (гідроцефалія, мікроцефалія, вади серця, травного каналу, слуху, нирок).

Діагностика передбачає проведення серологічних тестів (визначення специфічних IgG, IgM), полімеразна ланцюгова реакція).

Частота природженої червоної висипки становить від 1:2500 до 1:60000 новонароджених. Збудник захворювання – вірус червоної висипки з групи міксовірусів.

Клініка. При інфікуванні зародка в I-ому триместрі вагітності - переривання вагітності або народження дитини з аномаліями розвитку ЦНС, вадами серця (відкрита артеріальна протока, дефект міжшлуночкової перегородки, стеноз аорти чи легеневої артерії), органів слуху, зору, опорно-рухового апарату. Імовірність вад розвитку при інфікуванні у перші 2-8 тижнів становить від 60 до 85%.

Симптоми фетального інфікування: недоношеність, елементи ціанотичних поліморфних висипань на шкірі обличчя, ознаки енцефаліту, пігментна ретинопатія, гепатоспленомегалія, глухота тощо.

Діагностика – серологічні тести (визначення специфічних IgG, IgM), ланцюгова полімеразна реакція).

Контрольні питання:

1. Причини ембріо - , фетопатій.
2. Роль інфекційних факторів у порушенні формування розвитку плода.
3. Клінічні синдроми внутрішньоутробних інфекцій.
4. Методи діагностики внутрішньоутробних інфекцій.
5. Роль цитомегаловірусної інфекції у формуванні уражень плода.
6. Герпетична інфекція, клініка і діагностика.
7. Червона висипка - причина ембріопатії.
8. Профілактика впливу тератогених факторів на внутрішньоутробний розвиток плода.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №10. *Первинний огляд новонародженої дитини.*

Оцінка гестаційного віку і стану

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з важливими аспектами первинного огляду новонародженої дитини та оцінкою його гестаційного віку.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів проводити первинну оцінку стану новонародженого та визначати його гестаційний вік.

Навчальні питання :

1. Особливості обстеження неврологічного статусу новонародженої дитини.
2. Особливості обстеження дихальної та серцево-судинної систем.
3. Комплексна оцінка стану здоров'я новонародженої дитини.
4. Оцінка гестаційного віку новонародженої дитини.

Короткий зміст заняття:

Первинна оцінка стану новонародженого обов'язково повинна включати важливі аспекти материнського та перинатального анамнезу, результати попередніх вагітностей, перебіг даної вагітності та пологів. При первинному огляді необхідно визначити температуру тіла, частоту дихань, частоту серцевих скорочень, зафіксувати антропометричні дані; оглянути шкірні покриви, статеві органи, анус. Оцінити кардіореспіраторні, нервово-м'язеву та кісткову системи.

Оцінка гестаційного віку новонародженої дитини проводиться з використанням **шкали Баллард**. Дана шкала містить 12 ознак, 6 з яких характеризують фізичну зрілість, а 6 інших – нервово-м'язову. Результати оцінювання кожної з ознак в балах додаються і сумарна їх кількість визначає гестаційний вік. Після цього антропометричні дані немовляти зазначаються на кривих внутрішньоутробного розвитку. Гестаційний вік за даними анамнезу вважається об'єктивним, коли відмінність між результатом оцінювання за Баллард і даними анамнезу не перевищує 2-х тижнів.

Контрольні питання:

1. Оцінка гестаційного віку за шкалою Баллард.
2. Класифікація новонароджених згідно гестаційного віку.
3. Основні чинники, які впливають на масу тіла при народженні.
4. Новонароджені замалі до терміну гестації.
5. Новонароджені завеликі до терміну гестації, клінічні проблеми та їх корекція.
6. Комплексна оцінка стану здоров'я новонародженої дитини.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №11. *Асфіксія новонароджених. Принципи первинної реанімації та інтенсивної терапії в пологовому блоці*

Навчальна мета заняття: засвоїти діагностичні ознаки асфіксії новонароджених, принципи первинної реанімації і стратегії лікування даної патології.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів діагностичним критеріям асфіксії новонароджених, сучасним принципам первинної реанімації та лікування перинатальної асфіксії.

Навчальні питання:

1. Патолофізіологія перинатальної асфіксії.
2. Діагностичні ознаки перинатальної асфіксії.
3. Принципи діагностики асфіксії новонароджених.
4. Стратегія лікування новонароджених з важкою асфіксією.
5. Синдром поліорганної недостатності.
6. Наслідки перинатальної асфіксії.

Короткий зміст заняття:

Асфіксія новонароджених – це стан порушеного газообміну, що веде до прогресуючих гіпоксемії та гіперкапнії зі значним метаболічним ацидозом. Термін „перинатальна асфіксія”, „асфіксія новонароджених” або „гіпоксично-ішемічна енцефалопатія” не слід вживати без наявності в дитини симптомів специфічного неврологічного ураження, пов'язаного з гіпоксією. До діагностичних ознак важкої асфіксії новонароджених відносять: глибокий метаболічний або змішаний ацидоз; оцінка за Апгар 0-3 бали довше 5-ти хвилин після народження; такі симптоми ураження ЦНС як судоми, кома і/або м'язова гіпотонія; поліорганна дисфункція.

За даними іноземних і вітчизняних авторів, складовою важкої асфіксії новонароджених є синдром поліорганної недостатності /СПН/, який характеризується недостатністю двох і більше систем за критичного стану організму.

Отже, для встановлення у новонародженого діагнозу „асфіксія” потрібно враховувати особливості антенатального розвитку, перебіг пологів, підтримку основних життєво важливих систем організму з перших секунд життя дитини, оцінку за шкалою Апгар, ступінь і характер ацидозу, результати біохімічних досліджень та інші показники.

Контрольні питання:

1. Визначення та провідні чинники розвитку асфіксії.
2. Клінічні прояви асфіксії новонароджених.
3. Шкала Апгар та сучасні вимоги до її використання.
4. Діагностичні критерії асфіксії.
5. Сучасна схема первинної реанімації новонароджених
6. Основні принципи лікування новонароджених з асфіксією.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №12. *Респіраторний дистрес-синдром у новонароджених*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про патогенез розвитку, пре- і постнатальну діагностику респіраторного дистрес-синдрому у новонароджених.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів вчасно діагностувати хворобу, проводити клінічну диференційну діагностику, адекватну респіраторну та замісну терапію.

Навчальні питання:

1. Чинники, що підвищують ризик розвитку РДС.

2. Патогенез розвитку хвороби.
3. Постнатальна діагностика респіраторного дистрес-синдрому.
4. Клінічна диференційна діагностика.
5. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому.
6. Терапевтична тактика РДС.

Короткий зміст заняття:

Респіраторний дистрес синдром (РДС) зустрічається у недоношених новонароджених і діагностується у 15% усіх дітей з малою масою при народженні. Частота захворювання зростає зі зменшенням гестаційного віку, сягаючи 60-70% серед немовлят менше 28 тижнів гестації. РДС може виявлятися і у доношених новонароджених.

Основною причиною РДС є дефіцит сурфактанту, що виникає в наслідок невідповідності між його продукцією та споживанням. Недостатня кількість сурфактанта в легенях не може забезпечити формування потрібної функціональної залишкової ємкості легень, спричинює розвиток ателектазів, зменшення активної альвеолярної поверхні та податливості легень. Формування ателектазів вважається провідною ланкою в патогенезі респіраторного дистрес-синдрому.

Основним клінічним симптомом РДС у новонароджених є поступове, протягом перших шести годин життя, прогресування симптомів дихальної недостатності.

Запобігання виникненню передчасних пологів слід вважати основним заходом профілактики РДС. Важливе значення в профілактиці респіраторного дистрес-синдрому відіграє призначення вагітним з загрозою передчасних пологів кортикостероїдів.

Основним завданням лікування РДС слід вважати підтримку життєвих функцій організму. Профілактику розвитку позалегенових ускладнень та призначення препаратів сурфактанту.

Контрольні питання:

1. Перинатальні фактори ризику РДС.
2. Клінічні симптоми респіраторного дистрес-синдрому.
3. Параклінічні обстеження новонароджених з РДС.
4. Замісна терапія сурфактантом.
5. Респіраторна терапія дихальної недостатності.
6. Профілактика респіраторного дистрес-синдрому.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №13. *Штучна вентиляція легень у новонароджених*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про сучасні вимоги до проведення штучної вентиляції легень у новонароджених.

Професійно орієнтована мета: ознайомити інтернів-педіатрів з принципами роботи апаратів ШВЛ для новонароджених та навчити техніці проведення штучної вентиляції легень.

Навчальні питання:

1. Принцип роботи апаратів ШВЛ, що контролюють тиск в дихальних шляхах.
2. Завдання штучної вентиляції легень.
3. Показання до проведення штучної вентиляції легень.
4. Техніка проведення ШВЛ.
5. Оцінка стану новонародженої дитини, якій проводиться ШВЛ.
6. Припинення штучної вентиляції легень.

Короткий зміст заняття:

Механічна вентиляція – це інвазивна процедура для підтримання життя. Метою процедури є оптимізація обміну газів і клінічного стану при мінімальних параметрах вентиляції, що дозволяє максимально зменшити ризик баротравми й ушкодження дихальних шляхів. Стратегія роботи апарата ШВЛ спрямована на досягнення цієї мети і залежить, зокрема, від патологічного процесу у дитини.

У немовлят з респіраторною недостатністю найчастіше використовують ШВЛ постійного потоку з обмеженням тиску і регулятором часу. Постійний тиск нагрітого зволоженого газу циркулює по дихальним шляхам, що дозволяє дитині спонтанно дихати у проміжках між штучним диханням. При цьому досягається оптимальний контроль над респіраторним тиском, час вдоху і видиху можна контролювати незалежно.

При вентиляції з системою „трігер” дихання з позитивним тиском забезпечується з кожним вдихом. В результаті апарат частіше дозволяє робити вдих з позитивним тиском, що дає можливість знизити максимальний тиск вдоху, який потрібний для адекватного газового обміну.

До моменту прийняття рішення про використання апаратної ШВЛ в багатьох новонароджених робиться спроба підтримати дихальні зусилля за допомогою СДППТ.

Абсолютним клінічним показанням для механічної вентиляції є:

- апное з брадикардією і ціанозом;
- персистуючий центральний ціаноз на фоні оксигенотерапії з FiO_2 більше 0,8.
- часті апное або виражені ретракції на СДППТ;
- артеріальна гіпотензія і порушення периферичної гемодинаміки;
- тривала важка брадикардія.

Контрольні питання:

1. Термінологія легеневої вентиляції.
2. Завдання штучної вентиляції легень.
3. Початкові параметри вентиляції.
4. Догляд за пацієнтом на ШВЛ.
5. ШВЛ при окремих захворюваннях новонароджених.
6. Послідовність відлучення від штучної вентиляції легень.
7. Протокол інтратрахеального введення сурфактанта.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №14. *Захворювання органів дихання у новонароджених*

Навчальна мета заняття: сформулювати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про захворювання органів дихання у новонароджених.

Професійно-орієнтована: навчити інтернів-педіатрів оцінювати ступінь важкості дихальної недостатності у новонароджених, проводити дифдіагностику та лікування захворювань органів дихання у новонароджених.

Навчальні питання:

1. Визначення та причини виникнення гострої дихальної недостатності у новонароджених.
2. Оцінка ступеня важкості дихальної недостатності у новонароджених.
3. Загальний диференційно-діагностичний підхід до дитини з симптомами дихальної недостатності.
4. Діагностика, профілактика та лікування найважливіших легневих причин дихальної недостатності у новонароджених.
5. Сучасні принципи лікування дихальної недостатності у новонароджених.
6. Застосування препаратів сурфактанту в медичних установах України.

Короткий зміст заняття:

Для визначення патологічного процесу, провідною ланкою якого є дихальна недостатність, у сучасній неонатології найчастіше використовують терміни “**синдром дихальних розладів**”, “**респіраторний дистрес**”, “**респіраторний дистрес-синдром**”, “**дихальна недостатність**” тощо.

Клінічні прояви дихальної недостатності у новонароджених: тахіпное або брадипное, ціаноз, ретракції, роздування крил носа, гранти, порушення ритму дихання.

Основні причини дихальної недостатності у новонароджених: легеневі (РДС, транзиторне тахіпное новонароджених, пневмонія, синдром аспірації меконію, синдроми витікання повітря, легенева кровотеча, діафрагмальна кила, природжені аномалії розвитку легень, грудної клітки), позалегеві (серцево-судинні, метаболічні, асфіксія, пологова травма, гіповолемія, поліцитемія, анемія). Сучасні методи лікування дихальної недостатності – оксигенотерапія, самостійне дихання під позитивним тиском (СДППТ), штучна вентиляція легень.

Контрольні питання:

1. Респіраторний дистрес-синдром: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
2. Транзиторне тахіпное новонародженого: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
3. Вроджена пневмонія: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

4. Синдром персистоючої легеневої гіпертензії у новонароджених: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
5. Синдром аспірації меконію: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
6. Набряк легень: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.
7. Легенева кровотеча: етіологія, патогенез, клініка, діагностика, лікування.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №15. *Сепсис у новонароджених дітей. Синдром системної запальної відповіді*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з основними клінічними проявами неонатального сепсису, особливостями його перебігу, принципами діагностики, профілактики та лікування.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів вчасно діагностувати хворобу, інтерпритувати результати клінічних та лабораторних обстежень, проводити адекватне лікування.

Навчальні питання:

1. Особливості епідеміології сепсису новонароджених.
2. Фактори ризику перинатального сепсису.
3. Патофізіологія перинатального сепсису.
4. Лабораторні критерії діагностики сепсису новонароджених.
5. Принципи інтенсивної терапії перинатального сепсису.

Короткий зміст заняття:

Перинатальний сепсис – це генералізована інфекція, що розвивається у дітей віком менше одного місяця, які є клінічно хворими і мають позитивні результати бактеріологічного обстеження.

Особливо високий ризик сепсису у новонароджених з перинатальною патологією у відділенні інтенсивної терапії, а також у немовлят з малою масою тіла. Частота сепсису новонароджених становить 2-10 на 1000, у відділенні інтенсивної терапії – 25-30%. Ризик розвитку перинатального сепсису має безпосередній зв'язок зі станом здоров'я вагітної жінки, гострими та хронічними урогенітальними інфекціями, зниженням антимікробних властивостей навколоплідних вод, предчасними пологамі.

Разом з тим, розвитку інфекції у новонароджених сприяють незріла імунологічна реактивність організму, порушення формування мікробіоценозу, високий ризик нозокоміального інфікування у відділенні інтенсивної терапії.

Сепсис може виникати у „ранній” стадії протягом першого тижня життя, у „пізній” – після 7-го дня постнатального життя. Ранній сепсис часто має блискавичний перебіг з поліорганною недостатністю, пізня інфекція є більш локалізованою, з більшою частотою менінгіту. Смертність вища у разі виникнення раннього сепсису (25%) на противагу пізньому (10-20%).

Контрольні питання:

1. Материнські та неонатальні фактори ризику сепсису.
2. Шляхи інфікування.
3. Збудники перинатального сепсису.
4. Ранні клінічні ознаки інфекції.
5. Клінічні прояви пізнього сепсису.
6. Критерії діагностики перинатального сепсису.
7. Антибактеріальна терапія сепсису новонароджених.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №16. *Пологова травма центральної нервової системи. Діагностика, принципи лікування*

Навчальна мета заняття: сформулювати у інтернів-педіатрів сучасні знання про пологову травму центральної нервової системи (ЦНС) у новонароджених.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів- виявляти клінічні ознаки пологової травми (ЦНС), проводити адекватні реанімаційні заходи при загрозливих станах.

Навчальні питання:

1. Патогенез пологової травми ЦНС.
2. Клінічні прояви пологової травми головного мозку.
3. Інструментальні методи дослідження головного мозку при пологовій травмі.
4. Лікування і профілактика пологової травми ЦНС.
5. Наслідки перенесеної пологової травми ЦНС.

Короткий зміст заняття:

Під **пологовою травмою** слід розуміти різні за локалізацією та ступенем важкості ушкодження, які виникають під час пологів, внаслідок патології пологової діяльності або неадекватної тактики ведення пологів.

Безпосередньою причиною пологового травматизму є невідповідність розмірів плода та кісткової миски матері, аномалій пологової діяльності, використання акушерських інструментів. Механічні ушкодження під час пологів супроводжуються порушенням гемодинаміки, набряком тканин та крововиливами. Для розуміння процесів, які відбуваються при цьому, необхідне знання анатоμο-фізіологічних особливостей ЦНС у новонароджених.

Патологічні симптоми пологової травми ЦНС з'являються відразу після народження або після так званого „світлого проміжку” – через декілька годин, а іноді днів постнатального віку. Типовими в гострому періоді є: порушення терморегуляції; розлади м'язевого тону; зміна характеру крику; аномальні рухи очних яблук, судоми, напруження та вибухання тім'ячка, вегетовісцеральні розлади, порушення периферійного кровообігу, прогресуюча анемія та метаболічні розлади.

Для розпізнавання пологової травми необхідним є проведення нейросонографії та ретельного медичного огляду немовляти з участю невролога.

Контрольні питання:

1. Фактори ризику пологової травми ЦНС.
2. Клінічні ознаки пологової травми головного мозку.
3. Класифікація травматичних внутрішньочерепних крововиливів.
4. Лікування гострого періоду пологової травми ЦНС.
5. Диспансерне спостереження за дітьми з пологовою травмою.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №17. Ураження ЦНС гіпоксично-ішемічного генезу.

Клініка, діагностика та лікування в неонатальному періоді

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з особливостями гіпоксично-ішемічної енцефалопатії, принципами діагностики та лікувальною тактикою.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів виявляти ступінь важкості ураження ЦНС, інтерпритувати результати лабораторних та інструментальних досліджень, проводити лікування в неонатальному періоді.

Навчальні питання:

1. Патофізіологія гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС у новонароджених.
2. Класифікація уражень ЦНС згідно МКХ Х перегляду.
3. Основні клінічні синдроми гіпоксично-ішемічного ураження ЦНС.
4. Критерії діагностики гіпоксично-ішемічної енцефалопатії.
5. Принципи лікування гіпоксично-ішемічного ураження головного мозку.
6. Наслідки гіпоксично-ішемічної енцефалопатії.

Короткий зміст заняття:

Гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку є найважливішим наслідком перинатальної асфіксії. Симптоматика гіпоксично-ішемічної енцефалопатії (ГІЕ) має цілий спектр клінічних проявів – від легких до важких. В його найдраматичнішій формі початкова фаза триває біля 12 годин після ураження і містить ознаки церебральної дисфункції. Субтильні, тонічні чи мультифокально-клонічні судоми трапляються через 6-24 години після ураження у 50% новонароджених з помірно-важкою і важкою ГІЕ.

Важко уражені новонароджені мають прогресуюче погіршення функції ЦНС протягом 24-72 годин після народження. Важкий ступінь ураження ЦНС супроводжується синдромом поліорганної недостатності. Розрішення різних клінічних ознак і їх тривалість впродовж перших 2 постнатальних тижнів не тільки вказують на ступінь і перманентність

неврологічного порушення, а також визначають клінічні категорії, які є достатньо точними для ранньої оцінки прогнозу у новонароджених з гіпоксично-ішемічним ураженням ЦНС.

Контрольні питання:

1. Перинатальні чинники ризику ГІЕ.
2. Клінічні прояви ураження ЦНС функціонального генезу.
3. Деструктивні гіпоксично-ішемічні ураження головного мозку.
4. Алгоритми діагностики ГІЕ.
5. Лікування гострого періоду ураження ЦНС.
6. Диспансерне спостереження за новонародженими з ГІЕ.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №18. Гемолітична хвороба новонародженого. Рання діагностика. Принципи лікування

Навчальна мета заняття: ознайомити лікарів-інтернів-педіатрів з важливими аспектами патогенезу ГХН, ранньою діагностикою та сучасними принципами лікування ГХН.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів-педіатрів проводити анте- та постнатальну діагностику ГХН, визначати лікувальну тактику, знати абсолютні показання до проведення ОЗПК.

Навчальні питання:

1. Епідеміологія гемолітичної хвороби новонароджених.
2. Особливості білірубінового обміну плода і новонародженого.
3. Анте- та постнатальна діагностика ГХН.
4. Класифікація гемолітичної хвороби новонароджених.
5. Стратегія лікування ГХН.
6. Профілактика Rh-ізоімунізації.

Короткий зміст заняття:

Гемолітична хвороба новонароджених (ГХН) – захворювання, зумовлене імунологічною несумісністю крові матері і дитини за різними антигенами (Rh, ABO, Keel, Duffy та ін.), яке виникає внутрішньоутробно або відразу після народження. Частота даної патології сягає 1: 250 – 1: 300. Летальність від ГХН 0,72% і висока частота ускладнень, обумовлюють значимість даної патології серед новонароджених.

Центральною ланкою патогенезу ГХН є гемоліз еритроцитів в результаті патологічної дії комплексу антиген-антитіло на клітинну мембрану. Розпад еритроцитів відбувається в клітинах RES, де гемоглобін перетворюється в непрямий білірубін. Останній має тропність до тканин, багатих на ліпіди (підшкірна клітковина), де накопичується і зумовлює жовтушне забарвлення шкіри. При перевищенні критичного рівня (у доношених новонароджених – 340 мкмоль/л) непрямий білірубін проникає через гематоенцефалічний бар'єр і може ушкодити головний мозок, кумулюючись в базальних ядрах.

Класифікація ГХН передбачає: вид ізоімунізації; клінічну форму; ступінь важкості; наявність ускладнень та супутніх захворювань.

Сучасні принципи лікування ГХН включають:

- боротьбу з важкою внутрішньоутробною анемією;
- зниження токсичності некон'югованого білірубіну та рівня останнього;
- виведення з циркуляції антиеритроцитарних антитіл, заміна еритроцитів плода на донорські;
- підвищення кон'югації білірубіна;
- зниження ентерогепатичної циркуляції білірубіна;
- корекцію гомеостазу (зниження нейротоксичності білірубіну).

Контрольні питання:

1. Аспекти обміну білірубіну.
2. Фактори ризику гемолітичної хвороби новонародженого.
3. Критерії патологічної жовтяниці та алгоритм її діагностики.
4. Клінічні прояви ГХН.
5. Сучасні принципи лікування ГХН.
6. Диспансерне спостереження за новонародженими, що перенесли ГХН.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №19. *Операція замінного переливання крові.*

Показання, техніка, ускладнення

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з показаннями та технікою операції замінного переливання крові.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів конкретних показань до ОЗПК та практичних аспектів проведення замінного переливання крові.

