

Азиатский медицинский институт им С.Тентишева

Кафедра Акушерства, Гинекологии и Педиатрии



«УТВЕРЖДАЮ»
Заведующий кафедрой
« 5 » сентября 2022 г.

Учебно-методический комплекс

по дисциплине «Педиатрия»

для студентов специальности «Лечебное дело»
медицинского колледжа

г.Кант-2022 г.

Азиатский медицинский институт им С.Тентишева
Медицинский колледж факультет «лечебное дело»
Кафедра акушерства, гинекологии и педиатрии

«СОГЛАСОВАНО»

Председатель УМС АзМИ

«__» _____ 20__ г.

«УТВЕРЖДАЮ»

Заведующий кафедрой

«__» _____ 20__ г.

Рабочая программа

по дисциплине «Педиатрия»

**для студентов специальности «Лечебное дело»
медицинского колледжа**

Форма обучения - очная

Курс 4

Семестр 7

Зачет (семестр) _____

Экзамен (семестр) 7

Всего часов по учебному плану _

Количество кредитов

Из них:

- Лекции 18
- Практические 36
- Самостоятельная работа 36

УМК составлен в соответствии с требованиями Государственного образовательного стандарта по специальности «лечебное дело»

УМК переработан: преподавателем кафедры Усупова А.Б. Рассмотрена и утверждена на заседании кафедры Акушерства, гинекологии и педиатрии, Протокол № ____ от « _____ » _____ 2022г. _____

(подпись зав. каф.)

Содержание

| | | |
|--|---|----|
| 1. Титульный лист | | 2 |
| 2. Миссия азиатского медицинского института им С.Тентишева | 4 | |
| 3. Цели и задачи дисциплины | | 5 |
| 4. Формы организации обучения и виды контроля | | 8 |
| 5. Тематический план теоритических занятий | | 9 |
| 6. Тематический план лекционных занятий | | 9 |
| 7. Тематический план самостоятельной работы | | 9 |
| 8. Содержание учебной дисциплины | | 11 |
| 9. Методические рекомендации | | 24 |
| 10. Глоссарий | | 24 |

Миссия Азиатского медицинского колледжа им.Стентишева

«Миссия Азиатского медицинского института – осуществление образовательных программ, соответствующих международным стандартам через качественную подготовку конкурентоспособных специалистов, путем интеграции наилучшей мировой практики образования, науки и клиники, основанных на принципах доказательной медицины.

Основные цели АзМИ:

- обеспечение высокой конкурентоспособности вуза на внутреннем и внешнем рынке предоставления качественных образовательных услуг;
- реализация программы чистоты и экспорта образования;
- внедрение самых современных технологий, улучшение информационного обеспечения учебного процесса;
- развитие последипломных форм медицинского образования и расширение контактов с другими медицинскими вузами;
- укрепление материально-технической базы, расширение и совершенствование клинической базы АзМИ, собственного медицинского центра;
- привитие каждому сотруднику и преподавателю осознанного отношения к выполнению своих служебных обязанностей, так как только при условии качественного выполнения ими своих служебных обязанностей, непрерывном повышении педагогической и профессиональной квалификации возможно дальнейшее развитие вуза;
- создание благоприятного морально-психологического климата в коллективе, способствующего достижению высоких результатов;

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

по дисциплине «Педиатрия» для специальности «лечебное дело» медицинский колледж

Фельдшер в практической работе нередко встречается с необходимостью решать вопросы диагностики и определять свою терапевтическую и диагностическую тактику при лечении детей с различными заболеваниями. Квалифицированное, ориентированное на профилактику заболеваемости наблюдение за ребенком может быть осуществлено только врачом, хорошо знакомым с особенностями детского организма, спецификой основной патологии в детском возрасте. Кроме того, лечение любого ребенка с неотложными заболеваниями предполагает знание основных анатомо-физиологических особенностей органов и систем в различные возрастные периоды.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ, ЕЕ МЕСТО В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ.

Цель преподавания дисциплины – научить студентов медицинского колледжа осуществлять контроль за гармоничным развитием ребенка в различные возрастные периоды, ознакомить с вопросами рационального вскармливания детей раннего возраста, научить диагностировать, лечить и предупреждать наиболее часто встречающиеся заболевания детского возраста, учитывая анатомо – физиологические особенности детского возраста.

1.2. Задачи преподавания дисциплины: - раскрытие связей между Внутриутробном развития плода с общей патологией детского возраста, освоение студентами особенностей терапевтической тактики фельдшера при различных заболеваниях у детей раннего и старшего возраста, определение роли при диспансеризации больных с неотложными состояниями; - научить оказанию неотложной помощи при острых ситуациях.

По окончании изучения дисциплины **студент должен знать**:

1. основные анатомо-физиологические особенности детского организма;
2. особенности течения основных заболеваний в детском возрасте;
3. аспекты взаимосвязи внутриутробной патологии всех органов и систем
4. вопросы лечения и профилактики детских болезней.

1.3 студент должен уметь:

| | |
|-----|--|
| 1. | Проводить внешний осмотр больного |
| 2. | Проводить физический метод диагностики (пальпация. Перкуссия, аускультация) |
| 3. | Проводить лабораторный метод диагностики (ОАК, ОАМ, Биохимический анализ крови, суточный мониторинг мочи, кал на яйца глист) |
| 4. | Проводить основной инструментальный метод диагностики (УЗИ, рентгенография, флюорография, электрокардиограмма, Эхокг, КТ, МРТ) |
| 5. | Интерпретировать полученные данные диагностики (физической, лабораторной, инструментальной) |
| 6. | Оказать первую помощь при неотложных состояниях при заболеваниях респираторной системы |
| 7. | Дифференцировать заболевания органов дыхательной системы. |
| 8. | Распознать заболевание респираторной системы |
| 9. | Проводить лечение при выявление заболевание респираторной системы. |
| 10. | Интерпретировать и проводить электрокардиограмму |
| 11. | Выявить и диагностировать врожденные и приобретенные пороки сердца |
| 12. | Выявлять аритмию и лечить |
| 13. | Выявлять ревматическую лихорадку. Проводить диф. Диагностику, лечение, профилактику. |
| 14. | Аускультативно различать сухие и влажные хрипы. |
| 15. | Выявлять первичные и вторичные поражения кожи |
| 16. | Проводить диагностику заболевания кожи |
| 17. | Проводить лечение и профилактику заболевания кожи |
| 18. | Знать и интерпретировать симптомы и синдромы характерны для каждого заболевания |
| 19. | Распознать стигмы новорожденных |
| 20. | Выявить патологию состояния новорожденных |
| 21. | Выявить анатомио – физиологические нормы и патологию органов пищеварения |
| 22. | Проводить перкуссии, пальпацию, аускультацию органов пищеварению |
| 23. | Характерные симптомы и синдромы для данного заболевания |
| 24. | Технику проведения осмотра брюшной полости |
| 25. | Рассчитывать массу, рост, окружность головы, окружность грудной клетки, индекс Эрисмана, индекс Чулицкой |
| 26. | проводить осмотр костно – суставной системы |
| 27. | Оказывать неотложную помощь при травмах |
| 28. | Оказывать неотложную помощь при кровотечениях |
| 29. | Оказывать неотложную помощь при наджелудочной тахикардией |
| 30. | Оказать первую помощь при бронхиальной астме в период разгара |
| 31. | Проводить вентиляцию легких (назальная оксигенация, орофарингеальная оксигенация, масочная оксигенация, мешок Амбу) |
| 32. | Оказать первую помощь при судорожном синдроме |
| 33. | Рассчитать дозировку препаратов |
| 34. | Рассчитывать калории кожу согласно возраста ребенка |
| 35. | Проводить оценку вскармливания ребенка |
| 36. | Распознать признаки недоношенности |