Навчальні питання:

1. Мета операції замінного переливання крові.
2. Види замінного переливання крові.
3. Показання до замінного переливання крові.
4. Вимоги до проведення ОЗПК.
5. Практичні аспекти замінного переливання крові.
6. Ускладнення ОЗПК

Короткий зміст заняття:

За допомогою **замінного переливання крові** вдається видалити частково гемолізовані та навантажені антитілами еритроцити, а також вільні антитіла та замінити їх на донорські еритроцити без сенсibiliзуючих антигенів. Оскільки також з плазми видаляється білірубін, рівень позасудинного білірубину швидко вирівнюється і зв'язується з альбуміном перелитої нової крові. Протягом півгодини після переливання рівень білірубину сягає 60% базового рівня, що вказує на швидкий притік білірубину до спинномозкового простору. Подальше збільшення рівня білірубину після переливання пояснюється гемолізом навантажених антигенами еритроцитів, виділених з кісткового мозку та селезінки старих донорських еритроцитів та раннього нееритроцитарного білірубину.

Замінне переливання крові проводиться, якщо рівень гемоглобіна на 1-у добу життя нижчий 110 г/л, у випадку дуже високої непрямої білірубінемії або дуже швидких темпів її наростання. Розглядаються конкретні показання до проведення ЗПК.

При визначенні показань до ОЗПК слід враховувати, крім рівня білірубину і швидкості його наростання, наявність супутніх захворювань і ускладнень (гіпопротеїнемія, гіпоксія, ацидоз, РДС, анемія, сепсис, циркуляторні розлади).

Повторне замінне переливання проводиться за тих же показань, що і перше. До прийняття остаточного рішення про проведення ОЗПК необхідно призначити інтенсивну фототерапію.

Контрольні питання:

1. Показання до замінного переливання крові у доношених новонароджених.
2. Показання до замінного переливання крові у недоношених немовлят.
3. Підбір крові і плазми для ОЗПК.
4. Вимоги до проведення замінного переливання крові.
5. Методика замінного переливання крові.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №20. *Захворювання сечовидільної системи у новонароджених*

Навчальна мета заняття: навчити інтернів-педіатрів діагностувати різні види мікробно-запальних уражень сечовидільної системи у новонароджених і вивчити принципи лікування цієї патології.

Професійно-орієнтована мета: вміти проводити диференціальну діагностику мікробно-запальних захворювань сечостатевої системи у дітей, проводити диспансерний нагляд за цими дітьми.

Навчальні питання:

1. Класифікація мікробно-запальних уражень сечостатевої системи.
2. Функціональний розвиток сечовидільної системи новонародженого.
3. Загальні клінічні проблеми захворювання сечовидільної системи у новонароджених.
4. Гостра ниркова недостатність в неонатальному періоді.
5. Інфекції сечовидільної системи у новонароджених.
6. Тромбоз ниркових судин.

7. Вроджені аномалії розвитку сечовидільної системи.

Короткий зміст заняття:

При народженні нирка замінює плаценту як головний орган гомеостазу, підтримуючи баланс рідини та електролітів і виводячи шкідливі речовини. Порушення нормального розвитку ниркової системи може призвести до вад розвитку, таких як, нирковий агенез, ниркова гіпоплазія, ниркова ектопія та дисплазія.

Ниркова недостатність означає пряме ушкодження нирок від інсульту або вроджених аномалій. Гостра ниркова недостатність як результат глибокої ішемії ниркової тканини є наслідком хронічної гіпоксії, асфіксії, респіраторного дистрес-синдрому, тромбозу судин нирки або генералізованого інфекційного процесу.

Ниркова недостатність, яка виникає на фоні вроджених і спадкових захворювань, фактично, є аналогом термінальної стадії хронічної ниркової недостатності.

Інфекція сечовидільної системи спостерігається у 2-3% усіх новонароджених. Бактеріурія, з одного боку, може означати генералізований сепсис з гематогенним ураженням нирок. З іншого боку, первинна інфекція сечо-видільної системи може привести до інфікування кровотоку. Дослідження культури сечі є достатнім для діагностики інфекції сечовидільної системи і має бути частиною програми боротьби з сепсисом.

Тромбоз пупкових судин часто пов'язаний з використанням постійних катетерів пупкових артерій, однак може розвиватись як наслідок важкої гіпоксії.

Інфекція сечовидільних шляхів (СВШ) – гострий інфекційний процес у сечових шляхах за відсутності лабораторних та інструментальних ознак ураження тубулоінтерстиціальної тканини нирок і чіткої клінічної картини локального процесу. Асимптоматична бактерурія – відсутність клінічних симптомів захворювання і наявність бактерурії: у сечі (середня порція) – 10^5 і більше колоній у 1 мл; при катетерному заборі сечі – 10^3 і більше колоній в 1 мл; у сечі, взятій методом надлобкової пункції сечового міхура – будь-яка кількість колоній.

Неускладнена інфекція сечовидільних шляхів – найчастіше цистит, ускладнена трансформується у пієлонефрит.

Інфекція сечовидільних шляхів класифікується на симптоматичну бактерурію, асимптоматичну бактерурію, симптоматичну абактерурію (уретральний симптом).

Найчастіше інфекція СВШ викликаються *Escherichia coli* (52 -64%) і *Proteus mirabilis* (16%), причому, більш ніж у 95% хворих виділяється грамнегативна монофлора.

Основні клінічні форми перебігу СВШ: асимптомна бактерурія; симптомокомплекс циститу (дизурія, болючі сечовиділення, полакіурія, ніктурія, дискомфорт у надлобковій ділянці); симптомокомплекс гострого пієлонефриту (болі у попереку, гарячка, ознаки загальної інтоксикації, позитивний симптом Пастернацького).

Діагноз інфекції СВШ встановлюється на основі методів: прямої діагностики наявної інфекції (посіви культури ниркової біопсії, сечі, змивів сечового міхура); бактеріологічних методів (посіви стандартною петлею або за допомогою діагностичних стрічок "Irikult", "Nefrofan"); біохімічних тестів (нітритний Greiess; з трифенілтетразолом, каталазний).

Основні принципи терапії інфекції СВШ наступні: збільшення навантаження водою; корекція закрепів; часте і повне випорожнення сечового міхура; правильна особиста гігієна (підмивання спереду-назад; виключення шампунів, пінистих засобів до душу). Антибактеріальна терапія протягом 7-10 днів призначається з урахуванням посівів сечі на чутливість до антибіотиків. Антибіотики, а потім уросептики, призначають до повної стерильності сечі (посів сечі через 3-4 дня після відміни антибіотикотерапії). Серед уросептиків перевагу надають сульфаніламидам короткої дії. Тактика проведення антибактеріальної терапії залежить від форми і фази активності мікробно-запального процесу, віку дитини, ефективності раніше проведеної терапії.

Оцінка ефективності проведеної терапії: поліпшення загального стану хворого, зменшення або зникнення патологічних клініко-лабораторних симптомів, від'ємний результат при посіві сечі. Зазвичай, неускладнена інфекція СВШ виліковується протягом місяця і немає тенденції до рецидування. Наявність рецидивної інфекції СВШ потребує проведення мікційної цистоуретрографії з метою виключення міхурово-сечовідного рефлюксу.

Контрольні питання:

1. Оцінка ниркової функції у новонароджених.
2. Причини ниркової недостатності у новонароджених.
3. Структура, епідеміологія мікробно-запальних захворювань сечової системи у дітей.
4. Диференціальна діагностика мікробно-запальних захворювань сечової системи у дітей.
5. Клінічні ознаки інфекції сечовидільної системи у новонароджених.
6. Клініка і лікування пієлонефриту.
7. Алгоритми діагностики мікробно-запальних захворювань сечових шляхів.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №21. *Природжені та спадкові вади розвитку плода і новонародженого. Пренатальна діагностика*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з основними методами пренатальної діагностики природжених та спадкових захворювань.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів виділяти групи ризику вагітних щодо народження дітей з природженими вадами розвитку та інтерпритувати результати неінвазивних та інвазивних методів пренатальної діагностики.

Навчальні питання:

1. Категорії генетичної патології.
2. Концепція „плід – пацієнт”.
3. Пренатальна діагностика – як важливий етап медико-генетичного консультування.
4. Методи пренатальної діагностики природжених та спадкових захворювань.
5. Алгоритм пренатальної діагностики патології плоду.
6. Групи ризику вагітних щодо народження дітей з природженими вадами розвитку.

Короткий зміст заняття:

Генетична патологія займає сьогодні 2-3 місце в структурі перинатальної та ранньої дитячої смертності і є причиною високої захворюваності та глибокої інвалідності дітей. За даними ВООЗ біля 5% немовлят народжується з тими чи іншими вадами розвитку. Питома вага МВР складає біля 18%. Генними та хромосомними дефектами зумовлено 30% спонтанних абортів. В цілому, за даними вітчизняних науковців, 10% населення планети мають генетичну патологію.

Відсутність в більшості випадків ефективних методів лікування, важкість перебігу багатьох спадкових захворювань, визначають безумовну необхідність їх профілактики. Розвиток пренатальної діагностики є пріоритетним напрямком сучасної фетальної медицини. Основними методами пренатальної діагностики природжених і спадкових хвороб є неінвазивні та інвазивні. Вони дають можливість виявити патологію плода, попередити розвиток хвороби, шляхом елімінації останнього або безпосередньо лікувати плід під час внутрішньоутробного розвитку.

Контрольні питання:

1. Генетична патологія плода і новонародженого.
2. Завдання пренатальної діагностики.
3. Неінвазивні методи пренатальної діагностики.
4. Інвазивні методи пренатальної діагностики.
5. Пренатальна діагностика внутрішньоутробних вірусних інфекцій.
6. Диспансерне спостереження за дітьми з груп підвищеного ризику.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №22. *Розрахунок інфузійної терапії та парентерального харчування у доношених і недоношених новонароджених*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про інфузійну терапію і парентеральне харчування новонароджених.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів вмінню проводити розрахунок інфузійної терапії і парентерального харчування у доношених і недоношених новонароджених.

Навчальні питання:

1. Мета і завдання інфузійної терапії у новонароджених.

2. Принципи парентерального харчування новонароджених.
3. Показання до проведення інфузійної терапії та парентерального харчування у новонароджених.
4. Складання програми інфузійної терапії та парентерального харчування у новонароджених.
5. Ускладнення інфузійної терапії і парентерального харчування у новонароджених.
6. Моніторинг інфузійної терапії і парентерального харчування у новонароджених.

Короткий зміст заняття:

Інфузійна терапія – один з методів інтенсивного лікування новонароджених, який скерований на відновлення і підтримку водно-електролітного балансу з урахуванням вікових особливостей дитини. Показаннями до проведення інфузійної терапії у новонароджених є нормалізація об'єму і складу внутрішньоклітинної і позаклітинної рідини, корекція метаболічних розладів, дезинтоксикація, нормалізація складу плазми і клітин циркулюючої крові, корекція гемодинаміки, зокрема мікроциркуляції за різних критичних ситуацій.

Складаючи програму інфузійної терапії для конкретної дитини необхідно враховувати гестаційний вік, постнатальний вік у днях, мету терапії, кількість ентерального харчування, вираженість патологічних втрат, наявність патологічних станів.

Основними завданнями парентерального харчування є підтримання метаболічних процесів, які забезпечують життєво важливі функції організму шляхом введення у кров продуктів кінцевого ентерального харчування – білків, жирів і вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин, води. Показаннями до проведення парентерального харчування у новонароджених є оперативне втручання (особливо на травному каналі), стаз у шлунку, атонія кишок будь-якої етіології, недостатнє всмоктування їжі тощо.

Проведення парентерального харчування потребує високої кваліфікації медичного персоналу, можливостей інтенсивного клінічного нагляду і біохімічного контролю протягом доби.

Контрольні питання:

1. Шляхи і методи введення розчинів при інфузійної терапії і парентеральному харчуванні новонароджених.
2. Добові потреби в рідині новонароджених залежно від дня життя і маси тіла.
3. Моніторинг водно-електролітного балансу при проведенні інфузійної терапії.
4. Розрахунок потреб в основних нутрієнтах при проведенні парентерального харчування.
5. Проведення короткочасного і тривалого парентерального харчування у доношених і недоношених новонароджених.
6. Ускладнення інфузійної терапії та парентерального харчування у новонароджених.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №23. *Пограничні стани у новонароджених*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про пограничні стани у новонароджених.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів виявляти пограничні стани у доношених і недоношених новонароджених, знати критерії переходу цих станів у патологічні.

Навчальні питання:

1. Визначення транзиторних станів.
2. Клінічні критерії фізіологічної еритеми.
3. Клінічні критерії фізіологічної втрати маси тіла.
4. Клінічні критерії сечокислого інфаркту нирок.
5. Клінічні критерії транзиторного дисбактеріозу.
6. Клінічні критерії транзиторної гіпербілірубінемії.
7. Клінічні критерії транзиторної лихоманки.

Короткий зміст заняття:

Перехідними (транзиторними, пограничними) станами називаються реакції, які відображають процес пристосування дитини до нових умов життя. Їхня назва зумовлена також і тим, що при певних умовах такі процеси легко можуть набирати патологічного характеру.

Фізіологічна (проста) еритема – гіперемія шкіри, деколи з легким ціанотичним відтінком, виникає внаслідок розширення шкірних капілярів як відповідь організму на дію низької температури навколишнього середовища. Стає особливо помітною на 2-гу добу, пізніше її інтенсивність зменшується. Зникає до кінця 1-го тижня.

Токсична еритема зустрічається у 20-30% новонароджених, виникає на 2-5 день життя. Алергоїдна реакція. Проявляється у вигляді лоодинок або множинних еритематозних злегка ущільнених плям, папул або везикул, що локалізуються та тулубі, кінцівках, обличчі. Зникає впродовж тижня. Як правило, лікування не потребує, однак при значній еритемі доцільно призначити антигістамінні препарати. Ці діти в більшості схильні до алергічного діатезу.

Фізіологічна втрата маси тіла спостерігається у новонароджених дітей перших 3-5 днів життя; не перевищує 6-8 % маси тіла. Доказана залежність величини втрати маси тіла від об'єму рідини, яку отримує дитина, від часу першого прикладання дитини до грудей, температури і вологості навколишнього середовища. Утрата маси тіла вище 10% вважається патологічною. Відновлення маси тіла – до 6-8 днів життя.

Сечокислий інфаркт нирок. Відкладання сечової кислоти у вигляді кристалів у просвіті збірних трубочок і ductus papillaris нирок. Сеча – жовто-цегляного кольору, мутнувата, на пеленці залишає плями такого ж кольору. З'являється у 1/3 дітей, проходить до кінця 1-го тижня життя. Виявлення подібних змін із середини 2-го тижня – ознака патології.

Транзиторийний дисбактеріоз - перехідний стан, що розвивається у всіх новонароджених. При неускладненій вагітності плід стерильний. Під час народження дитини її шкіра і слизові оболонки заселяються флорою матері. Джерелами інфікування є також руки персоналу, повітря, предмети догляду. У первинній бактеріальній флорі кишок визначаються не тільки молочнокислі бактерії, біфідобактерії, сапрофітні стафілококи, але й умовно-патогенні мікроорганізми. Існують три фази бактеріального заселення кишок: 1) асептична фаза - перші 10-20 г.; 2) заселення бактеріями і грибами – до 2-5 дня після народження; 3) фаза трансформації, витіснення інших бактерій біфідофлорою – перший-початок другого тижня. Важливим фактором є раннє прикладання дитини до грудей матері. Материнське молоко сприяє розвитку біфідофлори, створенню місцевого кишкового імунітету, що сприяє витісненню патогенної флори або різкому її зниженню.

Транзиторийна діарея (катар, диспенсія). Спостерігається у новонароджених дітей на 3-4 день життя. Первинний кал (1-2 доба) – меконій, в'язка маса темно-зеленого кольору. Перехідний кал (2-3 день) – випорожнення стають частішими, негомогенними з ділянками темно-зеленого та жовтуватого кольорів. Це – ознака перехідного катару кишок, що не потребує лікування.

Гормональний криз проявляється у 70 новонароджених дітей (у більшості – дівчаток). Сюди входить:

- **десквамативний вульвовагініт** - значні виділення сіро-білого кольору з піхви, що тривають 2-3 дні і потім поступово зникають.

- **метрорагія** – кровотеча із вагіни. Виникає на 5-8 день життя. Триває 1-3 дні.

- **нагрубання молочних залоз** настає на 2-4 день життя, досягає максимуму на 7-8 день і зникає впродовж місяця. Діаметр нагрубання – до 2-х см. Шкіра не змінена, інколи незначно гіперемована.

- **мілія** – білуваті вузлики розміром 1-2 мм (сальні залози зі значним секретом і закупореними вивідними протоками). Локалізуються на крилах носа і перенісся, в області чола і підборіддя. Зникають без лікування через 1-2 тижні.

- **гідроцеле** – у новонароджених хлопчиків інколи спостерігається одно- або двостороннє збільшення калитки внаслідок нагромадження рідини навколо сім'яного канатика. Може утримуватися впродовж кількох тижнів або місяців, потім спонтанно розсмоктується

Транзиторийна гіпербілірубінемія розвивається у всіх новонароджених, тоді як її клінічний прояв – жовтизна шкіри – лише у 60-70% дітей. Її причини – накопичення непрямого білірубину, що утворюється з фетальних еритроцитів, функціональна незрілість ферментних систем печінки, низька здатність до глюкуроування білірубину через низьку активність глюкуронілтрансферази, значна реабсорбція білірубину з кишок через кишково-печінковий шунт. Жовтизна шкіри з'являється на 2-3 добу після народження, наростає до 4-5

дня і зникає на 11-14 день. Транзиторна жовтяниця не вимагає спеціального лікування. Її треба диференціювати з гемолітичною хворобою новонароджених, пролонгованою жовтяницею, гепатитом, сепсисом, атрезією жовчних шляхів тощо. У таких випадках треба враховувати типovu для кожної з хвороб клінічну картину та проводити спеціальне обстеження.

Транзиторна гіпертермія (лихоманка). Нормальна температура шкіри у новонародженого- 36,0-36,5°C; ректальна температура – 36,5-37,5°C. На 3-5 добу життя у частини дітей розвивається транзиторна лихоманка з підвищенням температури тіла до 38-40°C. Фактори розвитку – перегрівання та недостатнє вживання рідини. Рекомендується фізичне охолодження, додаткове пиття; при неефективності цих заходів – жарознижуючі препарати.

Транзиторна гіпотермія – спостерігається в основному у недоношених дітей, дітей з асфіксією, пологовою травмою та іншими захворюваннями. При переохолодженні – зігріти дитину, нормалізувати температуру у приміщенні (не нижче 22°C).

Контрольні питання:

1. Визначення транзиторних станів.
2. Транзиторні стани шкіри у немовлят.
3. Транзиторний гормональний криз у новонароджених.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №24. *Хронічні розлади харчування у дітей*

Навчальна мета заняття: навчити виявляти ознаки хронічних розладів харчування у дітей, верифікувати їх причину та проводити корекцію харчування.

Професійно-орієнтована мета: вміти діагностувати хронічні розлади живлення, проводити їх диференціальну діагностику, терапію.

Навчальні питання:

1. Причини порушення харчування дитини.
2. Клінічна картина синдрому мальабсорбції.
3. Клінічна картина ступенів важкості гіпотрофії.
4. Комплексне обстеження дітей з хронічними розладами живлення.
5. Диференціальна лікувальна тактика при хронічних розладах живлення різного генезу.

Короткий зміст заняття:

Гіпотрофія – термін, який характеризує стан відживи дитини раннього або дошкільного віку, маса якої складає менше 90% оптимальної маси тіла для даного віку. Термін також може означати підгостру втрату маси або відставання від очікуваного темпу приросту ваги. Відставання в масі розглядається як результат багатьох розладів, які призводять до недостатнього споживання калорій та/або засвоєння їжі. Найчастішим варіантом недостатнього харчування є білково-енергетична недостатність. Часто приєднується дефіцит вітамінів та мікроелементів.

Причини порушення харчування дитини: 1) бідність, незвичні уявлення батьків про дієту, психічні захворювання батьків, жорстоке ставлення до дитини, порушення взаємовідносин між матір'ю і дитиною; 2) захворювання дитини (пілоростеноз, гастроєзофагальний рефлюкс), патологія ЦНС (дитячий церебральний параліч), кардіореспіраторні розлади (вроджені вади серця, бронхопульмональна дисплазія), синдром мальабсорбції.

Клінічна картина залежить від ступеня гіпотрофії.

Особливу увагу при обстеженні звертають на стан шкіри, вираженість підшкірної клітковини, її тургор, симптоми гіповітамінозів, вагу і ріст дитини, стан кісткової, серцево-судинної, травної та інших систем.

Розрізняють три ступені гіпотрофії: I ступінь - маса тіла нижче норми на 11-20%, II ступінь - маса тіла нижче норми на 20-30% і має місце відставання в рості, III ступінь - маса знижується більше, ніж на 30% від вікової норми.

Ретельний збір анамнезу та детальне обстеження допомагають виявити причину відставання у масі. Необхідно зібрати детальний анамнез, який стосується калорійності харчування та характеру вигодовування, інформацію про звичний час вигодовування,

інформацію про порушення процесу годування, слиновиділення, зригування, блювоту, характер випорожнень.

Лабораторні обстеження включають загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, посів сечі, вміст сечовини в крові, аналіз калу на яйця гельмінтів і цисти лямблій, копрограма. Бажано визначення рівня хлоридів поту та рентгенографія органів грудної клітки. Додаткові лабораторні обстеження проводять на основі інформації, отриманій при зборі анамнезу та фізикальному обстеженні.

Тривалість та об'єм лікування залежать від ступеня важкості гіпотрофії і наявності інτερкурентних захворювань. Дієтотерапія гіпотрофії передбачає два періоди: період визначення толерантності до їжі та період посиленого харчування, так як велике харчове навантаження введене відразу може викликати у хворого зрив функціонування ферментних систем та диспепсію.

В перші дні дієтотерапії знижують калораж, збільшують кратність вигодовувань на 1-2, тобто визначають толерантність до харчових навантажень.

Батьки повинні вести щоденний запис калорійності харчування дитини.

При гіпотрофії I ступеня визначається толерантність до їжі протягом 1-3 днів. Об'єм їжі і її склад повинні відповідати віковій нормі. При гіпотрофії II та III ступеня період встановлення толерантності до їжі триває 1 тиждень та більше до досягнення необхідних терапевтичних надходжень поживних речовин.