| | |
|-----|--|
| 37. | Распознать симптомы характерны для рахита и рахитоподобных заболеваний |
| 38. | Рассчитать дефицит витаминов |
| 39. | Распознать дефицит витаминов |
| 40. | Рассказать об уходе за новорожденным |
| 41. | Проводить патронаж новорожденного |
| 42. | Распознавать менингеальные симптомы |
| 43. | Проводить осмотр больного с признаками менингита |
| 44. | Проводить осмотр детей с признаками энцефалита |
| 45. | Оказание неотложной помощи при отравлениях различными факторами |
| 46. | Дифференцировать пилоростеноз и пилороспазм |
| 47. | Дифференцировать первичные повреждения кожи с инфекционными заболеваниями (корь, краснуха, ветряная оспа) |
| 48. | Дифференцировать геморрагические заболевания (тромбоцитопеническая пурпура, геморрагический васкулит, гемофилия) |
| 49. | Распознать инфекционное заболевание |
| 50. | Провести лечение и профилактику инфекционное заболевание |
| 51. | Заполнение истории болезни. Справки 083/у |
| 52. | Проводить СЛР |
| 53. | Оказать первичную квалифицированную помощь |
| 54. | Проводить транспортировку больного |
| 55. | Знать правила безопасности работы с больными вирусными гепатитами |
| 56. | Выявлять пограничное состояние детей |
| 57. | Рассчитать дозу смеси при искусственном вскармливании |
| 58. | Рассчитать прикорм согласно возрастным особенностям ребенка |
| 59. | Проводить вакцинацию согласно календарному плану |
| 60. | Проводить профилактическую работу по инфекционным заболеваниям |

1.3. Перечень дисциплин с указанием разделов (тем), усвоение которых студентами необходимо для изучения данной дисциплины:

1. История философских учений: этика и деонтология в медицине, мировоззрение и медицина, законы диалектического материализма в медицине с учетом особенностей развивающегося детского организма.
2. Анатомия: анатомическое строение органов и систем.
3. Нормальная физиология: физиологические особенности органов и систем в детском возрасте.
4. Биология: генетика, глистные инвазии.
5. Гигиена: группы здоровья в детском возрасте, рациональное питание и режим дня в различные периоды детства, показатели физического развития детей, организация внешней среды для детей различного возраста, включая санитарно-гигиенические условия в детских коллективах, физическое воспитание и закаливание детей.
6. Биохимия: клиническая биохимия.

7. Общая химия: минеральный состав организма, потребность в химических элементах, применение химических веществ в качестве лечебных средств, токсичность некоторых химических элементов.
8. Физика: основы физических законов, получающих отображение в медицине.
9. Патологическая физиология: вопросы патогенеза заболеваний.
10. Фармакология: разделы дисциплины с учетом патологии детского возраста.
11. Социальная гигиена и организация здравоохранения: понятия заболеваемости, летальность, смертность, статистические показатели в здравоохранении, программа ВОЗ по улучшению здоровья матери и ребенка.
12. Терапия: анамнез и методика обследования больного, семиотика, этиопатогенез и клиника основных заболеваний.
13. Акушерство и гинекология: вопросы перинатологии, неонатологии (физиология и патология).
14. Хирургия: асептика и антисептика, гемотрансфузиология, хирургические заболевания.
15. Инфекционные болезни: клиника и диагностика наиболее часто встречающихся в детском возрасте инфекций.
16. ЛОР-болезни: клиника и диагностика наиболее часто встречающейся патологии.
17. Глазные болезни: клиника и диагностика наиболее часто встречающейся патологии.
18. Туберкулез: вопросы диагностики туберкулеза.
19. Реанимация и анестезиология: оказание неотложной и реанимационной помощи при основных ургентных состояниях.
20. Рентгенология и радиология: вопросы рентгенологии и радиологии.

1.4. Формы организации обучения и виды контроля:

Программа обучения дисциплине «Педиатрия» для студентов медицинского колледжа включает в себя теоретическую (лекционный курс), практическую подготовку (практические занятия), а также самостоятельную работу студентов с учебной и научной литературой. Обучение проводится в течение одного семестра и включает в себя лекции (1 семестр), 36 часов аудиторной практической подготовки (1 семестр) и 36 часов внеаудиторной самостоятельной работы (всего 72 часов).

На лекциях освещаются узловые вопросы темы и обобщаются новейшие научные знания, разбираются наиболее трудные для освоения разделы предмета с внесением соответствующих корректив в связи с новыми фактами и открытиями. Продолжительность лекции – 2 академических часа.

На практических занятиях студенты приобретают основные практические умения. Занятия проводятся на клинических базах кафедры – в отделениях детских больниц. Продолжительность практических занятий 2 академических часа.

Текущий контроль знаний студентов на занятиях осуществляется с помощью программированного и тестового контролей. Каждое занятие начинается с оценки исходного уровня знаний студентов по тестовой системе. Разбор клинических тем проводится на основе конкретных больных с изучаемой патологией с привлечением данных параклинического обследования из историй болезни.

По окончании лекционного и практического курса проводится итоговый контроль знаний в форме экзамена (1 семестр), на котором проводится оценка выработанных студентами во время цикла занятий практических навыков и умений, тестовый контроль теоретических знаний и защита учебной истории болезни.

2. Содержание дисциплины.

2.1.объем дисциплины и виды учебной работы.

| Медицинский колледж (Факультет) | Семестр | Количество часов | Практические занятия | Лекционные занятия | Самостоятельная работа | Итог |
|---------------------------------|---------|------------------|----------------------|--------------------|------------------------|---------|
| Лечебное дело (Фельдшер) | 7 | 72 | 36 | 18 | 36 | Экзамен |
| Всего | 7 | 72 | 36 | 18 | 36 | экзамен |
| | | | | | | |

2.2 Тематический план содержания практических занятий.

| № | Название разделов 7 семестр | Количество часов |
|----|--|------------------|
| 1. | Бронхиальная астма. Определение, эпидемиология. Классификация. Астматический статус: патогенез, стадии, клиника, принципы терапии. | 2 часа |
| 2. | Неотложные состояния в аллергологии. Крапивница, отек Квинке, анафилактический шок. Синдром Стивенса-Джонсона. Синдром Лайелла, Клиника.Диагностика.Неотложная помощь. | 4 часа |
| 3. | ОРВИ.Грипп.Неотложные синдромы гриппа:Нейротоксикоз,Гипертермический синдром,ДВС-синдром,Судорожный синдром. Клиника.Диагностика. Неотложная помощь. | 2 часа |
| 4. | Парагрипп. Острый стенозирующий ларинготрахеит(синдром крупа).Клиника.Диагностика.Лечение. | 2 часа |
| 5. | Аденовирусная инфекция. Респираторно-синцитиальная инфекция. Обструктивный синдром. Клиника.Диагностика.Лечение. | 2 часа |

| | | |
|-----|--|----------|
| 6. | Острые кишечные инфекции у детей. Дизентерия. Сальмонеллез. Эшерехиоз. Стафилококковая инфекция с поражением ЖКТ. Клиника. Дифференциальная диагностика. | 4 часа |
| 7. | Токсикоз с эксикозом. Лечение острых кишечных инфекций. | 4 часа |
| 8. | Экзантемы у детей. Скарлатина. Корь. Краснуха. Клиника. Диагностика. Лечение. | 2 часа |
| 9. | Герпетическая инфекция. Ветряная оспа. Опоясывающий герпес. Цитомегаловирусная инфекция. Клиника. Диагностика. Лечение. | 2 часа |
| 10. | Шок у детей. Патогенез. Классификация. Клиника шока. Неотложная помощь при шоковых состояниях у детей | 2 часа |
| 11. | Наиболее распространенные отравления у детей. Принципы введения детей с отравлением. | 2 часа |
| 12. | Комы. Этиопатогенез. Клиника, тактика введения детей с комой. | 2 часа |
| 13. | Эпилепсия. Эпилептический синдром. Другие пароксизмальные состояния у детей (спазмофилия, снохождение, аффективно-респираторные приступы). | 2 часа |
| 14. | Детский церебральный паралич. Клиника. Диагностика. Принципы восстановительной терапии. | 2 часа |
| | Модуль № 1 | 2 часа |
| | Всего : | 36 часов |

2.3. Теоретический план дисциплины лекционных занятий.

| № | Название разделов 7 семестр | Количество часов |
|----|---|------------------|
| 1. | Бронхиальная астма. Определение, эпидемиология. Классификация. Астматический статус: патогенез, стадии, клиника, принципы терапии. | 2 часа |
| 2. | Неотложные состояния в аллергологии. Отек Квинке, сывороточная болезнь, анафилактический шок. Синдром Стивенса-Джонсона. Синдром Лайелла, Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. | 2 часа |
| 3. | ОРВИ. Грипп. Неотложные синдромы гриппа: Нейротоксикоз, Гипертермический синдром, ДВС-синдром, Судорожный синдром. Клиника. Диагностика. Неотложная помощь. | 2 часа |
| 4. | Парагрипп. Острый стенозирующий ларинготрахеит (синдром крупа). Клиника. Диагностика. Лечение. Аденовирусная инфекция. Респираторно-синцитиальная инфекция. Обструктивный синдром. Клиника. Диагностика. Лечение. | 2 часа |
| 5. | Острые кишечные инфекции у детей. Дизентерия. Сальмонеллез. Эшерехиоз. Стафилококковая инфекция с поражением ЖКТ. Клиника. Дифференциальная диагностика. | 2 часа |

| | | |
|----|---|----------|
| | Токсикоз с эксикозом. | |
| 6. | Экзантемы у детей.Скарлатина.Кор.Краснуха. Клиника.Диагностика.Лечение. Герпетическая инфекция. Ветряная оспа. Опоясывающий герпес.Цитомегаловируснаяинфекция.Клиника.Диагностика.Лечение. | 2 часа |
| 7. | Шок у детей. Патогенез. Классификация. Клиника шока. Неотложная помощь при шоковых состояниях у детей. Наиболее распространенные отравления у детей. Принципы введения детей с отравлением. | 2 часа |
| 8. | Комы. Этиопатогенез. Клиника, тактика введения детей с комой. | 2 часа |
| 9. | Эпилепсия. Эпилептический синдром.Другие пароксизмальные состояния у детей (спазмофилия, снохождение, аффективно-респираторные приступы). | 2 часа |
| | Всего: | 18 часов |

2.4 Тематический план самостоятельной работы студентов.

7 семестр

| | | |
|----|---|--------|
| 1. | Псевдоаллергические реакции у детей. | 2 часа |
| 2. | Аллергическое поражение ЖКТ у детей. | 2 часа |
| 3. | Пищевая аллергия у детей. | 2 часа |
| 4. | Синдром срыгивания и рвоты у детей. | 2 часа |
| 5. | Паротитная инфекция у детей. | 2 часа |
| 6. | Полиомиелит у детей. | 2 часа |
| 7. | Вирусный гепатит у детей. | 2 часа |
| 8. | ВИЧ. СПИД у детей. | 2 часа |
| 9. | Ожирение у детей. Метаболический синдром. | 2 часа |

| | | |
|-----|---|----------|
| 10. | Преждевременное половоеразвитие. | 2 часа |
| 11. | Синдром гиперандрогении у девочек. | 2 часа |
| 12. | Болезнь Иценко-Кушинга(этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика). | 2 часа |
| 13. | Несахарный диабет(этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика). | 2 часа |
| 14. | Болезнь Дауна. Синдром Клайнфельтера. | 2 часа |
| 15. | Синдром Шерешевского-Тернера. Синдромы Эдварса, «кошачьего крика». | 2 часа |
| 16. | Неврозы у детей (этиология, патогенез, классификация, лечение, профилактика). | 2 часа |
| 17. | Всего : | 36 часов |

Лекция 1.