Якщо батьки не в змозі забезпечити висококалорійну дієту або відсутня прибавка в масі, необхідно госпіталізувати дитину для ретельного обстеження та лікування. При гіпотрофії III ступеня, як правило, необхідно застосовувати часткове або повне парентеральне годування.

Контрольні питання:

1. Причини хронічних розладів харчування у дітей.
2. Клінічний симптомокомплекс гіпотрофії та критерії ступенів важкості.
3. Алгоритм діагностики причини хронічних розладів харчування.
4. Підходи до вигодовування дітей з хронічними розладами харчування.
5. Догляд за дітьми з хронічними розладами харчування.
6. Диспансеризація дітей з гіпотрофією.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №25. *Рахіт у дітей раннього віку*

Навчальна мета заняття: навчити виявляти ознаки рахіту у дітей раннього віку, верифікувати їх причину та проводити корекцію гіповітамінозу D.

Професійно-орієнтована мета: вміти діагностувати рахіт у дітей раннього віку, проводити їх диференціальну діагностику, терапію.

Навчальні питання:

1. Визначення поняття рахіт.
2. Клінічна класифікація рахіту.
3. Основний симптомокомплекс рахіту.
4. Лікування рахіту.
5. Профілактика розвитку рахіту.

Короткий зміст заняття:

Рахіт – це широко поширене захворювання дітей перших трьох років життя, яке зумовлене дефіцитом вітаміну D в організмі та порушеннями фосфорно-кальцієвого обміну, і клінічно маніфестується ураженням скелету, внутрішніх органів і зниженням реактивності.

Головне значення в етіології рахіту у дітей раннього віку має: недостатнє надходження в організм дитини вітаміну D у періоди антенатального та постнатального розвитку; недостатня інсоляція дитини. Ендогенними факторами, які сприяють розвитку рахіту вважаються: висока інтенсивність процесу росту кісток та обміну речовин, особливо у перші місяці та роки життя, що зумовлює велику потребу у мінеральних речовинах та інших нутрієнтах при фізіологічній незрілості систем, які забезпечують їх транспорт та метаболізм; порушення всмоктування вітаміну D; порушення метаболізму вітаміну D в організмі (захворювання печінки, нирок).

Перші симптоми рахіту з'являються через декілька місяців дефіциту вітаміну D.

Симптоми рахіту у початковому періоді: ЦНС і вегетативна нервова системи: неспокій, лякливість, дратівливість, здригання при яскравому світлі, порушення сну, пітливість, червоний дермографізм. Шкіра: підвищена вологість, зниження тургору, стійка пітниця, “облисіння” потилиці. М’язова система: м’язова гіпотонія, запори. Кісткові зміни: незначна “піддатливість країв великого тім’ячка”, ознаки краніотабесу тощо. Лабораторні дані: Са²⁺ в крові – N, Р в крові – N або ↓, ЛФ – ↑, Р сечі – ↑. Рентгенологічні зміни: можуть спостерігатися ознаки остеопорозу.

Симптоми рахіту у періоді розгорнутої клінічної картини.

Центральна і вегетативна нервова системи: збільшення пітливості, наростання загальної слабості, відставання в нервово-психічному розвитку, емоціональна лабільність.

М’язова система: м’язова гіпотонія, “розхитаність” суглобів, “жаб’ячий” живіт, високе стояння діафрагми. Кісткові зміни: деформуються в першу чергу ті кістки, які найшвидше ростуть і на які є найбільше навантаження на момент дефіциту віт. Д. Найчастіше виявляються такі зміни: краніотабес, сплющення потилиці, “квадратна” форма черепа, збільшення потиличних та горбів чола, “олімпійське” чоло, “сідловидний” ніс, деформація грудної клітки, (груди “шевця”, “курячі” груди, кіфоз, лордоз, сколіоз), “гарисонова” борозна, викривлення довгих трубчатих кісток, “плоскорахітичний” таз, “чітки” на ребрах, “браслети” на зап’ястях, “нитки перлин” в міжфалангових суглобах пальців рук. У дітей виявляють порушення у термінах прорізання зубів, порушення формування прикусу.

Зміни зі сторони внутрішніх органів: функціональні зміни зі сторони органів дихання, серцево-судинної (тахікардія, послаблення серцевих тонів, систолічний шум), травної (гепатоспленомегалія, зниження секреторної, всмоктувальної та моторної функції) систем.

Лабораторні дані: Са²⁺ в крові – ↓, Р в крові – ↓, ЛФ – ↑, Р сечі – ↑ або N.

Рентгенологічні зміни: Остеопороз, келихоподібні розширення метафізів і нечіткість зон попереднього заплінення.

Специфічна профілактика рахіту включає використання вітаміну D₃ в антенатальному та постнатальному періодах.

Контрольні питання:

1. Фактори, які сприяють розвитку рахіту.
2. Симптоми рахіту у початковому періоді.
3. Симптоми рахіту у періоді розгорнутої клінічної картини.
4. Специфічна профілактика рахіту вітаміном D₃ в антенатальному та постнатальному періодах.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №26. *Дослідження периферичної крові та клінічна оцінка гемограм*

Навчальна мета заняття: поглибити і поповнити знання з сучасних методів дослідження периферичної крові, вміти інтерпретувати показники гемограм за віком дитини, навчити інтернів-педіатрів своєчасно виявляти різні захворювання крові за допомогою гемограм.

Професійно-орієнтована мета: вміти дати правильну оцінку результатів гемограм, виставити правильний діагноз за допомогою лабораторного дослідження периферичної крові та його обґрунтувати.

Навчальні питання:

1. Анатомо-фізіологічні властивості органів кровотворення у дітей.
2. Особливості гемограми новонародженої дитини.
3. Показники крові дітей 1-го року життя.
4. Особливості показників крові у дітей старших 1-го року.
5. Семіотика змін крові.
6. Роль гемограми в диференціальній діагностиці захворювань крові.

Короткий зміст заняття:

Показники крові є неоднорідними в різних вікових групах. В періоді **новонародженості особливостями гемограми** є підвищення концентрації гемоглобіну (180-

240 г/л) і вмісту еритроцитів (5-7 Г/л), ретикулоцитів (2,2-4,2%), лейкоцитоз до 30 Т/л), нейтрофіліоз, зсув формули вліво (на 5-6 день життя зменшується і кількість нейтрофілів і лімфоцитів стає однаковою).

У дітей 1-го року життя знижується концентрація гемоглобіну (до 115-120 г/л) і еритроцитів (3,7-4,5 Г/л), кількість лейкоцитів складає 8-10 Т/л, ШОЕ – 5-8 мм/год, в лейкоцитарній формулі переважають лімфоцити.

З 2-го року життя до пубертатного періоду морфологічний склад крові постійно набуває рис характерних для складу крові дорослих.

Клінічний аналіз крові найбільш поширене дослідження в медичній практиці, а правильна оцінка результатів периферичного дослідження крові неможлива без знань фізіологічних особливостей організму дитини в різні вікові періоди.

Найчастішою патологією крові у дітей є анемія – патологічний стан, який характеризується зниженням концентрації гемоглобіну менше 110 г/л, а еритроцитів – менше 4,0 Г/л. Важливе значення для оцінки анемії має кольоровий показник, який при 1,0 виявляється при нормохромних анеміях (гостра крововтрата, гемолітичний криз). Гіпохромні анемії (КП менше 0,85) є переважно залізодефіцитними. Збільшення показника понад 1,0 характерно для гіперхромної анемії (В12-дефіцитна- та фолієводефіцитна).

Лейкоцитоз та лейкопенія зустрічаються при різних захворюваннях. Велике значення має оцінка лейкоцитарної формули. Нейтрофільний лейкоцитоз виникає при гнійно-запальних процесах. Лейкемоїдні реакції досить часто нагадують картину при лейкозі. Для диференціальної діагностики в таких випадках використовують дослідження кістково – мозкового пунктату. Лейкопенія спостерігається при цілому ряді вірусних інфекцій, може бути викликана впливом медикаментів, радіоактивних речовин тощо. Різке зниження вмісту гранулоцитів називають нейтропенією. Еозинофілія характерна для гельмінтозів, алергічних захворювань. Тромбоцитопенія виявляється при тромбоцитопенічній пурпурі, лейкозах, апластичній анемії, внутрішньоутробних інфекціях.

Контрольні питання:

1. Гемограма у новонародженої дитини.
2. Особливості периферичної крові у дітей 1-го року життя.
3. Загальний аналіз крові у дітей старших 1-го року.
4. Гематологічні синдроми у дітей різного віку.
5. Диференціальна діагностика захворювань крові.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №27. *Анемії у дітей раннього віку*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні засади діагностики і лікування анемії у дітей раннього віку.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів-інтернів виявляти клінічний симптомокомплекс анемії, вміти провести диференціальну діагностику, призначити адекватну терапію.

Навчальні питання:

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №30. *Принципи харчування здорової дитини першого року життя*

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні принципи харчування здорової дитини.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів загальних принципів вигодовування немовлят, акцентувати увагу на цінності та перевагах грудного вигодовування.

Навчальні питання:

1. Десять принципів грудного вигодовування (ГВ) .
2. Особливості і переваги ГВ
3. Загальна програма введення прикорму
4. Лактаційні кризи, профілактика гіпогалактій
5. Штучне вигодовування, характеристика адаптованих сумішей.

Короткий зміст заняття:

Для забезпечення гармонійного розвитку дитини необхідне правильне і раціональне харчування. Ідеальною і найбільш фізіологічною їжею є годування материнським молоком безпосередньо із грудей матері. В Україні була розроблена і впроваджена Програма підтримки грудного вигодовування, де передбачається раннє прикладання новонародженої дитини до грудей матері, сумісне перебування матері і дитини в пологовому залі, відмова від засобів, що імітують жіночі груди та виключно грудне вигодовування до 5-6 місяців за вимогою дитини, без нічної перерви. Кожному закладу, який здійснює нагляд за новонародженими, слід впроваджувати десять принципів успішного грудного вигодовування.

Контрольні питання:

1. Роль раннього прикладання немовляти до грудей матері.
2. Правила вигодовування новонародженої дитини.
3. Методи планування сім'ї (МЛА).

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №31. Сучасні підходи до раціонального вигодовування дітей, старших за 1 рік

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про сучасні принципи харчування дітей віком від 1 до 3 років.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів загальних принципів вигодовування дітей, акцентувати увагу на особливостях вигодовування дітей перших трьох років життя.

Навчальні питання:

1. Анатомо-фізіологічні особливості травного каналу.
2. Характеристика складу їжі дітей перших трьох років життя.
3. Потреба в харчових інгредієнтах.
4. Режим харчування
5. Неофобія: психологічні аспекти вигодовування.

Короткий зміст заняття:

Правильне харчування дітей після року є важливим фактором, що впливає на їхній подальший фізичний, нервово-психічний розвиток. Починаючи з 1 року життя дитини, активність шлунково-кишкового тракту зростає, смакові відчуття все більше диференціюються, що зумовлює потребу якісної та кількісної збалансованості їжі. У раціоні дитини даного віку змінюється форма обробки продуктів, добова потреба, асортимент. Їжа для дітей від 1 до 2 років має бути подрібненою до 2-3 мм. Спочатку слід давати страви м'які, гомогенної консистенції, а надалі поступово вводити все гущішу їжу. У віці до трьох років вміст шлунку дитини складає 300-400г, тому перегодовування може призвести до низки патологічних процесів (болів в животі, зригування тощо).

Режим харчування дітей до 1,5 року — 5-ти разовий, після 1,5 р – 4-х разовий. Їжа повинна бути свіжою, теплою, смачною, її зовнішній вигляд має збуджувати апетит. Діти повинні їсти з відповідного посуду, стіл необхідно гарно сервізувати. Після 2 років у дітей з'являються свої улюблені страви. Не слід змушувати дитину їсти насильно. Вона має їсти стільки, скільки хоче. Тривалість годування – до півгодини. Мати повинна бути терпеливою і привчати дитину поступово їсти самостійно.

Добовий об'єм їжі для дітей 1-1,5 років складає 1100-1200г., а далі – до 1500-1600г. Добова калорійність їжі = 1500 ккал. Розподіл впродовж доби приблизно такий: на сніданок і вечерю – 25%, на обід – 35%, на підвечірок – 15%. Співвідношення основних інгредієнтів (білків, жирів, вуглеводів) – 1:1:4 відповідно. У раціон для дітей даного віку повинно входити біля 70% тваринного жиру і 10-15% рослинного. Часом для підвищення смакових властивостей їжі до страв можна додати в невеликій кількості часник, зелену цибулю тощо. Свіжі фрукти і овочі дитина може отримувати при будь-якому годуванні.

Контрольні питання:

1. Вибір харчових продуктів.
2. Розподіл продуктів за енергетичною цінністю.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №32. Харчування хворої дитини раннього віку

Навчальна мета заняття: сформувати у лікарів-інтернів знання про принципи харчування хворих дітей раннього віку.

Професійно-орієнтована мета: навчити лікарів загальних принципів вигодовування хворих дітей з різною патологією.

Навчальні питання:

1. Харчова алергія та особливості дієтотерапії дітей раннього віку.
2. Профілактика залізодефіцитної анемії.
3. Вроджена лактозна недостатність.
4. Корекція лікувального харчування при деяких спадкових патологіях обміну речовин (фенілкетонуриї, галактоземії).

Короткий зміст заняття:

Лікувальне харчування є обов'язковим компонентом комплексного лікування дітей при багатьох захворюваннях. Воно полягає у застосуванні з лікувально-профілактичною метою спеціальних раціонів-дієт на основі використання певних наборів продуктів, технології виготовлення страв і дотримання особливого режиму приготування їжі. При порушеннях амінокислотного й вуглеводного обміну, кишкового травлення та всмоктування (ензимопатії) лікувальне харчування – єдиний метод терапії.

У лікувальних раціонах слід приділяти увагу кількісному і якісному вмісту білкового компонента. У дітей з харчовою алергією найчастішими алергенами є білки коров'ячого молока і курячого яйця. Принципом побудови дієтотерапії при харчовій алергії є індивідуальний підхід з урахуванням причини і важкості сенсibilізації організму, віку дитини та порушення кишкового біоценозу. У харчуванні дітей велике значення має достатнє забезпечення вітамінами та мікроелементами. Велика увага надається спеціалізованим продуктам харчування при різній патології.

Контрольні питання:

1. Характеристика безлактозних продуктів.
2. Гіпоалергенові суміші для харчування немовлят.
3. Харчування матері-годувальниці.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №33. *Підходи до дієтичного харчування дітей з гастроентерологічною патологією.*

Навчальна мета заняття: засвоїти принципи призначення дієтичного харчування при гастроентерологічній патології у дітей

Професійно-орієнтована мета: навчитися призначати лікувальне харчування в залежності від віку, нозологічної форми, стадії, фази, компенсованості гастроентерологічної патології у дітей.

Навчальні питання:

1. Загальні дієти в стаціонарі і вдома у дітей різного віку (показання, мета, характеристика, кулінарна обробка).
2. Лікувальне харчування у дітей із захворюваннями гастродуоденальної системи в залежності від фази, стадії, добові набори продуктів, складання 7-денного меню (мета, характеристика, режим, кулінарна обробка, рекомендовані і заборонені продукти)
3. Лікувальне харчування у дітей із захворюваннями підшлункової залози в залежності від фази, стадії, добові набори продуктів, складання 7-денного меню (мета, характеристика, режим, кулінарна обробка, рекомендовані і заборонені продукти)
4. Лікувальне харчування у дітей із захворюваннями гепатобіліарної системи в залежності від фази, стадії, добові набори продуктів, складання 7-денного меню (мета, характеристика, режим, кулінарна обробка, рекомендовані і заборонені продукти)
5. Лікувальне харчування у дітей із захворюваннями кишківника, целиакією, муковісцидозом, лактазною недостатністю в залежності від фази, стадії, добові набори продуктів, складання 7-денного меню (мета, характеристика, режим, кулінарна обробка, рекомендовані і заборонені продукти)

Короткий зміст заняття:

Кожна дієта має свою характеристику, яка включає показання, мету призначення, склад дієти з її хімічною структурою, набором продуктів і видом кулінарної обробки; режим

харчування, перелік рекомендованих і протипоказаних продуктів і страв. Окремі лікувальні дієти мають декілька варіантів (а,б,в), які відрізняються наборами продуктів, ступенем кулінарної обробки і призначаються в різні періоди хвороби. В загальних дієтах зменшена квота вуглеводів, які легко засвоюються, збільшена кількість тваринного білка і вітамінів. Дієта для дітей з захворюваннями гастродуоденальної системи №1 має 3 варіанти, які обмежені в часі (від 3-7 днів для дієти №1а до 3-12 міс для дієти 1в), характеризуються особливою кулінарною обробкою і режимом харчування (6 раз). Дієта №2 призначається на декілька місяців при хронічних захворюваннях шлунка і кишківника в стадії стійкої ремісії. Дієта №4 передбачена в лікуванні загострень хронічного гастродуоденіту, хронічного ентероколіту і гострого гастроентероколіту. Її підвиди (а,б) призначаються в залежності від періоду і фази хвороби.

Розглядаються дієти при захворюваннях гепатобіліарної зони, кишківника, підшлункової залози, їх мета, характеристика, кулінарна обробка, добові набори продуктів. Варіантів елімінаційних дієт розглядаються такі: безмолочна, гіпоалергенна, дієта із виключенням яйця, беззлакова. Ці дієти мають свої особливості кулінарної обробки, наборів продуктів в залежності від стадії і фази хвороби. Окремо розглядаються сучасні принципи дієтотерапії муковісцидозу.

Контрольні питання:

1. Скласти меню для хворого з виразковою хворобою шлунка в стадії загострення.
2. Скласти меню для хворого з хронічним гастродуоденітом в стадії нестійкої ремісії.
3. Скласти меню для хворого з хронічним гепатитом в стадії нестійкої ремісії.
4. Скласти меню для хворого з хронічним панкреатитом в стадії загострення.
5. Скласти меню для хворого з целиацією в гострій стадії і стадії стійкої ремісії.
6. Скласти меню безлактозної дієти для 11-місячної дитини.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №34. *Підходи до дієтичного харчування дітей з нефрологічною патологією*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про значення дієтичного харчування в комплексі лікувальних заходів при нефрологічних захворюваннях.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів проводити дієтотерапію різних видів нефрологічної патології.

Навчальні питання:

1. Принципи дієтотерапії при нефрологічній патології.
2. Дієтотерапія гострого гломерулонефриту.
3. Дієтотерапія хронічного гломерулонефриту.
4. Дієтотерапія інтерстиціального нефриту.
5. Дієтотерапія при пієлонефриті та інфекціях сечової системи.
6. Дієтотерапія при дизметаболічних нефропатіях та сечокам'яній хворобі.
7. Харчування при гострій та хронічній нирковій недостатності.

Короткий зміст заняття:

Дієтотерапія нефрологічних захворювань передбачає забезпечення оптимальних умов для збереження водно-електролітного стану організму і при умові максимального збереження калорійної цінності їжі в залежності від вікової потреби. Основи дієтотерапії при хворобах нирок закладені в дієті № 7 по Певзнеру. Особлива увага звертається на призначення харчування дитини при гострому нефриті, бо дієтотерапія повинна змінюватися в залежності від стадії процесу. При хронічному гломерулонефриті дієта є диференційованою в залежності від наявності ниркової недостатності. Елімінаційна дієта застосовується при дизметаболічних нефропатіях, сечокам'яній хворобі та деяких видах інтестиціального нефриту. Звертається увага, на те, що при надзвичайно поширених у дітей інфекціях сечової системи та пієлонефриті, дієтичні обмеження є незначними. Вказується на важливу роль дієтотерапії в профілактиці уражень кісткової системи та інших органів при хронічній нирковій недостатності. Відзначається особлива роль дієтотерапії при лікуванні гострої ниркової недостатності в залежності від стадії процесу і особливо – у період реабілітації.

Відзначається позитивний вплив дієтотерапії нефрологічної патології для забезпечення адекватного розвитку дитини і профілактиці рецидивів і хронізації захворювань нирок.

Контрольні запитання:

1. Сучасні погляди на дієтотерапію.
2. Основні принципи дієтичного харчування в нефрології.
3. Зміни пріоритетів дієтотерапії при гострому нефриті у різні стадії захворювання.
4. Роль дієтотерапії при порушеннях обмінних процесів.
5. Обмеження споживання солі, як лікувальний чинник при запальних захворюваннях нирок.
6. Значення дієтотерапії в профілактиці уражень скелету при хронічній нирковій недостатності.
7. Забезпечення адекватного калоражу харчування при гострій нирковій недостатності.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №35. Підходи до дієтичного харчування дітей з ендокринологічною патологією

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про значення дієтичного харчування в лікувальні цукрового діабету та інших ендокринологічних захворювань.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів проводити дієтотерапію цукрового діабету та іншої патології ендокринних органів.

Навчальні питання:

1. Принципи дієтотерапії при патології залоз внутрішньої секреції.
2. Дієтотерапія цукрового діабету.
3. Дієтотерапія при захворюваннях щитовидної залози.
4. Дієтотерапія при захворюваннях наднирників.
5. Дієтотерапія при патології гіпофізу.
6. Харчування при ожирінні.

Короткий зміст заняття:

Дієтотерапія ендокринних захворювань передбачає забезпечення оптимальної калорійності їжі в залежності від вікової потреби та збереження водно-електролітного стану організму. Особлива увага звертається на призначенні харчування дитини при цукровому діабеті, бо це найбільш поширене ендокринологічне захворювання дитячого віку. Детально розглядаються особливості дієтотерапій в залежності від віку, важкості перебігу хвороби та методики призначення замісної терапії цукрового діабету. Особлива увага приділяється питанню харчування дітей вдома. Особлива увага звертається на профілактику недостатності йоду у дитячому віці, значенні вживання йодованої солі та корегуванню дієти у напрямку регулярного вживання продуктів моря. При захворюваннях наднирників дієта є диференційованою в залежності від наявності гіперфункції чи симптомів надниркової недостатності. Особливої уваги заслуговує дієта при нецукровому діабеті, бо вона повинна забезпечити поповнення води та електролітів.

В лікуванні ожиріння важливу роль відіграє раціональне (збалансоване) харчування, що запобігає порушенням вуглеводного і жирового обміну. Відзначається позитивний вплив занять фізкультурою у формуванні здорового способу життя і профілактиці ожиріння. Відзначається позитивний вплив дієтотерапії ендокринної патології в профілактиці деяких захворювань та для забезпечення адекватного розвитку дитини.