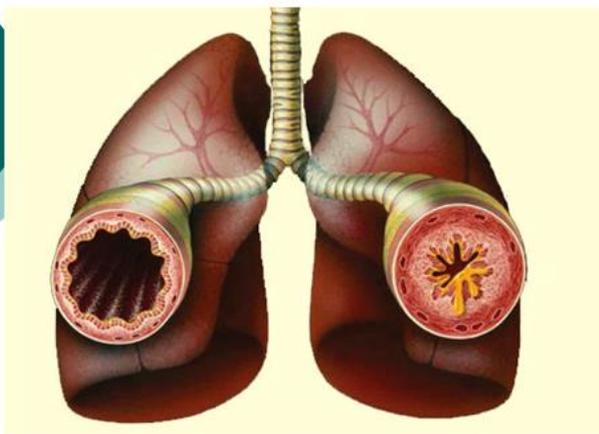
БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ



БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА У ДЕТЕЙ

Усупова А.Б.

Бронхиальная астма (БА) - заболевание, в основе которого лежит хроническое воспаление бронхов, сопровождающееся их гиперреактивностью и периодически возникающими приступами затрудненного дыхания или удушья, в результате распространенной бронхиальной обструкции.



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Частота зависит от возраста:
 - до 3 лет - 1,3%;
 - 3-6 лет - 2,6%;
 - в 7 лет - 3,3%.
- Мальчики страдают БА в 1,5-2 раза чаще, чем девочки.
- БА чаще у городских жителей, чем у сельских.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- Смертность от БА в развитых странах мира с 1982 возросла на **40%**.
- Расходы на лечение БА превышают суммарные расходы на лечение больных туберкулёзом и ВИЧ.

ФАКТОРЫ РИСКА

1. **Предрасполагающие:**
 1. Атопия;
 2. Наследственность;
 3. Гиперреактивность;
2. **Причинные:**
 1. Бытовые аллергены (домашняя пыль, клещи);
 2. Эпидермальные аллергены (животных, птиц, дом. Насекомых);
 3. Пыльцевые аллергены;
 4. Лекарственные средства;
 5. Вакцины;
 6. Вирусы;
 7. Химические вещества.

ФАКТОРЫ РИСКА

3. **Способствующие:**
 - ОРВИ;
 - Патологическое течение беременности;
 - Недоношенность;
 - Нерациональное питание;
 - Курение;
 - Атопический дерматит;
 - Воздушные поллютанты.

ФАКТОРЫ РИСКА

4. **Факторы, вызывающие обострение БА (триггеры):**
 - ОРВИ;
 - Физическая и психоэмоциональная нагрузка;
 - Изменение метеоситуации;
 - Экологические воздействия;
 - Аллергены;
 - Непереносимость продуктов питания, лекарств, вакцин.

Атопия - генетическая предрасположенность к развитию IgE- зависимости ответа на воздействие распространённых аллергенов окружающей среды.

Гиперреактивность – повышенная реакция бронхов на раздражитель, при которой бронхиальная обструкция развивается в ответ на воздействие аллергенов.

ЭТИОЛОГИЯ

Сенсибилизация организма аллергенами.

- **Аллергены:**
 - **Экзогенные:**
 - Инфекционные;
 - Неинфекционные;
 - Пищевые.
 - **Эндогенные:**
 - Естественные аутоаллергены;
 - Приобретенные;
 - Инфекционные;
 - Неинфекционные.
 - **Облигатные:**
 - Цитрусовые, шоколад, яйца, мед, рыба, клубника, малина.
 - **Факультативные:**
 - Коровье молоко, яблоки (красные), картофель, морковь.



ПАТОГЕНЕЗ БА

В основе патогенеза БА лежит бронхиальная гиперреактивность.

Гиперреактивность – это характерное функциональное нарушения при БА и связана она с воспалением в дыхательных путях. Воздействие аллергена у больного с БА вызывает:

- сужение дыхательных путей (бронхоконстрикция),
- образование в повышенном количестве слизи
- отек слизистой дыхательных путей.

Эти явления **обратимы** (в результате лечения).

КЛАССИФИКАЦИЯ

1. ФОРМА:

- Атопическая;
- Неатопическая;

2. ПЕРИОД БОЛЕЗНИ:

- Обострение;
- Ремиссия.

3. ТЯЖЕСТЬ:

- Легкая;
- Среднетяжелая;
- Тяжелая.

4. ОСЛОЖНЕНИЯ:

- Ателектаз легкого;
- Пневмоторакс;
- Эмфизема (подкожная, медиастинальная);
- Легочное сердце;
- Эмфизема легких.

ДИАГНОСТИКА

- **Ключевые симптомы астмы:**
- Частые эпизоды одышки – более чем 1 раз в месяц.
- Кашель или одышка при физической активности.
- Кашель в ночное время не связанный с вирусной инфекцией.
- Симптомы появляются и усиливаются после :
 - контакта с аллергенами;
 - физической нагрузки;
 - респираторной (вирусной) инфекции;
 - сильного эмоционального напряжения;
- Частые простудные заболевания, длительностью более 10 дней.
- Симптомы исчезают после назначения противоастматических препаратов.

Трудности диагностики астмы у детей младше 5 лет, связаны с невозможностью определения функции внешнего дыхания.

Полезным методом подтверждения диагноза у детей младше 5 лет является пробное лечение бронхолитиками короткого действия и ИГКС.

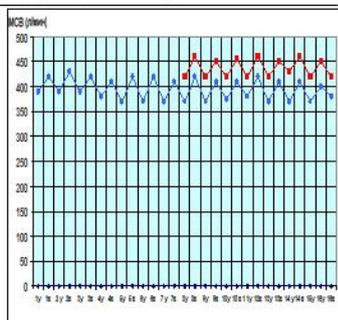
Выраженное клиническое улучшение на фоне терапии и ухудшение после её прекращения говорит в пользу диагноза "Бронхиальная астма".

Лабораторная диагностика

1. Пикфлоуметрия (определение пиковой скорости выдоха (ПСВ) для детей старше 5 лет;
2. Бронходилатационная проба;
3. Исследование функции внешнего дыхания (спирометрия) для детей старше 5 лет по доступности.
4. Общий и специфический IgE
5. Кожные тесты (в период ремиссии заболевания).

Инструментальная диагностика

- Пикфлоуметрия (детям старше 5 лет).



Аллергологические тесты в период ремиссии

Кожные тесты с аллергенами (не используется у детей до трёх лет).