Контрольні запитання:

1. Основні принципи дієтичного харчування в ендокринології.
3. Зміни дієтотерапії при цукровому діабеті в залежності від виду замісної терапії.
4. Роль дієтотерапії при патології щитовидної залози.
5. Обмеження в дієті, як лікувальний чинник при захворюваннях наднирників.
6. Значення дієтотерапії в профілактиці порушень водно-електролітного стану при ендокринних хворобах.
7. Забезпечення адекватної калорійної цінності їжі при різних видах ендокринної патології.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №36. *Анатомо-морфологічні особливості органів дихання у дітей*

Навчальна мета заняття: поновити і поповнити знання інтернів-педіатрів про основні морфологічні і функціональні особливості бронхолегеневої системи у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі знань про анатомо-фізіологічні особливості органів дихання у дітей, вміти запідозрити патологію дихальної системи, верифікувати її причину і призначити необхідний комплекс клініко-лабораторного обстеження.

Навчальні питання:

1. Анатомія органів дихання.
2. Фізіологія органів дихання.
3. Анатомо-фізіологічні особливості органів дихання у новонароджених.
4. Особливості розвитку легень у дітей після народження.
5. Основні функціональні показники бронхолегеневої системи у дітей раннього віку в фізіологічних умовах.
6. Основні функціональні показники бронхолегеневої системи у дітей раннього віку в патологічних умовах.
7. Основні функціональні показники бронхолегеневої системи у дітей старшого віку в фізіологічних умовах.
8. Основні функціональні показники бронхолегеневої системи у дітей старшого віку в патологічних умовах.

Короткий зміст заняття:

Зовнішній ніс у немовлят відносно невеликий, з вузькими носовими ходами. У новонароджених і дітей перших міс життя нижнього носового ходу немає, він формується до 4 років, а ходи – до 3 років. Слизова оболонка порожнини носа вкрита миготливим епітелієм, багата на кровоносні судини, тому навіть невелика гіперемія спричиняє звуження носових ходів. Приносіві пазухи (решітчаста і верхньощелепна) у немовлят розвинені слабо, а лобової і клиновидної немає. Горло у дитини раннього віку відносно вузьке і мале. Широка слухова трубка сприяє занесенню інфекції з носової частини горла до порожнини середнього вуха. Лімфатичне кільце у новонароджених виражене слабко. Гортань у дітей раннього віку має ліycopодібну форму і відносно довша, просвіт її вузький, голосова щілина вузька і коротка, тому стеноз спостерігається у разі незначного запалення слизової оболонки гортані. Трахея протягом перших міс життя має ліycopодібну форму, слизова добре васкуляризована, кількість слизових залоз незначна, що сприяє розвитку запальних процесів. Грудна клітка у новонародженої дитини і до 2 років має діycopодібну (поперечний розмір майже дорівнює передньозадньому), діафрагма знаходиться відносно вище, ніж у дорослого, дихання поверхневе. Метеоризм, заковтування повітря, збільшення печінки погіршують вентиляцію легень.

Абсолютна ємність легень у новонароджених значно менша, ніж у наступні періоди життя. Частота дихання тим вища, чим менша дитина. У дітей раннього віку потреба у кисні велика, тому поверхневий характер дихання компенсується його частотою. Новонароджена дитина перебуває ніби у стані постійної задишки (фізіологічна задишка новонародженого). Зокрема, ЧД у новонародженого – 40-50/хв, у віці 1-2 роки – 30-35/хв, у віці 5-6 років – 25/хв, після 10 років – 20-18/хв. Визначення життєвої ємності легень можливе у дітей тільки 5-6 річного віку за допомогою спірометра. Відносна хвилинна ємність дихання (на 1 кг маси тіла) внаслідок прискореного дихання у дітей значно більша, ніж у дорослого: від народження до 3 років – 200 мл, в 11 років – 180 мл, у дорослого – 100 мл. Тип дихання у новонародженого і дитини на першому році життя діафрагмальний або черевний, з 2 років дихання змішане – діафрагмально-грудне, а з 8-10 років у хлопчиків – черевне, у дівчаток – грудне. Ритм дихання у дітей раннього віку нестійкий, паузи між вдихом і видихом нерівномірні. Це пов'язано з незавершеним розвитком дихального центру і підвищеною збудливістю вагусних рецепторів. Збудливість дихального центру регулюється корою головного мозку і ступенем насичення крові вуглекислим газом. Газообмін у легенях немовляти енергійніший, ніж у дітей старшого віку та у дорослих. Правильний розвиток грудної клітки, легень, дихальних м'язів дитини залежить від умов, у яких вона росте. Для зміцнення здоров'я і нормального розвитку органів дихання, запобігання захворюванням

органів дихання необхідно, щоб дитина протягом тривалого часу перебувала взимку і влітку на свіжому повітрі. Особливо корисні рухливі ігри на повітрі, спорт, фізичні вправи.

Контрольні питання:

1. Основні етапи ембріогенезу бронхолегеневої системи.
2. Морфологічні особливості бронхолегеневої системи у дітей раннього віку.
3. Функціональні особливості бронхолегеневої системи у дітей раннього віку.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №37. *Бронхіти у дітей*

Навчальна мета заняття: поглибити й поповнити знання інтернів-педіатрів з питань етіопатогенезу, клініки, діагностики, лікування та профілактики гострих і хронічних бронхітів, бронхіолітів у дітей.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів критеріїв діагностики гострих і хронічних бронхітів, бронхіолітів; вміти правильно вибрати антибактеріальний засіб з урахуванням ймовірного збудника, дозу та шлях введення препарату, тривалість курсу лікування.

Навчальні питання:

1. Етіологія гострих і хронічних бронхітів, бронхіолітів у дітей різного віку.
2. Класифікація бронхітів у дітей.
3. Критерії діагностики бронхітів та бронхіолітів.
4. Диференціальна діагностика бронхітів.
5. Диференціальна діагностика бронхіолітів.
6. Лікування бронхітів та бронхіолітів.

Короткий зміст заняття:

Найчастішим проявом патології дихальних шляхів у дітей є бронхіт. За характером клінічного перебігу захворювання виділяють гострий бронхіт, рецидивний та хронічний бронхіти.

Гострий бронхіт – гостре запальне ураження слизової оболонки бронхів, яке найчастіше є проявом або ускладненням гострого респіраторного захворювання різної етіології – вірусної, бактеріальної, паразитарної тощо. Однак існує також гострий іритативний бронхіт хімічної, алергічної та іншої неінфекційної природи.

За умови розвитку обструктивного синдрому діагностується гострий обструктивний бронхіт. Обструктивний бронхіт характеризується тим, що запалення слизової оболонки бронхів перебігає з явищами обструкції дихальних шляхів за рахунок набряку або гіперплазії слизової, гіперсекреції слизу, розвитку бронхоспазму.

Однією з клінічних форм гострого запалення слизової оболонки бронхів є бронхіоліт. Він характеризується переважним ураженням дрібних бронхів і бронхіол, що і визначає клінічні особливості захворювання, його важкість та прогноз.

Рецидивний бронхіт – така форма бронхіту, коли протягом одного року реєструється 3 і більше епізодів бронхіту. Причиною схильності до розвитку повторних запалень слизової бронхів найчастіше є недостатність мукоциліарного кліренсу внаслідок пошкодження миготливого епітелію, підвищеної в'язкості слизу, зміни діаметру бронхів, підвищення резистентності дихального тракту та ін.

Хронічний бронхіт – хронічне запальне ураження бронхів, що характеризується повторними загостреннями з перебудовою секреторного апарату слизової оболонки і розвитком склеротичних змін у бронхіальній стінці. Проявляється наявністю у хворого продуктивного кашлю, який триває більше трьох місяців у році протягом двох років. У фазі ремісії утримуються ознаки порушення легеневої вентиляції і рентгенологічні зміни – підсилення і деформація легеневого малюнку, порушення структури коренів легень.

Найчастіше причиною розвитку бронхіту є вірусна інфекція, значно рідше бактеріальна.

Клінічними ознаками гострого бронхіту є: кашель, виділення харкотиння, порушення бронхіальної прохідності. Перкуторно – ясний легеневий звук, можливий коробковий відтінок перкуторного звуку. Аускультативно – дихання з продовженим

видихом, хрипи. При рентгенологічному дослідженні – симетричне посилення легеневого малюнку. В аналізі крові істотних змін не виявляється.

Обструктивний бронхіт відрізняється від простого клінічною вираженістю обструкції і проявляється свистячим продовженим видихом, сухими свистячими та різнокаліберними вологими хрипами, участю в акті дихання допоміжної мускулатури. Можливий виснажливий кашель, який закінчується блювотою.

Клінічними ознаками бронхіоліту є блідість і ціаноз шкірних покривів; переляк в очах; нежить; кашель; висока гарячка до 38° протягом 1-2 днів; більш виражена інтоксикація (порівняно з іншими варіантами гострого бронхіту); швидкий розвиток диспневмонічного синдрому; задишка; грудна клітка в експіраторному стані; часто апное (чим менша дитина, тим частіше); при перкусії – над грудною кліткою отримуємо тимпаніт; аускультативно – ослаблене дихання з подовженим видихом, величезна кількість дрібнохурцевих вологих хрипів; з боку серцево-судинної системи - тахікардія, ослаблені тони; збільшення печінки.

Хронічний бронхіт (ХБ) носить вторинний характер і розвивається як ускладнення вроджених вад розвитку легень і серцево-судинної системи, муковісцидозу, імунодефіциту, спадкових захворювань легень, а також специфічних процесів (туберкульозу, мікозів тощо). При ендоскопічному дослідженні найчастіше виявляють катаральний або гнійний ендобронхіт. На підставі спірометричних даних реєструють прогресування вентиляційної недостатності.

Лікування гострого бронхіту включає противірусну і симптоматичну терапію.

При обструктивному бронхіті окрім описаних вище лікувальних засобів проводиться корекція дихальної недостатності та призначаються бронхолітичні препарати. Для ліквідації холінергічного компонента бронхоспазму, пов'язаного з дією ацетилхоліну використовуються холінолітики – іпратропіум бромід (атровент), комбіновані аерозолі, які містять у собі симпатоміметики і холінолітики (беродуал і комбівент).

Лікування бронхіоліту вимагає проведення додаткових заходів (інфузійної терапії та призначення антибіотиків).

Лікування хронічного бронхіту – складне завдання, яке вимагає великої уваги і адекватного фахового спрямування лікаря, витримки батьків. Об'єм терапевтичних заходів визначається етіологією і вираженістю запального процесу в бронхіальному дереві. Диспансерне спостереження та лікування ХБ повинен здійснювати виключно спеціально підготовлений фахівець – дитячий пульмонолог.

Контрольні питання:

1. Структура, епідеміологія бронхітів у дітей.
2. Диференціальна діагностика бронхітів у дітей.
3. Сучасні методи обстеження дихальної системи у дітей при захворюваннях органів дихання.
4. Принципи лікування і профілактики.
5. Диспансеризація дітей з хронічними бронхітами.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №38. *Хронічний бронхіт*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику хронічного бронхіту у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти виділити симптомокомплекс хронічного бронхіту, верифікувати його причину і призначити необхідний обсяг клінічного обстеження.

Навчальні питання:

1. Етіологія хронічного бронхіту залежно від віку дитини.
2. Класифікація хронічного бронхіту.
3. Критерії діагностики хронічного бронхіту.
4. Диференціальна діагностика хронічного бронхіту.
5. Лікування хронічного бронхіту.

Короткий зміст заняття:

Хронічний бронхіт (ХБ) – хронічне запальне ураження бронхів, що характеризується повторними загостреннями з перебудовою секреторного апарату слизової оболонки і

розвитком склеротичних змін у бронхіальній стінці. Виділяють дві фази хронічного бронхіту: загострення і ремісія. Захворювання проявляється наявністю у хворого продуктивного кашлю, який триває більше трьох місяців у році протягом двох років. У фазі ремісії утримуються ознаки порушення легеневої вентиляції і рентгенологічні зміни – підсилення і деформація легеневого малюнку, порушення структури коренів легень. Найчастіше причиною розвитку ХБ є вірусна інфекція, значно рідше бактеріальна (співвідношення 4/1). ХБ у педіатричній практиці діагностується рідко. Найчастіше дана патологія носить вторинний характер і розвивається як ускладнення вроджених вад розвитку легень і серцево-судинної системи, муковісцидозу, імунодефіциту, спадкових захворювань легень, а також специфічних процесів (туберкульоз, мікози тощо). Перкуторні й аускультативні прояви ХБ характеризуються значною варіабельністю і залежать від етіології і тривалості процесу, характеру запалення в слизовій бронхів. При ендоскопічному дослідженні найчастіше виявляють катаральний або гнійний ендобронхіт. На підставі спірометричних даних реєструють прогресування вентиляційної недостатності. Рентгенографічні зміни залежать від етіології і тривалості ХБ. Дифдіагноз проводиться з пневмонією, рецидивним бронхітом і бронхіальною астмою. Лікування хронічного бронхіту – складне завдання, яке вимагає великої уваги і адекватного фахового спрямування лікаря, витримки батьків. Обсяг терапевтичних заходів визначається етіологією і вираженістю запального процесу в бронхіальному дереві. Диспансерне спостереження та лікування ХБ повинен здійснювати виключно спеціально підготовлений фахівець – дитячий пульмонолог.

Контрольні питання:

1. Частота і поширеність хронічних бронхітів у дитячій популяції.
2. Основний симптомокомплекс хронічного бронхіту.
3. Комплекс необхідних методів клінічного і параклінічного обстеження при хронічному бронхіті.
4. Реабілітація і диспансеризація дітей, які хворіють на хронічний бронхіт.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №39. *Пневмонії у дітей*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику пневмоній у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти виділити симптомокомплекс пневмонії, верифікувати її причину і призначити необхідний обсяг клінічного обстеження; правильно вибрати антибактеріальний засіб з урахуванням ймовірного збудника, розрахувати його дозу і шлях уведення, тривалість курсу лікування; призначити необхідний комплекс симптоматичного і фізіотерапевтичного лікування; визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву захворювання.

Навчальні питання:

1. Етіологія пневмоній у дітей старшого віку.
2. Класифікація пневмоній.
3. Критерії діагностики пневмоній.
4. Диференціальна діагностика пневмоній у дітей старшого віку.
5. Лікування пневмоній у дітей старшого віку.

Короткий зміст заняття:

Пневмонія – це гостре інфекційно-запальне захворювання паренхіми легень, яке характеризується інфільтративними змінами легеневої тканини і дихальною недостатністю. Гостра пневмонія – поліетіологічне захворювання. Збудниками позалікарняних пневмоній найчастіше є: пневмокок, гемофільна паличка, стафілокок, мікоплазма, віруси, госпітальних пневмоній – стафілокок, гемофільна паличка, грамнегативні палички кишкової групи (протей, клебсієла, псевдомонас, ентеробактер). Основний шлях проникнення інфекції в легеневу тканину – бронхогенний, хоча можливі гематогенний і лімфогенний.

У 1998 році на II з'їзді фтизіатрів і пульмонологів України прийнята сучасна класифікація пневмоній. За формою – вогнищева (в тому числі вогнищево-зливна); сегментарна (моно- або полі сегментарна); крупозна; інтерстиціальна. За походженням – позалікарняна (“вулична”, амбулаторна); внутрішньолікарняна (нозокоміальна); пневмонія

при перинатальному інфікуванні; аспіраційна; пневмонія у хворих з імунодефіцитом. За характером перебігу – гострий (до 6 тиж), затяжний (зворотній розвиток пневмонічного процесу від 6 тиж до 8 тиж від початку хвороби). Пневмонія може бути ускладненою і неускладненою. Ускладнення пневмонії розподіляють на легеневі і позалегеневі.

Пневмонія новонароджених – це гостре інфекційно-запальне захворювання паренхіми легень, яке характеризується інфільтративними змінами легеневої тканини і дихальною недостатністю. Висока частота пневмоній у дітей раннього віку пояснюється відсутністю імунітету до більшості збудників і анатомо-фізіологічними особливостями органів дихання. Пневмонію новонароджених найбільш часто викликають вірусно-бактеріальні асоціації. Доведена висока чутливість новонароджених до вірусу грипу А₂, В, парагрипу, аденовірусів, респіраторно-синціальної інфекції. Бактеріальна флора представлена пневмококом; гемофільною паличкою; золотистим стафілококом; мікоплазмою; грибами; простішими; ешеріхією. Пневмонії новонароджених завжди є тяжким захворюванням. Це обумовлено особливостями реактивності організму, незрілістю захисних механізмів і особливістю преморбідного фону. До розвитку пневмоній новонароджених спонукають пологова травма, ателектази тощо. Велике значення мають і пренатальні фактори – захворювання матері під час вагітності, патологічні пологи, кровотечі тощо.

Діагноз пневмонії встановлюють на підставі анамнезу, клінічних та рентгенологічних критеріїв. Клінічні критерії гострої пневмонії включають: підвищення температури тіла, кашель (сухий з переходом у вологий з виділенням слизистого або слизисто-гнійного харкотиння), ознаки інтоксикації і дихальної недостатності, посилення голосового тремтіння при пальпації грудної клітки, вкорочення перкуторного звуку над ураженою ділянкою легень; аускультативні зміни – дихання з продовженим видихом або ослаблене, дрібноміхурцеві вологі хрипи, можлива крепітація, підсилення бронхофонії. Рентгенологічними критеріями гострої пневмонії є: інфільтративні тіні у вигляді вогнищ різної величини або інтенсивне затемнення в ділянці одного чи декількох сегментів, частки, декількох часток легень.

У більшості випадків достатнім є проведення рентгенографічного обстеження у прямій проекції, однак у разі локалізації процесу в лівій нижній долі є потреба дослідження в боковій проекції.

Лікування пневмонії повинно бути комплексним і може проводитися в стаціонарних або в домашніх умовах (у випадку неускладненої пневмонії з легким перебігом). Для хворого на пневмонію потрібен правильно організований лікувально-захисний режим і раціональне харчування. Основою етіотропної терапії пневмоній є призначення антибіотиків (див. семінарське заняття №9).

Основою **патогенетичної терапії** пневмонії є призначення протизапальних препаратів (диклофенак, ібуфен, вольтарен тощо), які пригнічують активність медіаторів запалення. Обов'язковим компонентом терапії є застосування муколітичних препаратів (амброксол, ацетилцистеїн, бромгексин тощо). Важливою складовою комплексної терапії пневмоній є фізіотерапія. В гострому періоді показаний 5-7 денний курс УВЧ терапії, після чого лікування продовжують з застосування електрофорезу та ампліпульсофорезу. Реабілітаційне лікування включає курси масажу, лікувальної фізкультури.

Контрольні питання:

1. Поширеність і частота пневмоній у дитячій популяції.
2. Фактори, що сприяють розвитку пневмоній у дітей.
3. Дифдіагностика пневмоній.
4. Реабілітація, диспансеризація дітей, які переохворіли на пневмонію.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №40. *Бронхіоліт у дітей*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику бронхіоліту у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти виділити симптомокомплекс бронхіоліту, верифікувати його причину і призначити необхідний обсяг клінічного обстеження, правильно вибрати антибактеріальний засіб з

урахуванням ймовірного збудника, розрахувати його дозу і шлях уведення, тривалість курсу лікування, призначити необхідний комплекс симптоматичного і фізіотерапевтичного лікування, визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву захворювання.

Навчальні питання:

1. Етіологія бронхіоліту.
2. Основні симптомокомплекси бронхіоліту.
3. Лабораторно-інструментальні критерії діагностики бронхіоліту.
4. Диференціальна діагностика бронхіоліту.
5. Лікування, диспансеризація і профілактика розвитку бронхіоліту.

Короткий зміст заняття:

Бронхіоліт – варіант гострого обструктивного бронхіту, який характеризується переважним ураженням дрібних бронхів.

У 50-90% випадків бронхіоліт виникає у результаті інфікування респіраторно-синтиціальним вірусом; до числа причинно значущих збудників відносять вірус парагрипу, вірус грипу А і В, аденовіруси, ентеровіруси, риновіруси і мікоплазму. Клінічними ознаками бронхіоліту є: блідість і ціаноз шкірних покривів; переляк в очах; нежить; кашель; висока гарячка до 38° протягом 1-2 днів; більш виражена інтоксикація (порівняно з іншими варіантами гострого бронхіту); швидкий розвиток диспневмонічного синдрому; задишка; грудна клітка в експіраторному стані; часто апное (чим менша дитина, тим частіше); при перкусії – над грудною кліткою отримуємо тимпаніт; аускультативно – ослаблене дихання з подовженим видихом, величезна кількість дрібноміхурцевих вологих хрипів; з боку серцево-судинної системи – тахікардія, ослаблені тони; збільшення печінки.

При проведенні рентгенологічного дослідження органів грудної клітки виявляється підвищена прозорість легеневої тканини, низьке стояння діафрагми (найінформативніші ознаки), розсіяні тіні (множинні вогнищеві і субсегментарні ателектази). У крові характерних змін немає, спостерігається підвищення ШОЕ, зсув вліво у лейкоцитарній формулі. У разі несприятливого перебігу бронхіоліту можливий розвиток ускладнень: пневмоторакс, медіастинальна емфізема, бактеріальна пневмонія (від 1 до 10% випадків).

Лікування бронхіоліту вимагає проведення додаткових заходів, а саме: інфузійної терапії (фізіологічний розчин, діуретики, бронхолітики, глюкокортикостероїди); призначення антибіотиків. Дискутується питання про доцільність призначення при цій патології рибавіріну.

Контрольні питання:

1. Поширеність і етіопатогенез бронхіоліту у дітей.
2. Алгоритм діагностики бронхіоліту у дітей.
3. Основні принципи лікування бронхіоліту.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №41. *Хронічний облітеруючий бронхіоліт*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику хронічного облітеруючого бронхіоліту у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти виділити симптомокомплекс хронічного облітеруючого бронхіоліту, верифікувати його причину і призначити необхідний обсяг клінічного обстеження; правильно вибрати антибактеріальний засіб з урахуванням ймовірного збудника, розрахувати його дозу і шлях уведення, тривалість курсу лікування; призначити необхідний комплекс симптоматичного і фізіотерапевтичного лікування; визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву захворювання.

Навчальні питання:

1. Етіологія хронічного облітеруючого бронхіоліту у дітей.
2. Класифікація хронічного облітеруючого бронхіоліту.
3. Критерії діагностики хронічного облітеруючого бронхіоліту.
4. Диференціальна діагностика хронічного облітеруючого бронхіоліту.
5. Лікування хронічного облітеруючого бронхіоліту.

6. Диспансеризація і профілактика розвитку хронічного облітеруючого бронхіоліту у дітей.