Дополнительные методы обследования:

- **Рентгенография органов грудной клетки** (повышенное прозрачности легочной ткани и усиление легочного рисунка, расширение межреберных промежутков, опущение нижних границ легких, сужение сердечной тени).
- **Фибробронхоскопия** (исключение аспирации инородного тела, врожденных пороков развития);
- **Потовый тест** (исключение муковисцидоза)
- **Эзофагогастроуденоскопия** (для исключения гастроэзофагеального рефлюкса)
- **Кровь** на антитела к паразитам (лямблии, аскариды, токсокары)
- **Кал** на яйца глистов и простейшие.

Физикальное обследование

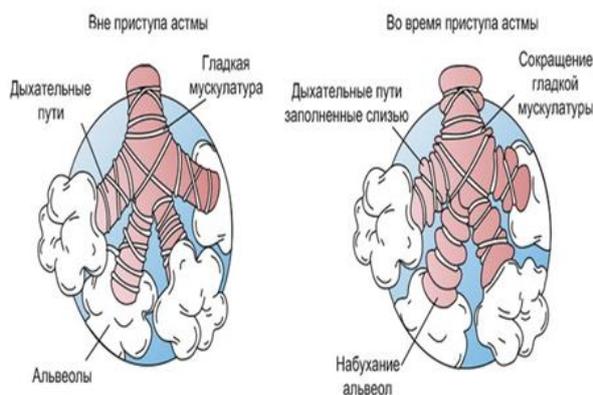
- **При аускультации:**
 - жесткое дыхание с удлинненным выдохом,
 - сухие свистящие, жужжащие хрипы
- Симптомы болезни усиливаются ночью и в утренние часы.
- **В межприступный период** – возможны сухие свистящие хрипы (скрытый бронхоспазм).

АСМАТИЧЕСКИЙ СТАТУС

- это приступ бронхиальной астмы некупирующийся **6** и более часов с развитием резистентности к симпатомиметическим препаратам, нарушением дренажной функции бронхов и возникновением гипоксемии и гиперкапнии.

Физикальное обследование

- **Положение ребенка** – вынужденное (ортопноэ).
- **При осмотре:**
 - бледность кожных покровов,
 - цианоз носогубного треугольника,
 - экспираторная одышка со свистящими дистанционными хрипами,
 - приступообразный кашель,
 - участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры.
- **При перкуссии** – легочной звук с коробочным оттенком.



1 стадия – Относительной компенсации:

- **При осмотре:**
 - шумное учащенное и затрудненное дыхание,
 - нарастание эмфиземы,
 - выраженная тахикардия
 - повышение АД
 - дыхательная недостаточность
 - симптомы дегидратации
 - гипоксемия, гиперкапния
 - респираторный или метаболический ацидоз.

○ **2 стадия – Нарастающей дыхательной недостаточности** (тотальная обструкция бронхов)

- Патогномоничен **синдром «молчания»** в легких:
 - ослабление и в последующем исчезновение дыхательных шумов сначала в отдельных сегментах лёгких, затем в долях и в целом лёгком.
 - диффузный цианоз,
 - падением артериального давления,
 - тахикардия
 - метаболический ацидоз.

3 стадия – Острой гипоксической комы

- потеря сознания, судороги;
- синдром «молчания» по всему легочному полю;
- прогрессирующее падение сердечной деятельности (снижение АД, ЧСС, ритма);
- выраженная ДН;
- диффузный цианоз кожи и слизистых оболочек;
- мышечная гипотония, адинамия.

Классификация БА по степени тяжести

| Степень тяжести | Клинические симптомы | Ночные симптомы | Показатели вентиляции (в % от должной величины) |
|-------------------------|--|---------------------------------|---|
| Легкая интермиттирующая | Кратковременные симптомы реже 1 раза в неделю. Короткие обострения заболевания (от нескольких часов до нескольких дней). Отсутствие симптомов и нормальная функция легких между обострениями | 2 раза в месяц или реже | МСВ и ОФВ ₁ ≥ 80% Вариабельность МСВ и ОФВ ₁ < 20% |
| Легкая персистирующая | Симптомы чаще 1 раза в неделю, но реже 1 раза в день. Обострения заболевания могут нарушать активность и сон. | Чаще 2 раз в месяц | МСВ и ОФВ ₁ ≥ 80% Вариабельность МСВ и ОФВ ₁ 20–30% |
| Средне-тяжелая | Ежедневные симптомы. Обострения нарушают активность и сон. Ежедневный прием β ₂ -агонистов короткого действия | Возникают более 1 раза в неделю | МСВ (ОФВ ₁) 60–80% Вариабельность МСВ и ОФВ ₁ > 30% |
| Тяжелая | Постоянные симптомы. Частые обострения. Ограничена физическая активность | Частые ночные симптомы | МСВ (ОФВ ₁) ≤ 60% Вариабельность МСВ и ОФВ ₁ > 30% |

Классификация БА по уровню контроля для детей старше 5 лет

| Характеристики | Контролируемая БА – зеленая зона (все нижеперечисленное) | Частично контролируемая БА – желтая зона (наличие любого проявления) | Неконтролируемая БА – красная зона |
|--|--|--|---|
| Дневные симптомы | Отсутствуют (или ≤ 2 эпизодов в неделю) | > 2 эпизодов в неделю | Наличие трех или более признаков частично контролируемой БА в течение каждой недели |
| Ограничения активности | Отсутствуют | Любые | |
| Ночные симптомы/пробуждения | Отсутствуют | Любые | |
| Потребность в препаратах неотложной помощи | Отсутствуют (или ≤ 2 эпизодов в неделю) | > 2 эпизодов в неделю | |
| Функция легких (ПСВ или ОФВ ₁) | Нормальная | < 80% от должного значения или от наилучшего для данного пациента показателя (если такой известен) | |

Классификация БА по уровню контроля для детей 5 лет и младше

| Характеристики | Контролируемая БА | Частично контролируемая БА | Неконтролируемая БА – красная зона |
|--|---|--|--|
| Дневные симптомы: одышка, кашель, затрудненное дыхание | Отсутствуют (меньше чем 2 раза в неделю, кратковременные эпизоды, быстро купируются быстродействующими бронходилататором) | > 2 раза в неделю (кратковременные эпизоды, быстро купируются бронходилататором) | > 2 раза в неделю (более длительные и повторяющиеся эпизоды, частично или полностью купируются быстродействующими бронходилататором) |
| Ограничения активности | Отсутствуют. Ребенок активен, играет и бегает (нет ограничений физической активности и симптомов астмы) | Наличие: кашля, одышки или затрудненного дыхания при утомлении, активных играх или сне) | Наличие: кашля, одышки или затрудненного дыхания при утомлении, активных играх или сне) |
| Ночные симптомы/пробуждения | Отсутствуют | Наличие: кашля в течение сна или пробуждение от кашля, одышки, и/или затрудненного дыхания | Наличие: кашля в течение сна или пробуждение от кашля, одышки, и/или затрудненного дыхания |
| Потребность в препаратах неотложной помощи | ≤ 2 дня в неделю | > 2 дней в неделю | > 2 дней в неделю |

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

- Облитерирующий бронхит
- Пневмония и коклюш
- Гастроэзофагеальный рефлюкс
- Муковисцидоз
- Аспирация пищи
- Врожденные пороки сердца
- Врожденные пороки развития бронхолегочной системы
- Иммунодефицит (первичный, вторичный)
- Инородные тела
- Синдром Картагенера
- ХНЗЛ
- Глистные инвазии

ЛЕЧЕНИЕ БА

- Устранение воздействия причинных факторов (элиминационные мероприятия)
- Базисная (контролирующая) терапия
- Терапия обострения
- Аллергенспецифическая терапия
- Образование в астма-школе

Купирование обострения астмы у детей в амбулаторных условиях

- **1. Ингаляционные β_2 -агонисты короткого действия** по 2-4 вдоха детям до 5 лет каждые 20 мин. в течение 1 часа.
Если эффект есть (держится в течение 3-4 часов), то дополнительные лекарства не нужны.
- **2. Если улучшения нет:**
 - - ребёнка госпитализировать;
 - - перед госпитализацией дать **преднизолон** перорально из расчета 0,5 - 1 мг/кг (если не может глотать, то - в/м или в/в в дозе 1-2 мг/кг).
 - - в случае невозможности госпитализации - продолжить лечение ГКС (0,5 - 1 мг/кг/сут) **в течение 3-х дней.**
 - - при необходимости длительность курса - до стабилизации состояния.
- **3.** После купирования приступа астмы - базисная терапия **ИГКС.**

Показания к госпитализации:

- Тяжелое обострение астмы (астматический статус).
- Отсутствие эффекта от проводимой терапии в течение часа.
- В анамнезе: недавняя госпитализация или тяжёлые приступы астмы.
- Неблагоприятные социально-бытовые и условия в семье;
- Невозможность прекращения контакта с причинно-значимым аллергеном в быту.

Показания к госпитализации в ОРИТ

- Больные с тяжёлым обострением астмы и отсутствием положительного эффекта от начальной терапии в течение 3-х часов.
- Больные с обострением астмы, угрожающим жизни (астматический статус).

Ингаляционные кортикостероиды

| Название | Средние дозы (мкг) | Высокие дозы (мкг) |
|-----------------------|--------------------|--------------------|
| Беклометазон | 400 -600 | >600 |
| Будезонид | 200-400 | >400 |
| Флунисолид | 500-1000 | >1000 |
| Флутиказон | 200-400 | >400 |
| Триамцинолон ацетонид | 800-1000 | >1000 |

2 ингаляции 2 раза в сутки

○ Теофиллины длительного действия

Теопек, Теолонг, Теодур, Унифил, Эуфилонг:
суточная доза 12-15 мг/кг 1-2 р/сут.

○ Теофиллины короткого действия

Эуфиллин макс. суточная доза до 3 лет 5-10 мг/кг, 3-14 лет 10-15 мг/кг.

○ Ингаляционные β_2 -агонисты длительного действия

Серевент (Сальметерол) с 4 лет 50 мкг/кг.
Форадил (Формотерол).
Вольмакс спироцент – per os

○ **β₂-агонисты короткого действия**

Сальбутамол, Тербуталин, Сальбен: инг.спрей

○ **Отхаркивающие и муколитические средства**

Бизолвон, Амбросан.

Лазолван, Флюдитек, АЦЦ, Карбоцистеин.

○ **Антихолинергические средства**

Атровент (Ипратропиум бромид) старше 3 лет 1-2 дозы 3 р./сут.

Оксивент старше 3 лет 2 дозы 2 р./сут.

Тривентол старше 3 лет 2 дозы 2 р./сут.

Беродуал (атровент + фенотерол) старше 3 лет 2 дозы 2 р./сут.

○ **Комбинированные препараты:**

ИГКС + β₂ агонисты ДД - старше 4 лет

Симбикорт (Будезонид + Формотерол) 1-2 инг. 2 р./сут..

Серетид (Флутиказон + Сальметерол) 1-2 инг. 2 р./сут.

Антилейкотриены:

Антагонисты LT рецепторов – **Монтелукаст**, **Зафирлукаст** до 12 лет 10 мг 2 раза, старше 12 лет 20 мг 2 раза

Сингулар старше 6 лет 5 мг перед сном.

Основы базисной терапии

- Мембраностабилизаторы;
- Глюкокортикостероиды;
- Антагонисты рецепторов лейкотриенов;
- Специфическая аллерговакцинация.

Лечение обострения астмы в стационаре

- **1. Кислородотерапия.**
- **2. Ингаляционные β₂-агонисты короткого действия (сальбутамол)** по 2 вдоха (2-3 нажатия) каждые 20 мин. в течение 1 часа.
- **3. Комбинированные ингаляционные бронходилататоры – беродуал:** до 6 лет р. д. - 10 кап. х 4 р/сут., старше 6 лет – р. д. - 10-20 кап. х 4 р/сут. (1 мл беродуала содержит 20 капель).
- **4. Если ребенок глотает - преднизолон** перорально 0,5 - 1мг/кг. Если не глотает - ГКС в/в или в/м 1-2 мг/кг.
- При необходимости длительность курса – до стабилизации состояния. Затем следует назначить базисную терапию ИГКС.

Лечение обострения астмы в стационаре

5. При неэффективности терапии - препараты второго ряда - аминофиллины (под контролем ЭКГ).

Начальная доза эуфилина 5-6 мг/кг в/в, затем – поддерживающая 3 мг/кг р.д. 4 раза.

- **6. Антибиотики** – только при бактериальной инфекции.
- **7. Ежедневный контроль за необходимым объемом жидкости.**



Использование спейсера

- снижает депозицию препарата в полости рта и глотки,
- улучшает его доставку в легкие
- способствует быстрому купированию симптомов у детей при обострении БА
- снижает количество местных и системных побочных эффектов, особенно при применении ингаляционных ГКС

Лекция 2.