Короткий зміст заняття:

Виділяють особливий варіант перебігу бронхіоліту – **хронічний облітеруючий бронхіоліт**, який характеризується ураженням епітелію термінальних бронхіол з наступною організацією ексудату, гранулематозною реакцією, внаслідок чого розвивається склероз і облітерація. Найчастіше причиною розвитку бронхіоліту є вірусна інфекція: РС-вірус, парагрип, грип, аденовіруси, цитомегаловіруси, мікоплазма, кір.

Основними клінічними ознаками хронічного облітеруючого бронхіоліту є: хронічний однобічний бронхіт; постійний кашель зі значним відходженням харкотиння; дихальна недостатність, яка прогресує; спостерігаються фебрильні епізоди з типічними проявами обструктивного синдрому. Рентгенологічно реєструється зменшення і дистрофія ураженої легені при збереженні її повітряності, причому утворюється повітряна пастка (повітряність ураженої легені не змінюється на видосі). При проведенні спірометричних досліджень реєструється зменшення життєвої ємності легень і збільшення залишкового об'єму. Дифдіагноз проводиться з пневмонією, рецидивним бронхітом і бронхіальною астмою. Лікування хронічного облітеруючого бронхіоліту вимагає крім симптоматичного лікування вимагає призначення інфузійної терапії (фізіологічний розчин, діуретики, бронхолітики, глюкокортикостероїди); антибіотиків.

Контрольні питання:

1. Частота і поширеність хронічного облітеруючого бронхіоліту у дитячій популяції.
2. Основний симптомокомплекс хронічного облітеруючого бронхіоліту.
3. Схеми лікування хронічного облітеруючого бронхіоліту.
4. Реабілітація дітей, які хворі на хронічний облітеруючий бронхіоліт.
5. Санаторно-курортне лікування дітей, які хворі на хронічний облітеруючий бронхіоліт.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №42. *Сторонні тіла дихальних шляхів та їх ускладнення*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про клініку, своєчасну діагностику, показаннями до проведення хірургічного лікування і ускладненнями сторонніх тіл дихальних шляхів у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти виділити симптомокомплекс стороннього тіла дихальних шляхів, призначити необхідний і найбільш інформативний обсяг клінічно-інструментального обстеження; правильно вибрати тактику лікування; визначити прогноз, за необхідності – призначити реабілітаційне лікування.

Навчальні питання:

1. Причини дихальної недостатності (ДН) у дітей.
2. Клінічні прояви і методи діагностики ДН.
3. Алгоритм надання невідкладної допомоги при ДН.
4. Гостра обструкція верхніх дихальних шляхів. Причини, клініка, діагностика, невідкладна допомога.
5. Сторонні тіла трахеї і гортані. Діагностика і невідкладна допомога.

Короткий зміст заняття:

У дітей **сторонні тіла дихальних шляхів (СТДШ)** – найбільш часта причина набуті ДН. Зазвичай, СТДШ потрапляють у дихальні шляхи аспіраційним шляхом. Обтурація бронху стороннім тілом призводить до порушення його дренажної функції, застою і інфікуванню секрету, частковому або повному ателектазуванню сегменту або всієї легені з можливим подальшим розвитком фіброателектазу і бронхоектазів. У випадку попадання стороннього тіла у трахею виникає різкий кашель. При аускультатії можуть вислуховуватися хлопаючі шуми – балатування СТДШ до рефлекторно закритих голосових зв'язок. Велике стороннє тіло може повністю перекрити голосову щілину і викликати асфіксію. При попаданні стороннього тіла у бронхи (частіше правий) клінічні симптоми залежать від калібру обтурованого бронху і повноти його перекриття. Ведучим симптомом є кашель, який з часом стає менше приступоподібним, інколи зовсім припиняється. Подальший перебіг

залежить від характеру СТДШ. Органічні сторонні тіла розкладаються з розвитком деструктивно-запального процесу у легенях.

Діагностика базується на даних анамнезу, прекураторних і аускультативних змінах. Рентгенконтрастні СТДШ виявляють на оглядовій рентгенограмі. Крім того, використовують непрямі рентгенологічні ознаки СТДШ – гіповентиляція легені або її долі, вентиляна емфізема, симптом Гольцкнехта-Якобсона. Найбільш точний метод діагностики – бронхоскопія.

У лікуванні методом вибору є діставання СТДШ через бронхоскоп. Виключення складають деякі великі сторонні тіла у трахеї, які видаляють трахеостомічно. У випадку неможливості видалення СТДШ через бронхоскоп, проводять операцію за схемою – торакотомія, бронхотомія.

Контрольні питання:

1. Патогенетичні аспекти розвитку ДН при сторонньому тілі дихальних шляхів.
2. Клінічний симптомокомплекс і невідкладна допомога при попаданні стороннього тіла у верхні дихальні шляхи.
3. Клінічний симптомокомплекс і невідкладна допомога при попаданні стороннього тіла у нижні дихальні шляхи.
4. Реабілітація дітей після проведеної бронхотомії.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №43. *Алергічні захворювання у дітей*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику алергічних захворювань у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти виділити симптомокомплекс респіраторного алергозу, верифікувати його причину і призначити необхідний обсяг клінічного обстеження, призначити необхідний комплекс симптоматичного і фізіотерапевтичного лікування, визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву захворювання.

Навчальні питання:

1. Визначення і суть поняття “респіраторний алергоз”.
2. Алергічна риносинусопатія. Етіопатогенез, клініка.
3. Алергічний риніт. Причини, клінічна картина, діагностика, лікування.
4. Ураження дихальних шляхів при полінозі. Лікування, профілактика.
5. Міжнародний консенсус з питань діагностики і лікування алергічного риніту.

Короткий зміст заняття:

Розрізняють 2 види **алергічного риніту** (АР) – сезонний (поліноз) і цілорічний. Клінічні ознаки сезонного АР спостерігаються у періоді цвітіння рослин як результат пилкової сенсibilізації. Цілорічний АР – результат сенсibilізації організму до побутових алергенів. Типові прояви АР: набряк слизової оболонки носу; ринорея; чхання.

При риноскопичному дослідженні виявляють блідість або ціаноз слизової оболонки носових раковин, іноді з мармуровим малюнком, на ній нерідко спостерігаються білі плями спричинені нерівномірним спазмом судин (плями Воячка), реєструється набряк. АР дуже часто супроводжується проявами синуситу, який виявляють при рентгенологічному дослідженні у вигляді двобічного пристінкового гаймориту. Діагноз АР легко встановлюється на підставі даних анамнезу і типової клініки захворювання. Для виявлення причинно-значимого алергену використовують специфічну алергодіагностику. Існують три способи ефективної терапії АР: елімінація причинно-значущих алергенів; специфічна імунотерапія; фармакотерапія.

У разі легкого варіанту перебігу АР застосовують кромони або антигістамінні препарати; у разі середньо-важкого – кромони плюс антигістамінні препарати; у разі важкого перебігу – кортикостероїди топічної дії.

Екзогенний **алергічний альвеоліт** (АА) – захворювання, яке перебігає з дифузним гранулематозним ураження інтерстиційної тканини легень і спричинюється вдиханням органічного пилу. До складу органічного пилу входять антигени тваринного і рослинного походження, а також антигени грибів і бактерій. В основі патогенезу цього захворювання

лежить третій тип імунopatологічних реакцій – імунотоксичний. Характерною імунотоксичною ознакою даної патології є виявлення в сироватці крові хворого преципітуючих антитіл, найчастіше з класу Ig G. Хронічний екзогенний АА виникає внаслідок тривалого контакту з антигенами органічного пилу у невеликих дозах. Характерні поступовий розвиток задишки, зниження толерантності до фізичного навантаження, продуктивний кашель і похудіння. Лихоманка спостерігається рідко. При аускультативній легень прослуховуються дрібно-міхурцеві вологі хрипи. Інформативною є рентгенографія органів грудної клітки. На ранніх стадіях реєструються множинні дрібні вогнищеві тіні. На пізній стадії захворювання розвиваються пневмосклероз і емфізема легень, внаслідок чого легені на рентгенограмі набувають вигляду бджолиних стільників.

Лікування екзогенного АА включає: елімінацію алергенів; фармакотерапію (бронходилататори, кромони, кортикостероїди). Найефективнішим є комбіноване застосування стероїдів системної і топічної дії.

Контрольні питання:

1. Поширеність і частота респіраторних алергозів залежно від віку дитини і пори року.
2. Основний симптомокомплекс при алергічному риніті.
3. Основний симптомокомплекс при полінозі.
4. Специфічна і неспецифічна профілактика рецидивів респіраторних алергозів.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №44. *Бронхіальна астма: етіологія, патогенез, клініка, діагностика*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику бронхіальної астми у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміння виділити симптомокомплекс бронхіальної астми, верифікувати її причину і призначити необхідний обсяг клінічного обстеження; призначити необхідний комплекс симптоматичного і фізіотерапевтичного лікування; визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву захворювання.

Навчальні питання:

1. Етіологія бронхіальної астми.
2. Патогенез бронхіальної астми.
3. Клініка бронхіальної астми.
4. Особливості перебігу астматичного статусу.
5. Лікування бронхіальної астми та астматичного статусу.
6. Профілактика бронхіальної астми у дітей.
7. Диспансерний нагляд за дітьми з бронхіальною астмою.

Короткий зміст заняття:

Бронхіальна астма (БА) – це самостійне хронічне захворювання, обов'язковим патогенетичним механізмом якого є хронічний запальний процес і пов'язана з ним гіперреактивність бронхів, зумовлені специфічними імунотоксичними чи неспецифічними механізмами, а основною клінічною ознакою є приступ ядухи внаслідок: бронхоспазму, набряку слизової оболонки бронхів, гіперсекреції.

Серед факторів, які зумовлюють виникнення БА виділяють: фактори схильності; причинні фактори (алергени); сприятливі фактори – підвищують ризик виникнення хвороби на фоні впливу причинних факторів. Крім того виділяють фактори ризику (тригери). У розвитку atopічної БА провідна роль належить першому (реагінзалежному) типові алергічних реакцій, який характеризується гіперпродукцією реагінних антитіл (IgE) у відповідь на звичайний контакт з широко розповсюдженими алергенами зовнішнього середовища.

Про БА слід подумати за наявності таких ознак: atopічний анамнез; періодичність виникнення симптомів (ядуха, свистяче дихання, приступоподібний кашель), які найчастіше підсилюються вночі і під ранок; сезонна варіабельність симптомів і виникнення загострень, спровокованих дією алергенів і фізичним навантаженням. Найтипівішим проявом БА є приступ ядухи. Видих супроводжується свистячими хрипами, які чути на відстані.

Намагаючись полегшити дихання, дитина займає вимушене положення. Мова затруднена. В акті дихання бере участь допоміжна мускулатура плечового поясу, спини, черевної стінки, роздуваються крила носа, втягуються на вдиху міжреберні проміжки і надключичні ямки. Спостерігається сухий кашель, під час якого майже не виділяється харкотиння. Дихання сповільнюється. При перкусії – над легеньми визначається коробковий звук. Аускультация легень дозволяє виявити дихання з подовженим видихом, масу сухих свистячих хрипів. Пульс слабкого наповнення, прискорений. При рентгенологічному дослідженні реєструються підвищена прозорість легневих полів, низьке стояння діафрагми. Ребра розміщені горизонтально, міжреберні проміжки широкі. Легневий рисунок підсилений, корені легень розширені.

Для діагностики БА обов'язковим є дослідження функцій органів зовнішнього дихання у дітей, вік яких дозволяє провести це тестування (діти старше 5 років). Вимірювання пікової швидкості видиху (ПШВ) проводиться за допомогою пікфлоуметрів. ПШВ вважається задовільною якщо вона становить $\geq 80\%$ від належних величин. Добові коливання показників пікфлоуметрії вище 20% є діагностичними критеріями БА, оскільки величина відхилень прямопропорційна важкості захворювання. Для діагностики БА також використовується бронхолітичний тест. Він проводиться всім дітям з показниками пікфлоуметрії нижче 80% від належних величин. Якщо через 15 хв після інгаляції приріст ПШВ становить 15% і вище, то він свідчить про наявність у дитини прихованого бронхоспазму, який є діагностичним критерієм бронхіальної астми.

Атопічний анамнез, типова клініка захворювання, показники функцій органів зовнішнього дихання і результати бронхолітичного тесту дозволяють встановити діагноз БА. Наступним етапом є визначення причин цього захворювання у кожної дитини. Це завдання вирішує специфічна алергодіагностика, яка включає такі обстеження: алергологічний анамнез; шкірні тести; провокаційні тести; методи специфічної алергодіагностики *in vitro*. Бувають випадки, коли прояви захворювання нетипові, а причини не завжди відомі. В такій ситуації для встановлення діагнозу потрібні додаткові дослідження: рентгенографія органів грудної клітки і приносових пазух, реакція Манту, бронхоскопія, імунологічне обстеження тощо.

Контрольні питання:

1. “Тригери” розвитку бронхіальної астми у дітей.
2. Імунологічні аспекти бронхіальної астми.
3. Особливості перебігу бронхіальної астми у дітей різного віку.
4. Специфічна і неспецифічна профілактика розвитку бронхіальної астми.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №45. *Сучасні принципи лікування бронхіальної астми, профілактика*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про принципи лікування і профілактики бронхіальної астми у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, даних пікфлоуметрії призначити адекватне лікування приступного періоду бронхіальної астми, призначити необхідний комплекс симптоматичного і фізіотерапевтичного лікування, визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву захворювання.

Навчальні питання:

1. Принципи ступінчастої терапії.
2. Призначення ступінчастої терапії.
3. Проведення контролю за перебігом бронхіальної астми.
4. Програма навчання дітей та батьків у астма-школі.
5. Розбір диспансерних хворих.

Короткий зміст заняття:

Основною метою **лікування бронхіальної астми (БА)** є: зменшення частоти загострень або повне їх усунення, постійний контроль над симптомами захворювання, нормалізація показників функцій зовнішнього дихання; відсутність або зведення до мінімуму побічних ефектів від препаратів, що застосовують для лікування астми, відновлення нормального (відповідно до віку) рівня фізичної активності, забезпечення нормального росту

і розвитку. Є три можливості в лікуванні БА, за допомогою яких власне і досягається контроль над хворобою практично в кожного хворого: елімінація тригерних факторів, специфічна гіпосенсибілізація, фармакотерапія.

Базисна терапія призначається з врахуванням важкості захворювання. Основу базисної терапії складають протизапальні препарати: натрію кромоглікат (інтал), натрію недокроміл (тайлед), кортикостероїди. Для тривалої базисної терапії важкої БА у дітей використовують інгаляційні стероїди (ІГКС), які у разі правильного дозування діють лише місцево і практично не мають загального впливу на організм (бекламетазону дипропіонат (бекотид, альдецин), будезонід (пульмікорт), флунізолід (інгакорт), флутиказон (флексотид), триамцінолону ацетонід.

У випадку розвитку загострення БА проводяться лікувальні заходи, спрямовані на відновлення прохідності бронхів: симпатоміметики (найчастіше β_2 -агоністи); холінолітики; препарати метилксантинового ряду; комбіновані препарати, до складу яких входять бронходилататори різних груп.

Останнім часом у педіатричній практиці почали використовувати комбіновані препарати – інтал плюс (інтал+сальбутамол), і дитек (інтал+беротек): β_2 -агоністи тривалої дії – сальметерол (серевент).

Для ліквідації холінергічного компоненту бронхоспазму, пов'язаного з дією ацетилхоліну використовуються холінолітики (новий синтетичний препарат іпратропіум бромід (атровент)). Важливе місце у терапії бронхіальної астми посідають муколітичні і відхаркувальні засоби – бромгексин (бісольвон) і амброксол (лазолван).

Саме цим вимогам відповідає “ступінчаста” терапія БА, згідно з якою розробляється гнучка програма лікування, що базується на визначенні ступеня важкості захворювання у кожного хворого. “Ступінчастий” підхід до терапії рекомендує розширювати інтенсивність лікувальних заходів (“піднятися на сходинку вгору”) залежно від зростання важкості БА. Якщо протягом трьох місяців астму вдається контролювати, слід зменшувати обсяг терапії (тобто “опускати на сходинку вниз”). Лікування БА у дітей може бути ефективним при використанні всіх можливих методів – безпосередні заняття з хворим в різних варіантах (індивідуальні, групові, астма-школа), друкована продукція, аудіо- і відеокасети, телефон “Астма-допомога”.

Контрольні питання:

1. Основні принципи лікування бронхіальної астми.
2. Базисна терапія бронхіальної астми.
3. Поняття про “ступінчасту” терапію бронхіальної астми.
4. Санаторно-курортне лікування бронхіальної астми.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №46. *Муковісцидоз*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про етіопатогенез, клініку, діагностику, лікування і профілактику муковісцидозу у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти виділити симптомокомплекс муковісцидозу, призначити необхідний обсяг клінічного обстеження; правильно вибрати ферментний препарат із урахуванням важкості проявів муковісцидозу, розрахувати його дозу і шлях уведення, тривалість курсу лікування; призначити необхідний комплекс симптоматичного і фізіотерапевтичного лікування; визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву захворювання.

Навчальні питання:

1. Епідеміологія й етіопатогенез муковісцидозу.
2. Ураження бронхо-легеневої системи і травного тракту при муковісцидозі.
3. Діагностика і диференційна діагностика муковісцидозу.
4. Принципи терапії при муковісцидозі.
5. Дієтотерапія.
6. Диспансерне спостереження за дітьми з муковісцидозом.

Короткий зміст заняття:

Муковісцидоз (МВ) – спадкове уатосомно-рецесивне мультисистемне захворювання, яке розвивається внаслідок продукції екзокринними залозами секрету підвищеної в'язкості з

розвитком вторинних змін, переважно у бронхолегеневій системі, а також у травній і репродуктивній системах. Частота мутацій гену МВ (F508, R553X, G551D) у білій расі складає 1:20. Патогенез ураження різних органів і систем при МВ пов'язаний з виділенням екзокринними залозами секрету підвищеної в'язкості, а також повторними бронхолегеневими інфекціями і колонізацією *Ps.aeruginosa*. Виключаючи випадки смерті новонароджених від меконіального ілеусу, ураження дихальної системи з розвитком легенево-серцевої недостатності є основною причиною смерті при МВ. Найчастіше уражуються верхні дихальні шляхи. Часто розвиваються пансинусити. У деяких хворих у процес може втягуватися евстахієва труба, що приводить до зниження слуху і розвитку хронічного отиту. Пренатальні зміни легень при МВ проявляються акумуляцією слизу в трахеобронхіальних залозах. Постнатально у дітей з перших днів життя виявляються зміни у легенях у вигляді розширення бронхіол і альвеол. В'язкий бронхіальний секрет легко випадає в осад і є добрим середовищем для розвитку колоній мікробів. Запальні процеси призводять до набряку слизової оболонки, обструкції і бронхоспазму і ще більшої продукції секрету. Все це сприяє утворенню ателектазів.

Рання діагностика і вчасно розпочате лікування визначають прогноз перебігу МВ. У типових випадках діагностика муковісцидозу, зазвичай, не викликає особливих труднощів. Основними клінічними критеріями МВ є комбінація хронічного бронхолегеневого процесу, характерних симптомів ураження травного каналу і затримка фізичного розвитку, підвищення електrolітів у потовій рідині. Загальноприйнятим методом діагностики МВ визначення хлориду натрію у потовій рідині (позитивний результат – більше 60ммоль/л). У сумнівних випадках – молекулярна діагностика. Для визначення стеатореї – копрологія, добова стеаторея.

Основним принципом дієти при МВ є збільшення енергетичної цінності їжі на 20-50% понад норму з додатковим підсолюванням і корекцією за мікроелементами. В основі медикаментозної корекції синдромів мальдигестії і мальабсорбції лежить замісна терапія ферментами підшлункової залози. Доза ферментних препаратів встановлюється індивідуально у спеціалізованому лікувальному закладі, перевага надається захищеним ферментам – креон, панцитрат. Початкова доза – 4000-5000 МО активності ліпази/кг /добу; при важкому перебігу – 8000-10000 МО ліпази/кг/добу. Для зменшення в'язкості і ефективного видалення бронхіального секрету застосовують комбінацію фізичних, медикаментозних і інструментальних методів. Із антибіотиків використовують β-лактамі, карбопеніми, аміноглікозиди.

У системі допомоги хворим на МВ важливе місце займають сімейні лікарі або дільничі педіатри. Активне спостереження з оцінкою параметрів фізичного розвитку, корекція дієти і дози ферментних препаратів, профілактика бронхолегеневих загострень і амбулаторне лікування є основними задачами первинної ланки медичної допомоги у системі ведення хворих на МВ.

Контрольні питання:

1. Епідеміологія муковісцидозу.
2. Медико-генетичне консультування при муковісцидозі.
3. Основні клінічні прояви, особливості діагностики муковісцидозу у новонароджених і перспективи неонатального скринінгу.
4. Характеристика основних лікарських препаратів, які застосовуються у лікуванні хворих на муковісцидоз.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №47. *Рентгенологічні та ультразвукові методи в пульмонології*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про рентгенологічні і ультразвукові методи дослідження бронхолегеневої системи у дітей.

Професійно-орієнтована мета: на основі рентгенологічного і ультразвукового обстеження бронхолегеневої системи верифікувати патологію.

Навчальні питання:

1. Методи рентгенологічного і ультразвукового обстеження органів дихання.

2. Анатомо-фізіологічні особливості органів дихання і їх рентгенологічне та ультразвукове відображення у дитячому віці.
3. Рентгенологічні і ультразвукові ознаки бронхітів.
4. Рентгенологічні і ультразвукові ознаки пневмоній.
5. Рентгенологічні і ультразвукові ознаки стороннього тіла трахеї і бронхів.
6. Рентгенологічні і ультразвукові ознаки плевритів.
7. Рентгенологічні ознаки туберкульозу легень і внутрішньогрудних лімфатичних вузлів.
8. Рентгенологічні і ультразвукові ознаки пухлин легень і бронхів.
9. Рентгенологічні і ультразвукові ознаки бронхіальної астми.

Короткий зміст заняття:

Рентгеноскопія в педіатрії застосовується за такими показаннями – для виявлення стороннього тіла у дихальних шляхах, для визначення повітряних і рідинних накопичень в органах грудної клітки, при спеціальних дослідженнях (напр., бронхоскопія). Найбільш поширеним є рентгенографія. У немовлят рекомендована рентгенографія з прямим збільшенням знімки або ультразвукове дослідження легень. У дітей, переважно середнього і старшого віку, застосовують посилені знімки з підвищенням норми рентгенівського проміння на 3-8 кв.