Неотложные состояния в аллергологии.

Крапивница.Отек Квинке.Анафилактический шок.Синдром Стивенса-Джонсона.Синдром Лайелла

Аллергия:

↳ Термин «аллергия» в 1906 г. ввел австрийский педиатр К. Пирке для обозначения состояний необычно повышенной реактивности у детей, которые он иногда наблюдал при инфекционных заболеваниях или при сывороточной болезни (от греч. allos - другой, иной, не такой, как все).

↳ Аллергические реакции - реакции гиперчувствительности иммунной системы, не имеющие защитного значения для организма и развивающиеся в ответ на воздействие антигенов, называемых аллергенами.

↳ Существует несколько классификаций аллергенов.

Классификация, основанная на способе попадания аллергена в организм:

- Ингаляционные аллергены (бытовая пыль, клещи домашней пыли, пыльца растений, частицы эпидермиса и шерсть животных, эпидермис и волосы человека, частицы тел насекомых, споры непатогенных микроскопических грибов, продукты химического производства).
- Пищевые аллергены (белки куриного яйца и коровьего молока, пищевые злаки, рыба и т.д.), некоторые пищевые добавки - консерванты, красители, эмульгаторы).
- Парентеральные (лекарственные средства, сыворотки, вакцины, Яд перепончатокрылых насекомых, слюна кровососущих насекомых - комаров, клопов, мошек и др.).

Классификация, основанная на происхождении экзогенных аллергенов

Аллергены неинфекционного происхождения (бытовые, эпидермальные, пыльцевые, инсектные, пищевые, промышленные).

• Аллергены инфекционного происхождения:

- бактериальные (непатогенные и патогенные бактерии, а также продукты их жизнедеятельности);
- грибковые (непатогенные и патогенные грибы, а также продукты их жизнедеятельности);
- вирусные (различные виды риновирусов и продукты их взаимодействия с тканями);
- паразитарные (экзогенные и эндогенные антигены гельминтов).

Патогенез:

↳ выделяют три стадии:

1. Иммунологическая стадия, в ходе которой происходит выработка и накопление антител или сенсibilизированных лимфоцитов и соединение их с повторно поступающими или персистирующими в организме аллергенами.
2. Патохимическая стадия, характеризующаяся образованием и высвобождением в ходе иммунной реакции биологически активных веществ.
3. Патофизиологическая стадия, являющаяся стадией клинических проявлений патогенного действия образовавшихся медиаторов на клетки, органы и ткани организма

Крапивница (urticaria)

- – заболевание, характеризующееся появлением на коже зудящих пятен, папул или пузырьков достаточно четко контурированных, размером от нескольких миллиметров до десяти и более сантиметров. Сыпь появляется быстро, элементы могут сливаться и распространяться на всю поверхность тела. Элементы сохраняются несколько часов, затем постепенно исчезают и повторно появляются в другом месте. Если уртикарные поражения удерживаются более 24 часов, необходимо рассмотреть диагноз уртикарного васкулита или замедленной крапивницы от давления.

Ангионевротический отёк (*angioedema*)



- -локальный отек кожи, подкожной клетчатки или слизистых оболочек. Чаще развивается в области губ, щек, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп. Одновременно с кожными проявлениями может отмечаться отек суставов, слизистых оболочек, в т.ч. гортани и ЖКТ. Возможен отек гортани. Отек слизистой желудочно-кишечного тракта сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой (причина диагностических ошибок и необоснованных оперативных вмешательств).
- Синонимы: Отек Квинке, гигантская крапивница.

Немедикаментозная терапия



- Элиминация аллергенов:
- Вывести остатки аллергена из организма-очистительная клизма, введение энтеросорбентов (уголь активированный, Смекта)
- Обильное щелочное питье из расчета 15-30мл/кг (минеральная вода с добавлением 1-2%питьевой соды)
- Мониторинг АД, ЧД, ЧСС, SpO2 (если нет монитора вручную ЧСС и АД каждые 2-5 мин)

Прекращение дальнейшего поступления в организм предполагаемого аллергена.

- Например, в случае реакции на лекарственный препарат, введенный парентерально или при укусе/ужалении насекомых - наложение жгута выше места инъекции или укуса на 25 мин (каждые 10 минут необходимо ослаблять жгут на 1-2 минуты); к месту инъекции или укуса - лед или грелка с холодной водой на 15 мин;

Медикаментозная терапия

- Антигистаминные препараты:
- Супрастин детям 1-12мес.-6мг
- 1-6лет-8мг
- 6-14лет-12мг
- В таб-25мг, в 1мл амп-20мг
- Тавегил 25мкг/кг в сутки (противопоказан детям до 1 года)
- в амп 1мг/1мл (1амп-2мл) в таб-1мг
- Дезлоратадин 1-5 лет 1,25мг или 2,5мл сиропа
- 6-11лет 5мг или 10мл сиропа в сутки.
- В таб-5мг, в сиропе 0.5мг/мл

Глюкокортикостероиды:

- ⊗ Преднизолон 1-2мг/кг внутримышечно
- ⊗ Госпитализация в аллергологический стационар

- ⊗ При развитии острой сердечнососудистой недостаточности:
- ⊗ брадикардия-атропин 0,1-0,3мг подкожно
- ⊗ артериальной гипотонии-0, 1% р-р адреналина в дозе 0, 05 -0, 1 мл/год жизни (не больше 1 мл) в/м.
- ⊗ 1% р-р димедрола 0, 05 мл/кг не больше 0, 5 мл – детям до 1 года и 1 мл – старше года в/м.

Анафилактический шок

- Принято называть анафилаксию, сопровождающуюся выраженными нарушениями гемодинамики: снижение систолического артериального давления ниже 90 мм рт.ст или на 30% от исходного уровня, приводящими к недостаточности кровообращения и гипоксии во всех жизненно важных органах (согласно международным рекомендациям World Allergy Organization, WAO).

- ⊗ Гипотензия для детей определена как:
- ⊗ < 70 мм рт.ст. от 1 месяца до 1-го года
- ⊗ [$< 70 \text{ мм рт.ст.} + (2 \times \text{возраст})$] с 1 до 10 лет,
- ⊗ < 90 мм рт.ст. от 11 до 17 лет.
- ⊗ Первым признаком гипотонии у детей может быть быстро нарастающая тахикардия.