Природжені ателектази рентгенологічно мають вигляд дрібних вогнищ, які зібрані у конгломерати, проявляються судинні і бронхіальні розгалуження. Легеневі геморагії рентгенологічно виявляються різким посиленням строми легень і судинних розгалужень. Множинні вогнища внутрішньодолькових геморагій з нечіткими розмитими контурами займають значний простір і чергуються з участками емфіземи.

Рентгенологічними ознаками синдрому гіалінових мембран є ретикулогранулярна сітка і зниження прозорості (“біла легеня”) легеневого поля у зв’язку з трансудацією в альвеолярну тканину. Рентгенологічні ознаки пневмоній, бронхітів, плевритів, стороннього тіла трахеї і бронхів, бронхіоліту, облітеруючого бронхіоліту, бронхіальної астми розглянуті у відповідних розділах.

Рентгенологічно пневмоторакс виявляється затемненням на стороні ураження (колапс легені), зміщенням середостіння у здорову сторону, потовщенням діафрагми на ураженій стороні.

Хондрома рентгенологічно контурується у вигляді об’ємного утвору з нерівними контурами. Фіброма рентгенологічно розпізнається як довготривале існуючий і незмінний утвір, який може давати прояви бронхообструкції. Для діагностики метастазів у легені слід використовувати всі рентгенопульмонологічні обстеження: томографію, бронхографію, ангіопульмонографію.

Контрольні питання:

1. Показання до призначення рентгенологічного і ультразвукового обстеження бронхолегеневої системи у дітей.
2. Рентгенологічна і ультразвукова діагностика природженої патології бронхолегеневої системи.
3. Показання до проведення контрастної рентгенографії бронхолегеневої системи.
4. Рентгенологічні і ультразвукові ознаки порушення бронхіальної прохідності.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №48. Антибактеріальна терапія в дитячій пульмонології

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасне уявлення про нові методи і схеми проведення антибактеріальної терапії у дитячій пульмонології; ознайомити із основними групами сучасних антибактеріальних препаратів, їх дозуванням і особливостями застосування.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів на підставі даних анамнезу, результатів лабораторно-інструментальних досліджень раціонально вибрати антибактеріальний препарат із урахуванням ймовірного збудника, а також призначити дозу і шлях його уведення, тривалість курсу лікування.

Теми реферативних повідомлень:

1. Класифікація і коротка характеристика антибактеріальних препаратів, які використовуються у дитячій пульмонології.
2. Вибір антибактеріального препарату при лікуванні пневмоній залежно від етіологічного чинника.
3. Дозування, шляхи введення, критерії ефективності антибактеріальної терапії.
4. Особливості проведення антибактеріальної терапії у дітей різного віку.
5. Профілактика ускладнень антибактеріальної терапії.

Короткий зміст заняття:

Основою етіотропної терапії мікробно-запальних захворювань бронхолегеневої системи у дітей є призначення **антибіотиків (АБ)**. Часто лікар не має точної інформації про збудника мікробно-запальних захворювань бронхолегеневої системи. У цьому випадку емпіричний вибір антибіотикотерапії буде базуватися на епідеміологічних і семіотичних даних у популяції хворих і на індивідуальній переносимості препарату. Детальний аналіз анамнезу і адекватна оцінка клінічної картини захворювання дозволяють лікарю з високою вірогідністю визначити етіологію мікробно-запальних захворювань бронхолегеневої системи і призначити ефективне лікування.

Відомо, що збудниками позалікарняних пневмоній найчастіше є: пневмокок, гемофільна паличка, стафілокок. Тому стартова терапія повинна включати такі АБ: пеніциліни (пеніцилін, амоксицилін, захищений амінопеніцилін – амоксицилін/ клавуланова кислота тощо), цефалоспорини першого (цефалексин, цефазолін) або другого покоління (цефуроксим, цефаклор). При амбулаторному лікуванні мікробно-запальних захворювань бронхолегеневої системи призначення внутрішньом'язових АБ є незручним. Доцільно рекомендувати пероральний прийом ампіциліну, за наявності алергії до пеніцилінового ряду оптимальне рішення – еритроміцин (оскільки може бути перехресна гіперчутливість до цефалоспоринів). При виявленні золотистого стафілококу терапією вибору є метицилін (або оксацилін), який призначають парентерально кожні 4-6 год. При тяжкому перебігу захворювання цей препарат комбінують з аміноглікозидами. Лікування мікробнозапальних захворювань бронхолегеневої системи, які викликані ентеробактеріями, вимагає призначення цефалоспоринів третього і вище покоління, які можна поєднувати із аміноглікозидами. Гемофільна паличка виявляє добру чутливість до ампіциліну (амоксициліну). Проте, за останні роки збільшилося число штамів, які продукують бета-лактамазу. Тоді призначають амоксицилін з клавулановою кислотою. Ця комбінація доцільна при лікуванні пневмоній, які викликані моракселлою. Синегнійна паличка чутлива до цефалоспоринів третього покоління, які обов'язково поєднуються з аміноглікозидами, можливе призначення карбоксипеніциліну. При підозрі на атипичний генез пневмонії (мікоплазма, хламідія, легіонелла тощо) показане для старту застосування нових макролідів (спіраміцин, кларитроміцин, азитроміцин та ін.), фторхінолони. Етіологічними чинниками госпітальних пневмоній в основному є: стафілокок, гемофільна паличка, грамнегативні палички кишкової групи. У такому випадку вибір повинен робитися серед наступних препаратів: цефалоспорини другого і третього покоління, аміноглікозиди (гентаміцин, тобраміцин, амікацин та ін.), карбопенеми (меропенем), як виключення фторхінолони (ципрофлоксацин, офлоксацин).

Після ідентифікації збудника мікробно-запального захворювання бронхолегеневої системи проводять корекцію антибактеріальної терапії, призначаючи препарати згідно отриманого спектру чутливості. Важливою проблемою для лікарів є визначення тривалості застосування АБ. Тривалість антибіотикотерапії визначається в першу чергу важкістю захворювання і наявністю ускладнень. У випадку неускладненої пневмонії за умови адекватного вибору антибіотика позитивна динаміка спостерігається швидко і достатнім може бути 5-7 денний курс антибіотикотерапії. У разі розвитку ускладнень лікування АБ повинно бути значно тривалішим. При призначенні АБ слід дотримуватися, так званого, ступеневого принципу терапії, який полягає в тому, що парентеральне введення антибіотиків продовжується протягом 2 днів після отримання ефекту, після чого слід переходити на пероральне введення препаратів аналогічної групи.

Контрольні питання:

1. Сучасна класифікація антибактеріальних препаратів.
2. Особливості дії призначення антибактеріальних препаратів у дитячій пульмонології.

3. Рациональний вибір антибактеріальних препаратів, залежно від етіологічного чинника, преморбідного фону захворювання, важкості стану і віку дитини.
4. Ускладнення антибактеріальної терапії.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №49. *Фізіотерапевтичні методи лікування та санаторно-курортне лікування*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями з фізіопрфілактики бронхолегеневої патології за умов поліклініки і санаторно-курортних груп.

Професійно-орієнтована мета: вміти призначити комплекс первинної профілактики бронхолегеневої патології на етапі поліклініки; вміти скласти на рік план оздоровлення дитини урахуванням віку, типу пульмонологічної патології і преморбідного фону захворювання у групах санаторного дитячого комбінату або дошкільного закладу; провести оцінку ефективності призначеного лікування.

Навчальні питання:

1. Показання і протипоказання до проведення фізіотерапії дітям із бронхолегеневою патологією.
2. Комплекси первинної і вторинної фізіопрфілактики в умовах поліклініки.
3. Фізіотерапевтичні методи лікування часто хворіючих дітей в умовах санаторних груп дитячих дошкільних установ.
4. Показання і протипоказання до призначення санаторно-курортного лікування дітям із бронхолегеневою патологією.
5. Оцінка ефективності проведеного фізіотерапевтичного лікування.
6. Оцінка ефективності проведеного санаторно-курортного лікування.

Короткий зміст заняття:

Фізіопрфілактична терапія (ФПТ) за умов поліклініки поділяється на первинну і вторинну. Первинна ФПТ включає заходи, які скеровані на тренування терморегулюючого апарату й адаптаційних можливостей функціональних систем, підвищення активності імунобіологічних сил організму здорових дітей з метою створення стійкої неспецифічної захисної реакції. ФПТ показана практично всім дітям у т.ч. раннього віку, яких віднесено до групи часто хворіючих дітей. Протипоказаннями є: наявність супутнього ревматизму, гломерулонефриту, пієлонефриту, а також загальні протипоказання для активного фізіобальнеолікування. Приблизний комплекс первинної ФПТ респіраторних захворювань для ЧХД після року може бути наступним: двічі на тиждень – загальне УФО, дихальна гімнастика, електроаерозоль фітозбору; тричі на тиждень – підводний душ-масаж рефлексогенних зон, гідрокінезотерапія у басейні із солоною водою. Дітям старше 2-3 років до цього комплексу можна приєднати коктейлі з киснем, місцеві водні загартовуючі процедури (обтирання-обливання, контрастні ванночки для ніг, згодом – контрастний душ). Курси первинної профілактики необхідно повторювати у перший рік життя щоквартально, на 2-й рік життя – двічі, наступні роки – один раз на рік восени або весною.

Завданнями вторинної ФПТ є попередження рецидивів захворювання і розвиток ускладнень при вже наявному патологічному процесі у легенях, корекція факторів ризику хронізації хвороби. Дітям-рековалесцентам проводиться ФПТ у періоді ранньої рековалесценції, коли ще можливо виявити у дитини залишки симптоматики хвороби. Показаннями для комплексної вторинної профілактики є як період ранньої рековалесценції після гострої бронхолегеневої патології, так і стадія затухання загострення хронічної патології. Протипоказання аналогічні первинній ФПТ. Кратність – 2-3 рази на рік. При неускладненій бронхопневмонії призначають лікувальні ванни, електрофорез із відповідними медикаментами, УВЧ слаботеплового дозування, мікрохвильову терапію. Вогнищева, первинно- і вторинно-сегментарна пневмонії потребують призначення індуктотермії на ділянку грудної клітки. На другий курс ФПТ призначають такі ж процедури, як і при первинній ФПТ.

У терапії хронічних і рецидивуючих бронхолегеневих захворювань, бронхіальної астми, хронічної патології ротоглотки велике значення має санаторно-курортне лікування. Із стаціонару або через деякий час після виписки, рековалесцентів скеровують у місцеві

санаторії. Основне завдання другого етапу є санація хронічної супутньої інфекції, продовження терапії основної патології з використанням переважно природніх факторів, ЛФК, масажу, психореабілітації.

Показаннями до санаторно-курортного лікування є: затяжна пневмонія, бронхіальна астма, хронічний, затяжний або рецидивний бронхіт, специфічні ураження бронхолегеневої системи (туберкульоз).

У стадії стійкої ремісії діти старші 5 років можуть скеровуватися на лікування у кліматобальнеологічні курорти – Південний берег Криму, Феодосія, Одеса, Бердянськ, Жданів, для хворих на бронхіальну астму – крім цього може бути Солотвино.

Контрольні питання:

1. Показання і протипоказання до призначення фізіотерапії.
2. Методи первинної і вторинної фізіопротекції.
3. Показання і протипоказання до призначення санаторно-курортного лікування.
4. Методи оцінки ефективності фізіотерапевтичного лікування.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №50. *Реабілітаційне лікування дітей з бронхолегеневою патологією*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними знаннями про показання і основні схеми проведення реабілітаційного лікування дітей з певною бронхолегеневою патологією.

Професійно-орієнтована мета: на основі анамнезу, даних клініко-лабораторного обстеження, вміти призначити необхідний обсяг реабілітаційного лікування певної бронхолегеневої патології; правильно вибрати схему і тривалість відновної терапії з урахуванням преморбідного фону і тяжкості перебігу захворювання; визначити прогноз, групу диспансеризації і шляхи попередження рецидиву бронхолегеневої патології.

Навчальні питання:

1. Аналіз ефективності диспансеризації.
2. Спостереження за дітьми з груп ризику.
3. Лікувально-оздоровчі заходи в пульмонологічній диспансерній групі.
4. Профілактика пульмонологічної патології в поліклініці.
5. Розбір диспансерних хворих.

Короткий зміст заняття:

Дітям, які знаходяться на диспансерному обліку у зв'язку з ураженням органів дихання, проводиться відновне лікування у кабінеті **реабілітації** поліклініки (або в його філіалах – у дитячих дошкільних установах, школах), а також у місцевому санаторії. На кожну дитину реабілітаційної групи лікар повинен скласти план оздоровлення на рік з урахуванням рекомендацій фахівців. У кінці кожного року спостереження в історії розвитку пишуть епікріз, де проводиться оцінка стану здоров'я дитини, її нервово-психічний розвиток, оцінка ефективності оздоровлення. Дітям до 3-х річного віку, які прехворіли на пневмонію показано диспансерне спостереження протягом 3 міс, старше 3 років – до 2 міс. У курс відновного лікування для цієї групи дітей включають ЛФК, загальний масаж, фізіотерапію. При бронхіальній астмі у міжприступний період двічі на рік у осінньо-весняні місяці рекомендовано курси реабілітаційної терапії. Вони включають ЛФК, масаж грудної клітки, аерозольну терапію, вітаміни, гіпосенсибілізацію (за показаннями). Дітям із груп ризику 1-2 рази протягом року проводять курси відновної терапії – ЛФК, загальний масаж, фітотерапія, тощо.

З обліку по одужанню знімаються діти, які протягом 1-2 років мають такі показники ефективності оздоровлення: зменшення частоти захворюваності до 3 разів на рік і менше; відсутність ускладнень респіраторних захворювань; позитивна динаміка вікових показників фізичного розвитку; стійка нормалізація показників фізичного стану організму (сон, апетит тощо); відсутність субфебрилітету після гострих захворювань.

Контрольні питання:

1. Показання і протипоказання до проведення реабілітаційного лікування дітей з бронхолегеневою патологією.
2. Основні фізіотерапевтичні методи реабілітації дітей із пневмонією.

3. Основні фізіотерапевтичні методи реабілітації дітей із бронхіальною астмою.
4. Основні фізіотерапевтичні методи реабілітації часто хворіючих дітей.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №51. *Морфологія, фізіологія та патофізіологія системи кровообігу*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про морфологію, фізіологію та патофізіологію серцево-судинної системи

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів використовувати отримані знання у своїй практичній діяльності.

Навчальні питання:

1. Кровообіг плода і новонародженого.
2. Анатомія серця і судин у різні вікові періоди.
3. Функції міокарда в нормі.
4. Порушення функцій міокарда під час патологічних процесів.
5. Позасерцеві порушення у разі патології серцево-судинної системи.

Короткий зміст заняття:

Серце і великі судини починають формуватися на 2-му тижні життя ембріона. З кінця 2-го місяця внутрішньоутробного періоду встановлюється плацентарний кровообіг, який припиняється з моменту народження дитини і перетискання судин пуповини. Тоді починає функціонувати мале коло кровообігу. Маса серця новонародженого відносно більша ніж у дорослого, а з віком праві відділи серця відстають у розвитку в порівнянні з лівими відділами серця. Серце більше росте в довжину. У новонароджених спостерігається переважання симпатичної іннервації над вагусною. У зв'язку з відносно більшою масою серця у дітей і більшою площею отворів серця і просвіту судин, а також враховуючи меншу "спрацьованість" серцевого м'яза, функціональна здатність серця у дітей значно вища. Пульс у дітей частіший і з віком сповільнюється, однак АТ нижчий і з віком наростає. При цьому є значна лабільність цих показників. Час кровообігу у дітей удвічі менший, ніж у дорослих. Для ЕКГ дітей є характерною правограма, яка з віком зменшується. У разі метаболічних чи дистрофічних змін порушуються всі функції міокарда: автоматизму, збудливості, провідності і скоротливості.

Контрольні питання:

1. Особливості внутрішньоутробного плацентарного кровообігу.
2. Характеристика окремих відділів серця у різні вікові періоди.
3. Іннервація серцевого м'яза і її вплив на функцію.
4. Особливості коронарних артерій і великих судин у дітей різного віку.
5. Тони серця в нормі і при патології. Характеристика серцевих шумів і їх походження.
6. Вплив екзо- і ендогенних чинників на показники пульсу й артеріального тиску.
7. Основні функції міокарда.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 52. *Первинні та вторинні артеріальні гіпертензії та гіпотензії*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про артеріальні дискінезії.

Професійно орієнтована: ознайомити інтернів-педіатрів з сучасними поглядами на етіологію, патогенез, диференціальну діагностику, принципи лікування та профілактики артеріальної гіпертензії та гіпотензії.

Навчальні питання:

1. Фізіологічні коливання артеріального тиску у здорових дітей.
2. Етіологія і патогенез артеріальної гіпертензії.
3. Класифікація гіпертонічної хвороби.
4. Клініка, діагностика і диференціальна діагностика артеріальної гіпертензії.
5. Лікування артеріальної гіпертензії і її ускладнень.
6. Артеріальні гіпотензії.

7. Невідкладна допомога у разі зомління, колапсу, шоку.

8. Профілактика артеріальних дискінезій.

Короткий зміст заняття:

Артеріальний тиск – найважливіший показник гемодинаміки. Його рівень визначається величиною серцевого викиду, загальним периферичним опором судинного русла і об'ємом циркуляційної крові. На його величину впливають емоції, метеорологічні і географічні фактори. Артеріальна гіпертензія – це перманентне або тимчасове підвищення величини АТ дитини понад нормальні показники для певного віку. Розрізняють первинну і вторинну артеріальні гіпертензії.

Первинна артеріальна гіпертензія (ПАГ, гіпертонічна хвороба, есенціальна гіпертензія) – це хронічне систоло-діастолічне підвищення АТ, в основі якого лежить порушення нервових механізмів, що регулюють судинний тонус, без первинного ураження внутрішніх органів. Частота ПАГ у дітей становить 5 –14%. Найчастіше вона виникає у періоді статевого дозрівання. Основний патогенетичний пусковий механізм ПАГ – це надмірна адренергічна активність нейронів головного мозку, яка може бути генетично детермінованою. Розрізняють 3 стадії ПАГ: транзиторна, лабільна і стабільна. Обговорюються суб'єктивні та об'єктивні симптоми ПАГ, основні принципи лікування, яке повинно бути своєчасним, комплексним і тривалим. Воно неодмінно передбачає організацію режиму праці і відпочинку, дієтичні заходи, охоронний психічний режим, боротьбу з гіподинамією. Обговорюються гіпотензивні препарати кардіотропної, судинної, діуретичної, нейротропної, дії.

Вторинні артеріальні гіпертензії (ВАГ, симптоматичні) можуть виникати у будь-якому віці, але більш характерні для дітей молодшої вікової групи. Розрізняють ВАГ у разі захворювань нирок (паренхіматозні і судинні), серця і судин (коарктація аорти, недостатність клапанів аорти), ендокринної патології (феохромочитома, синдром Конна, синдром Іценко-Кушінга, адреногенітальний синдром, тиротоксикоз) і процесів у головному мозку (епілепсія, травми, пухлини).

Артеріальні гіпотензії (Аг) можуть бути фізіологічними і патологічними. Поширеність артеріальної гіпотензії у дітей – 3,9-20,9%. Розрізняють нейроциркуляторну (первинну) і симптоматичну (вторинну) Аг, а також пароксизмальну і перманентну форми цієї патології. Гіпотонічний криз характеризується різким падінням АГ нижче 80/50-30 мм рт ст. Вторинні Аг найчастіше виникають гостро після передозування гіпотензивних препаратів, під час важкої інфекційної патології, важких захворювань серцево-судинної системи, у разі гіпотирозу, хвороби Аддісона. Лікування Аг базується на застосуванні загальнозміцнювальних заходів, вітамінів (особливо групи В) і стимуляторів, корекції харчування.

Контрольні питання:

1. Вікові особливості АТ у дітей.
2. Критерії артеріальних гіпертензії та гіпотензії.
3. Етіологія і патогенез ПАГ.
4. Діагностика і диференціальна діагностика ПАГ і Аг.
5. Діагностика і диференціальна діагностика ВАГ.
6. Клінічна фармакотерапія ПАГ, ВАГ і Аг.
7. Профілактика артеріальних дискінезій у дітей.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 53. *Вегетативні дисфункції*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів сучасні знання про нейроциркуляторну дистонію (НЦД) у дітей.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів діагностувати і лікувати нейроциркуляторну дистонію і проводити профілактику вегетативних дисфункцій у дітей.

Навчальні питання:

1. Оцінка вегетативного статусу дитини.
2. Етіологія НЦД.
3. Класифікація НЦД.
4. Клініка НЦД.

5. Диференціальний діагноз НЦД.
6. Лікування НЦД.
7. Профілактика НЦД.

Короткий зміст заняття:

Нейроциркуляторна дистонія (НЦД) – стан функціональної нестабільності вегетативної регуляції серцево-судинної системи різної етіології без ознак органічних причин захворювання. Відомі синоніми: нейротичний серцево-судинний невроз; нейроендокринна, або функціональна кардіоміопатія, невроз з нейроциркуляторним синдромом, невроз з кардіалгіями, синдром Да Коста, синдром напруження, невроз серця, вазорегуляторна астения, серцево-судинний гіперкінетичний синдром. Найчастіше формується у підлітковому віці через порушення адаптаційних можливостей організму, що перебуває у стадії перебудови всіх основних органів і систем, в першу чергу ендокринної. НЦД – дуже часта патологія. Її і частота у структурі вегетативних дисфункцій є від 70% у хлопчиків до 80% у дівчаток.

В етіології слід відзначити такі фактори як гіпокінезія, перенапруження зору, зовнішні інтоксикації, вплив хронічних вогнищ інфекції, спадкова обтяженість сімейного анамнезу, патологія вагітності, підвищена або знижена маса тіла, надмірне споживання солі, психологічні та суспільні впливи.

Гіпотензивний варіант НЦД характеризується Ат 80-100/45-60 мм рт. ст., що відповідає 5-25 перцентилі кривої нормального розподілу АТ.

Гіпертензивний варіант НЦД зустрічається у 8-25% школярів, причому у 33-42% випадків реєструється підвищення АТ, а у 17-25% гіпертензія набуває прогресивного характеру (Леонтьєва І.В., 2000).

Кардіалгічний варіант НЦД найбільш поширений. Виділяють 3 ступені. У разі I-го ступеня НЦД болі в ділянці серця короткочасні і тільки після психоемоційного напруження. II-ий ступінь характеризується появою болю декілька разів на тиждень, тривалістю від 15-20 до 30-45 хв. З'являється іррадіація болю в ліве плече, лопатку, шию зліва. У разі III-го ступеня болі тривають більше 60 хв, виникають щоденно, деколи декілька разів на день, охоплюють усю прекардіальну ділянку, іррадіюють вліво і в ділянку епігастрія, а деколи і вправо. У всіх дітей з III ступенем НЦД є психоневротичні розлади.

Лікування НЦД здійснюється в залежності від форми, передбачає індивідуальний підхід, достатню тривалість, комплексність. Основна увага звертається на немедикаментозне лікування, дієтотерапію, фізіотерапевтичні процедури та лікувальну фізкультуру. Медикаментозне лікування застосовується симптоматично за строгими показаннями.

В основі профілактики є правила здорового способу життя (харчування, фізична активність, режим праці та відпочинку, обмеження інтоксикацій і санація хронічних вогнищ інфекції).

Контрольні питання:

1. Роль соматичної патології в етіології НЦД.
2. Суб'єктивні симптоми НЦД.
3. Об'єктивні симптоми НЦД.
4. НЦД як предиктор розвитку гіпертонічної хвороби.
5. Методи визначення вихідного вегетативного статусу.
6. Вегетативна реактивність і вегетативне забезпечення функціональної діяльності.
7. Лікування "соматичного синдрому" у разі НЦД.
8. Профілактика НЦД.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 54. *Природжені вади серця та великих судин*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про найчастіші природжені вади серця і великих судин.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів на підставі клінічних та інструментальних даних діагностувати природжені вади серця і великих судин.

Навчальні питання:

1. Поширення, етіологія, класифікація природжених вад серця і великих судин.

2. Дефекти міжпередсердної та міжшлуночкової перегородок (ДМПП і ДМШП).
3. Відкрита артеріальна протока (ВАП).
4. Ізольований стеноз легеневого стовбура (ІСЛС).
5. Тетрада Фалло (ТФ).
6. Стеноз аорти (СА).
7. Коарктація аорти (КА).
8. Повна транспозиція аорти і легеневого стовбура.

Короткий зміст заняття:

Природжені вади серця (ПВС) – це захворювання серця і великих судин, зумовлені аномаліями їх ембріонального розвитку. Частота їх щодо всіх хвороб дітей становить 0,2-0,5%, а для дітей першого року життя – до 5-10%. Найчастіше зустрічаються ДМШП (40%), ДМПП (11%), ВАП (10%). Вирішальне значення мають впливи патологічних чинників на ембріон у період від 3-го до 8-го тижня вагітності. В основу класифікації покладено анатомічні, клінічні та гемодинамічні ознаки вади. Найчастіше у педіатричній практиці вади ділять на "білі" та "сині" за ознакою наявності ціанозу. Для уточнення діагностики використовують інструментальні методи дослідження, а особливе прогностичне значення мають наявність і ступінь гіпертензії в малому колі кровообігу. Гемодинаміка за наявності вади серця у великій мірі залежить від величини і місця, де розміщується дефект, а це, в свою чергу має клінічні еквіваленти, що допомагають в диференціації захворювання. Обговорюється роль сучасних методів діагностики природжених вад, патогномонічні симптоми деяких вад, терміни хірургічного лікування в залежності від патології.

Контрольні питання:

1. Вади серця і показники смертності дітей різного віку.
2. Захворювання вагітної жінки і вади серця.
3. Оцінка класифікацій природжених вад серця і великих судин.
4. Клінічна діагностика природжених вад серця.
5. Інструментальна діагностика природжених вад серця.
6. Ускладнення і прогноз природжених вад серця.
7. Основні принципи консервативного лікування природжених вад серця.
8. Оптимальні терміни хірургічної корекції природжених вад серця.
9. Диспансерне спостереження за дітьми з природженими вадами в до- і післяопераційний періоди.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №55. *Порушення серцевого ритму і провідності*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про порушення серцевого ритму та провідності.

Професійно-орієнтована мета: навчити інтернів-педіатрів на підставі клінічних та інструментальних даних діагностувати порушення серцевого ритму та провідності.

Навчальні питання:

1. Причини виникнення аритмій і їх класифікація.
2. Порушення утворення імпульсу.
3. Порушення й аномалії проведення імпульсу.
4. ЕКГ-ознаки різних видів аритмій.
5. ЕКГ-ознаки блокади серця.
6. Клінічні ознаки порушень збудливості та провідності залежно від виду та локалізації.

Короткий зміст заняття:

Серцевий ритм при порушеннях відрізняється від нормального синусового за частотою, регулярністю, джерелом виникнення збудження, а також порушеннями зв'язку або послідовності між активацією передсердь і шлуночків. Аритмії виникають у будь-якому віці і пов'язані з різними причинами. Класифікації базуються на клініко-електрокардіографічній характеристиці аритмії, патогенезі, тощо. Порушення серцевого ритму ділять на 3 групи: тахі-, брадикардія, аритмії, (екстрасистолія, атріо-вентрикулярна дисоціація і парасистолія). Основну увагу звертають на синусову аритмію, синдром слабкості синусового вузла, екстрасистолії залежно від місця їх виникнення. Розглядають пароксизмальну

суправентрикулярну тахікардію (ПСТ),- синусову і передсердну, атріовентрикулярну форми, критерії їх діагностики і лікування. У лікуванні виділяють 2 етапи: зняття приступу і лікування в післяприступному періоді. Подається класифікація 4-х класів антиаритмічних препаратів, їх механізми дії.

Виділяють 3 ступені блокад залежно від порушення проведення імпульсу, а також розрізняють їх залежно від місця блоку, стійкості, часу виникнення. Блокади серця можуть бути повні і неповні, природжені і набуті, органічні і функціональні, синоаврикулярні, внутрішньопередсердні, атріовентрикулярні, внутрішньошлуночкові; минуці, переміжні і хронічні. Виділяються повна атріовентрикулярна блокада і синдром Морганьї-Адамса-Стокса. Обговорюються синдром WPW, синдром вкороченого інтервалу P-Q, продовженого інтервалу Q-T.

Контрольні питання:

1. Причини аритмій у дітей різного віку.
2. Класифікація аритмій.
3. Синусова аритмія, дихальна і нереспіраторна.
4. Синдром слабкості синусового вузла.
5. Характеристика екстрасистоли залежно від місця її виникнення.
6. Варіанти суправентрикулярної форми пароксизмальної тахікардії.
7. Етапне лікування ПСТ.
8. Характеристика антиаритмічних препаратів.
9. Диференціальна ЕКГ-діагностика блокад.
10. Синдром WPW.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 56. *Захворювання серця неревматичної природи.*

Інфекційний ендокарди, перикардити

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про етіопатогенез, клініку, діагностику і принципи лікування неревматичних уражень міо-, ендо-, і перикарда у дітей.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів на підставі клінічних, лабораторних і інструментальних обстежень діагностувати неревматичні кардити, інфекційний ендокардит і перикардити у дітей.

Навчальні питання:

1. Класифікація захворювань міокарда у дітей.
2. Етіологія інфекційних міокардитів.
3. Морфологія міокардиту.
4. Класифікація міокардитів.
5. Клініка різних форм кардитів залежно від часу виникнення.
6. Критерії діагностики кардитів.
7. Диференціальний діагноз і лікування міокардиту.
8. Кардіоміопатії. Етіологія, патогенез, клініка, лікування і прогноз.
9. Інфекційний ендокардит. Етіологія, патогенез, клініка, лікування.
10. Перикардити. Етіологія, патологічна анатомія, класифікація, клініка, лікування.

Короткий зміст заняття:

Серед захворювань міокарда виділяють **міокардити, міокардіодистрофії, кардіоміопатії**. Розглядаються етіологічні чинники інфекційних міокардитів, залежність патогенезу від збудника, макро- і мікроскопічні ушкодження міокарда. Подається класифікація кардиту (Н.А.Белоконь, 1984) з урахуванням етіології, періоду виникнення хвороби, форми і перебігу, а також ускладнень і закінчення хвороби. Обговорюються природжені міокардити, які поділяються на ранні і пізні, акцентується увага на клінічні симптоми і лабораторно-інструментальні обстеження. Подається характеристика набутих міокардитів, етіологія, патогенез, клініка, особливості перебігу та лікування.

Інфекційний ендокардит – загальне інфекційне захворювання з переважною локалізацією патологічного процесу на клапанному апараті і пристінковому ендокарді, а також на інтимі магістральних судин. Обговорюються етіологія, патогенез, клініка, діагностика, принципи лікування інфекційного ендокардиту у дітей. Перикардити займають 1% у структурі серцево-судинних захворювань у дітей, трудно діагностуються у ранньому

віці. Розглядаються питання етіології, клінічні ознаки різних форм перикардиту, критерії діагностики, лікувальна тактика.

Контрольні питання:

1. Патогенез вірусних міокардитів.
2. Етіологічний чинник і патоморфологія міокардиту.
3. Особливості бактеріальних міокардитів.
4. Великі і малі діагностичні критерії інфекційних міокардитів.
5. Особливості бактерійних міокардитів.
6. Антибактеріальна терапія інфекційних міокардитів.
7. Варіанти кардіоміопатій.
8. Діагностика інфекційних ендокардитів.
9. Етіотропне лікування інфекційних ендокардиту.
10. Етіологія і особливості перебігу перикардиту.
11. Лікувальна тактика у разі перикардиту.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №57. *Набуті вади серця*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з патофізіологією гемодинамічних розладів при набутих вадах серця, навчити їх виявляти клінічний симптомокомплекс набутих вад серця, проводити їх диференціальну діагностику. Ознайомити лікарів з сучасною лікувальною тактикою та принципами диспансерного спостереження за дітьми з набутими вадами серця.

Професійно-орієнтована мета: вміння виявити клінічний симптомокомплекс набутих вад серця у дітей, розшифрувати ЕКГ, ЕхоКГ, провести диференціальну діагностику набутих вад серця у дітей, виявити симптоми серцевої недостатності, скласти оптимальний план спостереження і лікування дітей з набутими вадами серця.

Навчальні питання:

1. Класифікація ступенів компенсації недостатності мітрального клапану (НОК).
2. Класифікація мітрального стенозу (МС).
3. Комбінована мітральна вада. Діагностичні ознаки переважання НОК або МС.
4. Клінічні ознаки недостатності аортального клапану (НАК) залежно від ступеня компенсації вади.
5. Клінічні симптоми, стадії перебігу стенозу гирла аорти (СГА).
6. Вади трикуспідального клапана, критерії діагностики.

Короткий зміст заняття:

Набуті вади серця здебільшого є наслідком перенесеного ревматизму. Найчастіше зустрічається НОК, яка проходить ряд стадій. Розглядаються гемодинаміка, критерії діагностики, перебіг, лікування і прогноз НМК. Стеноз лівого атріовентрикулярного отвору (МС) у дітей рідко буває ізольованим, у своєму розвитку має 5 стадій, які визначаються за клінічними симптомами, ЕКГ, ФКГ, ЕхоКГ змінами. МС часто приєднується до НОК. Існують 3 поєднання мітральної вади в залежності від переважання недостатності чи стенозу. НАК у дітей займає 2 місце за частотою після НОК. Розрізняють 3 ступені порушення геодинаміки у разі НАК, які мають відповідні клінічні ЕКГ, ФКГ, ЕхоКГ ознаки. СГА зустрічається у дітей рідко, перебіг має 5 стадій розвитку, у разі ревматизму, як правило, поєднується з НАК або вадами мітрального клапана. Вади тристулкового клапана внаслідок ревматизму практично ізольовано не зустрічаються, а можуть розвиватися на фоні вже сформованих вад мітрального і аортального клапанів. Частіше до вади тристулкового клапана веде септичний ендокардит внаслідок інфікування підключичного катетера. Обговорюються основні принципи лікування у тому числі і показання для хірургічної корекції набутих вад серця залежно від виду патології, питання профілактики розвитку вади при ревматизмі.

Контрольні питання:

1. Вади серця і їх рентгенодіагностика.
2. Гемодинаміка при НОК різного ступеня важкості.

3. Оцінка класифікацій природжених вад серця і великих судин.
4. Клінічна і рентгенологічна діагностика легеневої гіпертензії.
5. Інструментальна діагностика набутих вад серця.
6. Гемодинаміка при НАК різного ступеня.
7. Стадійність перебігу СГА.
8. Показання до хірургічної корекції набутих вад серця.
9. Диспансерне спостереження за дітьми з набутими вадами в до- і післяопераційному періоді.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №58. *Недостатність кровообігу (гостра серцево-судинна недостатність, хронічна серцева недостатність)*

Навчальна мета заняття: ознайомити інтернів-педіатрів з функціональними, морфологічними особливостями серцево-судинної системи у дітей, клінікою та діагностикою серцево-судинної недостатності у дітей.

Професійно-орієнтована мета: акцентувати увагу на необхідність ранньої діагностики серцево-судинної недостатності, аналізувати симптоми та давати оцінку функціонального стану серцево-судинної системи за даними анамнезу, клініко-лабораторного та інструментального обстеження.

Навчальні питання:

1. Морфологічні та функціональні особливості серцево-судинної системи у дітей.
2. Анамнез та клініко-інструментальні методи дослідження в оцінці функціонального стану серцево-судинної системи у дітей.
3. Клінічні прояви гострої серцево-судинної недостатності у дітей.
4. Критерії діагностики ступенів важкості серцево-судинної недостатності у дітей.
5. Особливості спостереження та лікування дітей з гострою серцево-судинною недостатністю.

Короткий зміст заняття:

Серцевою недостатністю називають неспроможність серця забезпечувати кровообіг, що відповідає метаболічним потребам організму. Згідно з сучасним уявленням, це – мультифакторне захворювання, при якому первинне порушення функції серця викликає ряд геодинамічних, нервових та гормональних адаптаційних реакцій, спрямованих на підтримку кровообігу відповідно до потреб організму.

Клінічні варіанти СН: лівошлуночкова (серцева астма, набряк легень), правошлуночкова, аритмогенна та тотальна.

Також поділяють СН на **систолічну** (виникає внаслідок ураження серця або перевантаження серця), **діастолічну** (викликана порушенням процесів релаксації міокарду в діастолу) та комбіновану.

Основними причинами розвитку гострої лівошлуночкової СН є хвороби міокарду. Клінічно спостерігається блідість шкіри, тахікардія, ниткоподібний пульс, задишка, розширення меж серця, послаблення тонів серця, характерні зміни на ЕКГ (знижений або високий вольтаж, лівограма, нерідко негативний зубець Т в лівих грудних відведеннях). Одним із найважчих проявів є серцева астма, набряк легень.

Гостра правошлуночкова СН виявляється при обмеженні кровоплину в малому колі кровообігу (ураження легень, бронхіальна астма, тромбоемболія легеневої артерії, СДР у новонароджених, при вроджених вадах серця із зменшеним легеним кровоплином). Клінічно виявляється задишка, слабкість, ціаноз, холодний піт, ослаблення тонів серця, слабкий пульс.

Принципи терапії гострої СН у дітей: підвищене положення грудного відділу дитини, у важких випадках обмеження уведення рідини до 1/3-2/3 вікової норми. Фармакотерапія СН передбачає використання: 1) бетаадреноміметиків (допамін, добутамін від 2-20 мкг/кг/хв); 2) серцеві глікозиди (дігосин, з дозою насичення від 20 до 60 мкг/кг залежно від віку); 3) діуретики (фурасемід в дозі 1-2 мг/кг).

Контрольні питання:

1. Причини серцево-судинної недостатності у дітей.
2. Особливості клінічної картини варіантів серцево-судинної недостатності у дітей.

3. Використання функціональних методів діагностики серцево-судинної недостатності у дітей.
4. Тактика терапії варіантів серцево-судинної недостатності у дітей.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ №59. *Профілактика, диспансеризація, реабілітація*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про сучасні методи профілактики, диспансеризації, реабілітації у разі захворювань серцево-судинної системи.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів проводити профілактичні заходи для запобігання природженим і набутих захворюванням серцево-судинної системи, проводити диспансерне спостереження за дітьми з серцево-судинною патологією і проводити різні реабілітаційні (санаторно-курортні) заходи у цих дітей.

Навчальні питання:

1. Принципи профілактики найчастіших захворювань серця.
2. Профілактика гострої ревматичної гарячки (ГРГ), ангіни, інфекційної патології.
3. Диспансерне спостереження за хворими з ГРГ.
4. Диспансерне спостереження за хворими з кардіологічною патологією.
5. Диспансерне спостереження за хворими після хірургічних операцій на серці і судинах.
6. Реабілітація серцево-судинної патології.

Короткий зміст заняття:

Принципи **профілактики** захворювань серцево-судинної системи різняться в залежності від характеру патології (природжена чи набута). Природжені вади підлягають антенатальним профілактичним заходам. Набута патологія серцево-судинної системи залежить від важкості ревматичного процесу й інших захворювань, що супроводжуються ураженням серця і судин. Тому профілактичні заходи повинні бути скеровані на профілактику ГРГ полегшенню її перебігу та своєчасність діагностики латентних форм ревматичного процесу, лікування та профілактику ангіни у дітей. Важливе значення відводиться своєчасній і повноцінній профілактиці інфекційних захворювань (дифтерія, скарлатина).

Найважливішою профілактикою захворювань серцево-судинної системи є здоровий спосіб життя. Він передбачає створення оптимальних умов для життя і розвитку дитини, виключення з оточення шкідливих чинників, які можуть негативно впливати на різні органи і системи, у тому числі і серцево-судинну. Важливу роль відіграє раціональне (збалансоване) харчування, що запобігає порушенням вуглеводного і жирового обміну, ожирінню. Підкреслюється негативний вплив куріння і вживання алкоголю на серце і судини, роль емоційних стресів і нервово-психічних перевантажень, що переважно зустрічається в підлітковому віці. Відзначається позитивний вплив занять фізкультурою у формуванні здорового способу життя і профілактики захворювань серцево-судинної системи.

Обговорюються принципи **диспансеризації** захворювань серця і судин, захворювань, що можуть спричинитися до патології серцево-судинної системи, та диспансерне спостереження за дітьми з вадами серця, в тому числі і після проведення хірургічного лікування. Розглядаються принципи реабілітації дітей з захворюваннями серцево-судинної системи, акцентується значення санаторно-курортного лікування у місцевих та спеціалізованих санаторіях.

Контрольні питання:

1. Антенатальна профілактика захворювань серцево-судинної системи.
2. Профілактика ГРГ й інших набутих захворювань, що приводять до патології серцево-судинної системи.
3. Сучасні погляди на здоровий спосіб життя.
4. Вплив факторів довкілля на стан серцево-судинної системи у дітей.
5. Роль куріння і вживання алкоголю у виникненні патології серцево-судинної системи.
6. Фізична культура і спорт як засоби запобігання серцево-судинним захворюванням.
7. Характер харчування і серцево-судинна патологія.
8. Реабілітація дітей із захворюваннями серцево-судинної системи.

9. Санаторно курортне лікування захворювань серцево-судинної системи

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 60. *Гостра ревматична гарячка*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про етіологію, патогенез, клініку, діагностику і принципи лікування гострої ревматичної гарячки (ГРГ) у дітей.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів на підставі клінічних, лабораторних і інструментальних обстежень розпізнавати ранні ознаки ГРГ, проводити повноцінне лікування, вторинну і первинну профілактику ревматичних уражень у дітей.

Навчальні питання:

1. Сучасні погляди на етіопатогенез ГРГ.
2. Класифікація ГРГ.
3. Критерії діагностики ГРГ.
4. Клінічні форми ГРГ: кардит, поліартрит мала хорей.
5. Етапне лікування ГРГ.
6. Профілактика ГРГ.

Короткий зміст заняття:

Етіологічним чинником ГРГ є β -гемолітичний стрептокок групи А. Протеїн М з оболонки цього мікроба визначає його вірулентність, специфічність ревматогенність мікроба. Відіграють роль і L-форми стрептокока, які не викликають вираженої антистрептокової імунної відповіді. ГРГ є інфекційно-алергічним захворюванням, яке розвивається тільки у генетично схильному до нього організмі. Стрептокок виявляє на організм не лише токсичну дію, але й визначає імунопатологічні й аутоімунні порушення.

Морфологічні зміни у сполучній тканині проходять 4 фази, з яких перша (мукоїдне набухання) є зворотною. Використовують клінічну класифікацію ГРГ, запропоновану у 2002 році. Обговорюють окремі положення класифікації, клінічні симптоми кардиту, поліартриту, малої хорей. Критерії діагностики Киселя-Несторова доповнюються критеріями діагностики першої атаки ГРГ (1992). Акцентується увага на етапності лікування з характеристикою кожного етапу, первинній і вторинній профілактиці.

Контрольні питання:

1. Спадкова схильність до ГРГ, “сімейний анамнез”.
2. Критерії гострого, підгострого, затяжного, рецидивного і латентного перебігу хвороби.
3. Абдомінальний синдромом у разі ГРГ.
4. Диференціальний діагноз малої хорей.
5. Характеристика зворотного ГРГ.
6. Антибіотики в терапії ГРГ.
7. Показання до призначення кортикостероїдів, схема лікування.
8. Порівняльна характеристика нестероїдних протизапальних засобів.

ТЕМА ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ № 61. *Дифузні захворювання сполучної тканини. ЮРА*

Навчальна мета заняття: сформувати у інтернів-педіатрів знання про ЮРА, дифузні захворювання сполучної тканини (ДЗСТ) у дітей.

Професійно орієнтована: навчити інтернів-педіатрів своєчасно розпізнавати ЮРА, ДЗСТ, системні васкуліти у дітей.

Навчальні питання:

1. Етіологія, патогенез, класифікація ЮРА.
2. Системний червоний вовчак (СЧВ). Клініка, діагностика.
3. Системна склеродермія (ССД) Клініка, діагностика.
4. Дерматоміозит (поліміозит). Клініка, діагностика.
5. Системні васкуліти. Нозологічні форми. Основні клінічні синдроми.
6. Принципи лікування системних васкулітів у дітей.

Короткий зміст заняття:

ЮРА – хронічне запальне захворювання суглобів з неясною етіологією і складним, переважно автоімунним патогенезом. Належить до мультифакторіальних, полігенно успадкованих захворювань. Суглобовий синдром – основний прояв хвороби. В залежності від статі і віку має різний перебіг та прогноз. Розрізняють поліартритичну серонегативну, поліартритичну серопозитивну форми, олігоартрикулярний варіант у дівчаток раннього віку і у хлопчиків старшого віку. Okремо обговорюється системна форма захворювання (синдром Стілла) і алергосептичний варіант (субсепсис Віслера-Фанконі). На відміну від суглобових форм, системні форми ЮРА характеризуються ураженнями внутрішніх органів (печінка, селезінка, нирки, серце). Критерії діагностики базуються на ознаках, описаних А.В.Долгополовою (1979). Розглядаються принципи диференційованої терапії в залежності від форми хвороби.

Із групи ДЗСТ у дітей найчастіше спостерігаються системний червоний вовчак (СЧВ), системна склеродермія (ССД) і дерматоміозит. Розглядаються критерії діагностики СЧВ, а серед найбільш значущих – нефрит, який приводить до ниркової недостатності й ураження всіх структур серця. Обговорюються критерії діагностики ССД і серед них – ураження серця і шкіри та патогномонічні зміни стравоходу. Акцентується увага на клінічних проявах дерматоміозиту і, в першу чергу, ураженні м'язової тканини, включаючи міокард, та на формах захворювання залежно від етіології та патогенезу.

До групи системних васкулітів належать захворювання з імунним запаленням і подальшими деструктивними змінами стінки судин і навколишніх тканин, вторинними ураженнями органів та систем організму. В патогенезі провідну роль відіграє імунотоксичний процес. У дітей найчастіше зустрічається геморагічний васкуліт. Розглядаються клінічні прояви вузликowego поліартериту, хвороби Кавасакі, питання диференціальної діагностики системних васкулітів. Акцентується увага на етапності лікування, первинній і вторинній профілактиці.

Контрольні питання:

1. Застосування глюкокортикоїдів у дітей з ЮРА.
2. ЮРА і амілоїдоз нирок.
3. Диференціальна діагностика уражень серця у разі ДЗСТ.
4. Особливості ураження судин і серця залежно від характеру ДЗСТ.
5. Лікування активної фази ДЗСТ.
6. Показання до призначення кортикостероїдів, схема лікування.
7. Порівняльна характеристика імунодепресантів.
8. Лікувальна тактика у разі геморагічного васкуліту.

6. Практичні навички та вміння лікарів-інтернів-педіатрів

6.1. Загальні навички та вміння:

- зібрати повний анамнез життя та хвороби дитини
- провести клінічне обстеження дитини
- виявити можливі причини виникнення захворювання
- обґрунтувати необхідний комплекс клініко-лабораторного обстеження
- визначити обсяг спеціальних методів обстеження (лабораторних, фізикальних, інструментальних та ін.), оцінити отримані дані
- провести аналіз перебігу захворювань у дітей на основі результатів клінічного та параклінічного обстеження
- визначити наявність показань до госпіталізації хворих, організувати її проведення
- провести диференційну діагностику захворювання
- обґрунтувати схему, план та тактику ведення хворого з різною патологією
- призначити необхідне лікування з урахуванням віку дитини і особливостей перебігу хвороби
- оцінити ефективність фармакотерапії
- визначити прогноз хвороби
- визначити ступінь втрати здоров'я, вирішити питання профорієнтації хворого
- оформити необхідну документацію, передбачену законодавством про охорону здоров'я
- проаналізувати підсумки своєї роботи
- пропагувати сучасні досягнення педіатрії

6.2. Спеціальні навички та вміння:

Лікар-педіатр повинен вміти:

- оцінити фізичний, нервово-психічний та статевий розвиток дитини
- визначити групу здоров'я, до якої належить дитина
- провести загальний огляд, перкусію, пальпацію, аускультацию органів та систем дитини та виділити патологічні відхилення
- своєчасно виявити ті синдроми, що потребують невідкладної терапії і вміти надати її
- призначити лабораторно-інструментальні та інші методи обстеження для уточнення діагнозу
- дати клінічну оцінку результатів лабораторних, рентгенологічних, ендоскопічного та УЗД-досліджень
- визначити стан важкості дитини та показання до госпіталізації та організувати її
- вміти визначити групу крові за системою АВО та провести гемотрансфузію
- вести необхідну документацію лікаря-педіатра
- організувати стаціонар вдома
- провести експертний аналіз історії хвороби та історії розвитку дитини
- надати невідкладну допомогу при стенозуючому ларингіті
- надати невідкладну допомогу при отруєннях
- надати невідкладну допомогу при носовій кровотечі
- надати невідкладну допомогу при легеневих кровотечах та травмах великих судин

- надати невідкладну допомогу при приступі бронхіальної астми
- надати невідкладну допомогу при комах
- надати невідкладну допомогу при печінковій та ниркових коліках
- надати невідкладну допомогу і організувати транспортування дітей при різних травмах
- провести реанімацію при порушенні вітальних функцій у дітей
- уміти провести протиепідемічні заходи у випадку виникнення осередку інфекції у дитячому колективі

Крім цього, лікар-інтерн повинен вміти:

- скласти план обстеження хворого
- провести диференціальну діагностику захворювань у дітей
- провести спинномозкову пункцію і провести оцінку аналізу ліквору
- оцінити стан хворого і визначити показання для госпіталізації
- оцінити стан новонародженого та призначити адекватне вигодовування
- призначити адекватну інфузійну терапію
- провести венепункцію
- провести інтубацію трахеї
- організувати профілактичні щеплення
- скласти план та провести диспансерне спостереження за хворим

6.3. Форми контролю засвоєння матеріалу:

6.3.1. Усне опитування після кожної теми (контрольні питання та напрямки дискусії подаються в кожній методичній розробці теми).

6.3.2. Письмове (комп'ютерне) опитування за програмами базового та заключного контролю.

6.3.3. Екзамен (співбесіда).

6.3.4. Клінічний розбір хворих – перевірка практичних навичок.

6.3.5. Аналіз історій хвороб, результатів лабораторного та інструментального дослідження.

6.3.6. Розв'язування ситуаційних задач, тестовий контроль вхідного і вихідного рівня з кожної теми.

6.4. Висновки.

6.4.1. Сформовані основи базових медико-біологічних наук в обсязі, необхідному для вирішення питань діагностики, лікування і профілактики захворювань у дітей.

6.4.2. Сформовані основи знань з усіх розділів педіатрії.

6.4.3. Систематизовані знання етіології, патогенезу і клініки захворювань у дітей.

6.4.4. Вивчені основні методи лабораторної, інструментальної діагностики та принципи їх оцінки.

6.4.5. Сформовані знання про засоби та методи терапії, профілактики та реабілітації захворювань у дітей.

6.4.6. Вивчені методи визначення тимчасової та стійкої втрати здоров'я і працездатності, організації лікарської допомоги, організації диспансеризації дітей з різноманітною патологією.

6.4.7. Сформовані знання про патогенез, клініку та діагностику ВІЛ-інфекції та СНІДу та принципи роботи з ВІЛ-інфікованими хворими.

6.4.8. Підготовані лікарі-педіатри до здачі іспиту на сертифікат спеціаліста.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ ПЕДІАТРІЯ

1. Бережний В.В., Марушко Т.В., Марушко Ю.В. Клінічна ревматологія дитячого віку. - Черкаси: Видавець Чабаненко Ю, 2009. – 192 с.
2. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных / А.Б.Пальчик, Н.П.Шабалов.-2-е изд., испр. и доп.-М.: МЕДпресс-информ.- 2009.-256 с.
3. Зильбер Э.К. Неотложная пульмонология. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2009. – 258 с.
4. Майданник В.Г., Корнейчук В.В. и др. Заболевания кишечника у детей. – Киев, 2009. – 487 с.
5. Майданник В.Г., Корнейчук В.В. и др. Заболевания гепатобилиарной системы и поджелудочной железы у детей. – Киев, 2009. – 407 с.
6. Неврология недоношенных детей /А.Д.Пальчик, Л.А.Федорова, А.Е.Понятишин.-М.: МЕДпресс-информ.- 2010.-352 с.
7. Педіатрія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів/ За ред. проф. О.В.Тяжкої /вид.3.-Вінниця: Нова книга.- 2009.-1136с.
8. Хаким А, Клуни Г., Хак И. Справочник по ревматологии /перевод с англ. Проф. О.М. Лесняк. - М.: Издательская группа «ГЭОТАР – Медиа», 2010. – 555 с.
9. Сахарный диабет: от ребенка до взрослого / А.С. Сенаторова, Ю.И. Караченцев, Н.А. Кравчун и др. – Харьков: Изд-во ХНМУ, 2009. – 260 с.
10. Сенаторова А.С., Рига Е.А., Макеева Н.И., Водяницкая С.В., Муратов Г.Р. Особенности оральной регидратации и инфузионной терапии у новорожденных и детей раннего возраста. Харьков, ХНМУ, 2009 год.
11. Сенаторова А.С. Сложный пациент в педиатрии Харьков: Новое слово,2012.-384 с.
12. Чайченко Т.В. Метаболический синдром у детей .Методические рекомендации для врачей.Харьков: Мединформ патент,2013.-29 с.
13. Очерки клинической эндокринологии; под ред. Ю.И. Караченцева, А.В. Казакова, А.С. Сенаторовой и др. – Х.:2011. – 608 с.
14. Вторичные кардиомиопатии у детей / А.С. Сенаторова, А.Д. Бойченко, Н.Р. Бужинская; под ред. А.С. Сенаторовой. – Х.: Новое слово, 2011. – 344 с.
15. Сенаторова Г.С., Завгородній І.В., Рига О.О., Сенаторова А.В. Збереження здоров'я недоношеної дитини. Клініко-гігієнічний моніторинг. Х.: Раритети України, 2012. – 101 с.
16. Хвороби системи крові у дітей. Сенаторова Г.С., Ніколаєва О.В., Макеева Н.І. Гриф МОН України, 2012 - 57 с.
17. Хвороби ендокринної системи у дітей. Сенаторова Г.С., Чайченко Т.В., Тельнова Л.Г., Гриф МОН України, 2012 - 61 с.
18. Педіатрія. За ред. проф. Тяжкої О.В. – Вінниця: Нова Книга, 2006.- 1096 с.
19. Сміян І.С. Лекції з педіатрії.-Тернопіль: Підручники посібники,2006.-768 с.
20. Детское питание / Под ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Коня. – М., МИА, 2009. – 952 с.
21. Белоусов Ю.В. Актуальные вопросы педиатрической гастроэнтерологии (сборник статей 2007-2011гг.). / Ю.В.Белоусов. – К.: 2012. – 591с.
22. Белоусов Ю.В. Заболевания печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей у детей (расширенные протокольные характеристики): учеб. пособ. / Ю.В.Белоусов. – Харьков: Факт, 2012. – 126с.
23. Белоусова О.Ю. Синдром мальабсорбції у дітей: навч. посіб. / О.Ю.Белоусова. – Х.: Факт, 2012. – 300с.
24. Захворювання органів травлення у дітей (стандарти діагностики та лікування): навч.посіб. / Ю.В. Белоусов, О.Ю. Белоусова, Л.Г.Волошина, Н.В. Павленко, І.Г.Солодовниченко, О.М.Бабаджанян, О.В.Шутова, О.Б.Ганзій – [3-те вид., переробл. і доповн.]. – Х.: Факт, 2010. – 143с.

25. Компендиум 2012 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: МОРИОН, 2012. – 2224
26. Тестові питання за фахом «Дитяча гастроентерологія» Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. та ін. Київ. Видавець ЕксОб. – 2010. – 184с.
27. Харчування дітей раннього віку: теорія і практика/С.Няньковський, Д.Добрянський, Ю.Марушко, О.Івахненко, О.Шадрин. /Навчальний посібник . – Львів: Ліга –Прес, 2009.-288 с.
28. Шабалов Н.П. Детские болезни. - 5-е изд., перераб. и доп. - С-Пб, 2004.
29. Питание детей грудного и раннего возраста: информационный бюллетень №342. – Женева: ВОЗ, 2010. – 65 с.
30. Назаренко О.Н. Дисбактериоз кишечника у детей: факторы риска, особенности течения, современные подходы к диетической коррекции и применению пробиотиков / О.Н. Назаренко. – Минск, 2011. – 32 с.
31. Нефрологія. Посібник / За ред. Л.А. Пирога. - К., 2008. - 112с.
32. Настанова з кардіології / За ред. В.М. Коваленка. — К.: МОРИОН, 2009. — 1368 с.
33. Казимирко В.К., Коваленко В.Н. Ревматологія. Учебное пособие - Донецк, 2009. - 626с.
34. Вибрані питання кардіології для сімейних лікарів: Навчальний посібник /За ред. Є.Х.Заремби. - К., 2010. – 342 с.
35. Накази МОЗ України:
 - Наказ МОЗ України № 434 від 29.11.2002 "Про удосконалення амбулаторно-поліклінічної допомоги дітям в Україні".
 - Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча урологія»// Наказ МОЗ України №624 від 29.12.2003
 - Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дітей // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
 - Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків // Наказ МОЗ України №580 від 12.12.2003.
 - Протоколи діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей // Наказ МОЗ України № 354 від 09.07.2004
 - Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча імунологія» // Наказ МОЗ України № 355 від 09.07.2004
 - Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча нефрологія» // Наказ МОЗ України №436 від 31.08.2004.
 - Протоколи надання медичної допомоги при невідкладних станах у дітей на шпитальному і до шпитальному етапах // Наказ МОЗ України № 437 від 31.08.2004 р
 - Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Педіатрія» // Наказ МОЗ України № 9 від 10.01.2005
 - Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча пульмонологія» // Наказ МОЗ України № 18 від 13.01.2005
 - Протокол медичного догляду за здоровою новонародженою дитиною // Наказ МОЗ України № 152 від 04.04.2005
 - Протоколи лікування дітей за спеціальністю «Дитяча кардіоревматологія» // Наказ МОЗ України №362 від 19.07.2005.
 - Наказ МОЗ України № 432/496 від 30.08.2005 р. «Про удосконалення організації медичного обслуговування дітей у дошкільному навчальному закладі»
 - Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія» // Наказ МОЗ України № 364 від 20.07.2005
 - Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча алергологія» //Наказ МОЗ України №767 від 27.12.2005.

- Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обсягу медичних імунобіологічних препаратів//Наказ МОЗ України №48 від 03.02.2006.
- Наказ № 69 МОЗ України від 15.02.2006 «Про внесення змін і доповнень до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 18.05.98 № 123 "Про затвердження Типового положення про будинки дитини»
- Клінічний протокол з лікування опортуністичних інфекцій та ВІЛ-асоційованих захворювань у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД дітей. // Наказ МОЗ України №254 від 27.04.2006р
- Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча ендокринологія» // Наказ МОЗ України №254 від 27.04.2006р.
- Протоколи надання неонатологічної допомоги дітям з жовтяницями новонароджених//Наказ МОЗ України №255 від 27.04.2006.
- Наказ МОЗ України №540 від 04.08.2006 «Про затвердження принципів грудного вигодовування, критеріїв та порядку оцінки закладу охорони здоров'я на відповідність статусу "Лікарня, доброзичлива до дитини»
- Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з малою масою тіла при народженні // Наказ МОЗ України №584 від 29.08.2006.
- Наказ № 597 МОЗ України від 06.09.2006 «Про затвердження методичних рекомендацій "Діагностика позалегенового туберкульозу у ВІЛ-інфікованих та хворих на СНІД»
- Клінічний протокол антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків // Наказ № 658 МОЗ України від 04.10.2006
- Протокол медичного догляду за новонародженою дитиною з перинатальною інфекцією // Наказ МОЗ України № 906 від 27.12.2006
- Наказ № 234 від 07.05.2007. «Про організацію профілактики внутрішньолікарняних інфекцій в акушерських стаціонарах».
- Клінічний протокол з первинної реанімації та післяреанімаційної допомоги новонародженим // Наказ № 312 МОЗ України від 08.06.2007.
- Клінічний протокол «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини» // Наказ № 716 від 14.11.2007
- Наказ МОЗ України №803 від 10.12.2007 "Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.04 №354".
- Клінічний протокол медичного догляду за здоровою дитиною віком до 3 років // Наказ МОЗ України №149 від 20.03.2008
- Наказ МОЗ України № 242 від 12.05.2008 «Про затвердження стандартів санаторно-курортного лікування дітей з соматичною патологією»
- Наказ МОЗ України від 28.05.2008 №276 «Про затвердження клінічного Протоколу надання медичної допомоги хворим на поєднані захворювання - туберкульоз та ВІЛ-інфекцію»
- Наказ МОЗ України №479 від 20.08.2008 «Про затвердження Переліку захворювань, за наявності яких особа не може бути усиновлювачем»
- Протокол надання медичної допомоги новонародженій дитині з дихальними розладами // Наказ МОЗ України № 484 від 21.08.2008
- Протокол лікування дітей з інфекціями сечової системи і туболоінтерстиціальним нефритом // Наказ МОЗ України № 627 від 03.11.2008
- Протоколи лікування дітей з ендокринними захворюваннями // Наказ МОЗ України № 55 від 03.02.2009
- Клінічний протокол з діагностики та лікування краснухи у дітей // Наказ МОЗ України № 382 від 02.06.2009

- Клінічні протоколи санаторно-курортного лікування дітей в санаторно-курортних закладах України // Наказ МОЗ України № 364 від 28.05.2009
- Протокол лікування менінгококемії у дітей // Наказ МОЗ України № 737 від 12.10.2009 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 09.07.04 № 354»
- Наказ МОЗ України № 382 від 02.06.2009 р «Про затвердження Тимчасових стандартів надання медичної допомоги підліткам та молоді»
- Наказ МОЗ України та міністерства освіти і науки України від 20.07.2009 N 518/674 «Про забезпечення медико-педагогічного контролю за фізичним вихованням учнів у загальноосвітніх навчальних закладах»
- Наказ МОЗ України № 657 від 02.09.2009 «Про затвердження форм первинної облікової документації і форм звітності з туберкульозу та інструкцій щодо їх заповнення»
- Клінічний протокол діагностики та лікування у дітей пандемічного грипу, спричиненого вірусом (А Н1/Н1 Каліфорнія) // Наказ МОЗ України № 814 від 07.11.2009
- Наказ МОЗ України № 108 від 15.02.2010 р Про затвердження клінічних протоколів ("Програмно-цільове обслуговування дітей з розладами зі спектру аутизму" та "Програмно-цільове обслуговування дітей з гіперкінетичним розладом")
- Наказ МОЗ України № 289 від 01.04.2010 «Про внесення змін до наказу МОЗ України від 04.04.2005 №152»
- Протоколи діагностики та лікування захворювань органів травлення у дітей // Наказ МОЗ України № 438 від 26.05.2010
- Наказ МОЗ №617 від 23.07.2010 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 20.07.2005 № 364 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «Дитяча гематологія»
- Наказ МОЗ України №617 від 27.08.2010 «Про диспансеризацію населення»
- Наказ МОЗ України №682 від 16.08.2010 «Про удосконалення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів»
- Наказ МОЗ України №296 від 19.05.2011 «Про внесення змін до наказу МОЗ України №48 від 03.02.2006»
- Наказ МОЗ України № 59 від 29.01.2013 «Про затвердження уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги дітям із захворюваннями органів травлення»

ПИТАННЯ ДО ЕКЗАМЕНАЦІЙНИХ БІЛЕТІВ:

1. Основні принципи грудного вигодовування
2. Особливості адаптації новонародженого до умов позаутробного життя. Пограничні стани
3. Гіпоксично-ісхемічне ураження ЦНС, клініка, діагностика, лікування
4. Диференціальна діагностика неонатальних гіпербілірубінемій
5. Диференціальна діагностика анемії у новонароджених та їх лікування
6. Внутрішньоутробні інфекції, клініка, діагностика, принципи терапії
7. Неонатальний сепсис, клінічні синдроми, діагностика та принципи терапії
8. Клініка, діагностика та лікування менінгіту у новонароджених.
9. Рання діагностика неонатальних ендокринопатій
10. Синдром зригувань та блювоти у новонароджених
11. Диференціальна діагностика геморагічного синдрому у новонароджених, невідкладна терапія
12. Спадкові захворювання, що виявляються в неонатальному періоді.
13. Профілактика природжених вад розвитку та їх вияви в неонатальному періоді.
14. Гострі бронхіти у дітей
15. Особливості клініки та діагностики пневмоній у дітей різних вікових категорій
16. Сторонні тіла в дихальних шляхах, діагностика, тактика лікаря
17. Плеврити у дітей
18. Респіраторні алергози.
19. Особливості клінічного перебігу бронхіальної астми у дітей, діагностика, терапія
20. Диференціальна діагностика бронхообструктивного синдрому
21. Особливості туберкульозу у дітей на сучасному етапі.
22. Анатомо-фізіологічні особливості травної системи у дітей різного віку.
23. Методи дослідження органів травної системи.
24. Хвороби стравоходу: ГЕРХ, ахалазія, опіки стравоходу.
25. Захворювання органів гастродуоденальної зони: функціональні захворювання шлунка і ДПК
26. Виразкова хвороба ДПК і шлунка.
27. Холепатії.
28. Жовчно-кам'яна хвороба.
29. Вроджені аномалії і вади розвитку органів травної системи.
30. Гепатити, діагностика та лікування
31. Синдром мальабсорбції.
32. Спадкові порушення обміну речовин з реалізацією в патологію органів травної системи.
33. Гельмінтози.
34. Диференціальна діагностика закрепів.
35. Муковісцидоз: діагностика, лікування, профілактика.
36. Хронічні розлади харчування
37. Імунодіатези, діагностика, лікування
38. Клініка, діагностика, профілактика та лікування рахіту у дітей.
39. Судомний синдром
40. Гіпертермічний синдром, причини, терапія
41. Природжені вади серця, клініко-діагностичні критерії, тактика
42. Серцева недостатність, критерії, лікування
43. Міокардити у дітей, клініка, діагностика, терапія
44. Ревматизм, клініка, лікування
45. Особливості клінічних проявів ревматоїдного артрити у дітей, лікування
46. Захворювання сполучної тканини, особливості клініки, принципи терапії
47. Вегето-судинні дистонії, клініка, діагностика.
48. Гіпертонія у дітей, особливості підходів до лікування
49. Анемії у дітей, класифікація, діагностика, особливості клініки та терапії
50. Гемобластози у дітей, принципи діагностики
51. Коагулопатії природженого генезу, діагностика, терапія

52. ДВЗ- синдром, причини, діагностика, терапія
53. ВІЛ-інфекція, особливості проявів у дітей.
54. Цукровий діабет у дітей.
55. Гіпотироз у дітей, діагностика, терапія
56. Захворювання щитовидної залози (ендемичний зоб, гіпертиреоз)
57. Захворювання наднирників.
58. Порушення статевої диференціації
59. Календар щеплень, принципи протиепідемічної роботи педіатра.
60. Комплексна оцінка стану здоров'я дітей за групами здоров'я.