Основные симптомы анафилаксии:

- ⊗ нарушения со стороны сердечно-сосудистой системы: резкое снижение АД, развитие острой сердечной недостаточности, нарушения ритма.
- ⊗ нарушения со стороны дыхательной системы: одышка, бронхоспазм, гиперсекреция слизи, отек слизистой дыхательных путей
- ⊗ нарушение мозгового кровообращения, судороги
- ⊗ гастроинтестинальные симптомы (тошнота и рвота)
- ⊗ состояние кожных покровов и слизистых: уртикарные высыпания, ангиоотеки, гиперемия, кожный зуд, на более поздних стадиях – бледность.
- ⊗ Отсутствие симптомов со стороны кожных покровов не исключает диагноз Анафилаксии!

Незамедлительные мероприятия при анафилаксии:

- Оценка состояния дыхательных путей, дыхания, кровообращения (АВС: Airway - Breathing - Circulation)
- Положение Тренделенбурга, голова набок. Не сажать, не ставить на ноги!!!
- 100% O₂ в объеме не менее возрастной МВЛ (: 1-2мл/мин детям раннего возраста 5мл/мин детям старшего возраста.)
- Обеспечить внутривенный доступ:
- Мониторирование АД, ЧД, ЧСС, SpO₂ (если нет монитора – ручную ЧСС и АД каждые 2-5 мин)
- Быстрый сбор анамнеза (возможные причины, атопия, сопутствующие заболевания)
- Транспортировка в ОРИТ



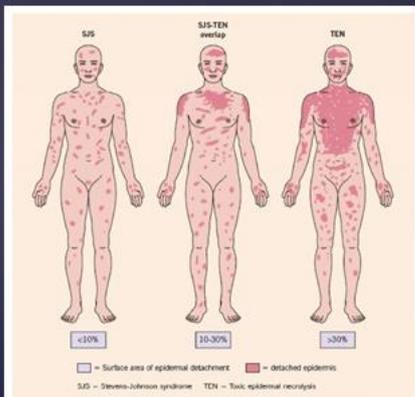
Поза Тренделенбурга

- ⊗ Коррекцию артериальной гипотонии и восполнение объема циркулирующей крови проводят с помощью введения солевых и коллоидных растворов:
- ⊗ 0,9% р-ра натрия хлорида или р-ра Рингера из расчета 15-20 мл/кг
- ⊗ При развитии острой сердечнососудистой недостаточности:
- ⊗ брадикардия-атропин 0,1-0,3мг подкожно
- ⊗ артериальной гипотонии-0,1% р-р адреналина в дозе 0,05-0,1 мл/год жизни (не больше 1 мл) в/м.
- ⊗ 1% р-р димедрола 0,05 мл/кг не больше 0,5 мл – детям до 1 года и 1 мл – старше года в/м

- При наличии цианоза, диспноэ, сухих хрипов показана также кислородотерапия: 1-2мл/мин детям раннего возраста 5мл/мин детям старшего возраста.
- При развитии бронхоспазма – показано ингаляционное введение б2-агонистов и других бронхолитических и противовоспалительных препаратов через небулайзер:Сальбутамол,Беродуал через небулайзер,Эуфиллин.

Синдром Стивенса — Джонсона (ССД)

- относится к редким острым жизнеугрожающим заболеваниям кожи и слизистых, индуцированным у детей преимущественно инфекциями и/или лекарственными средствами(сульфаниламиды ,производные салициловой кислоты, антибиотиков)



Дифференциальный диагноз синдрома Стивенса-Джонсона и синдрома Лайелла

| С-м Стивенса-Джонсона: | С-м Лайелла: |
|---|---|
| Появление высыпаний через 4-6 дн. после подъема температуры | Через 1-2 дня после приема медикаментов |
| Преимущественная локализация высыпаний: слизистые естественных отверстий, тыл кистей, стоп | Процесс начинается с кожи лица, груди, спины, реже слизисты |
| Очаги изолированные, полиморфные, сгруппированные, оттенок элементов фиолетовый, с. Никольского «-» | Пузыри на фоне эритемы, покрышка дряблая, стенки тонкие, кожа «обваренная кипятком» |
| Летальный исход от менингоэнцефалита, миокардита | От сепсиса в ранние сроки болезни |

Синдром Лайелла(токсический эпидермальный некролиз)

- острая тяжелая, угрожающая жизни аллергическая реакция, характеризующаяся буллезными поражениями кожи и слизистых оболочек, эпидермальным некролизом и эксфолиацией кожи в сочетании с выраженной интоксикацией и нарушением функции всех органов и систем.
- В качестве лекарственных средств (ЛС) чаще всего указывают на анестетики, антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), противосудорожные, психотропные препараты, а также витамины и пищевые добавки

- Критерии установления диагноза токсического эпидермального некролиза (уровень доказательности D):
 - Внезапное начало
 - Тяжелое общее состояние
 - Быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются геморрагии
 - Болезненность в зоне геморрагий и неизменной кожи
 - Отслойка эпидермиса с формированием гигантских пузырей и эрозий (симптом «обожженной кожи»)

1. Оценить общее состояние пациента (пульс, ЧСС, артериальное давление, температуру тела, частоту дыхания, аускультация грудной клетки).
2. При установленной причине развития токсического эпидермального некролиза необходимо немедленно прекратить дальнейшее воздействие этиологического фактора (например, отменить медикамент).
3. Минимизировать травматизацию кожи.
4. Обеспечить периферический/центральный венозный доступ и начать внутривенное капельное введение детоксицирующих растворов (изотонический раствор, 5% раствор глюкозы, рингер) С целью поддержания водного, электролитного, белкового баланса используют нормоволемическую гемодилюцию с элементами форсированного диуреза, под контролем показателей гемодинамики (пульс, АД, по возможности, ЦВД).

5. Внутривенное введение раствора преднизолона 1-2мг/кг
6. Подкожное введение 0,01-0,1% раствора адреналина
7. Внутривенное введение 1 мл 2% раствора супрастина, или 2 мл 0,1% раствора тавегила
8. С целью общего обезболивания при выраженном болевом синдроме могут применяться препараты морфина гидрохлорида в разовой дозе 0,1 — 0,2 мг/кг, но не более 15 мг на одно введение. При непереносимости морфина может быть использован раствор трамадола.
9. Госпитализация пациента в реанимационное отделение ожогового центра или отделение интенсивной терапии общесоматического стационара.
- Все лекарственные препараты применяются перорально или внутривенно, внутримышечное введение противопоказано!

Глоссарий

АКРОЦИАНОЗ – синюшное окрашивание конечностей

АНТЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД – период до рождения ребёнка

АПНОЭ – остановка дыхания

АСФИКСИЯ – состояние, которое характеризуется отсутствием дыхания или отдельными нерегулярными дыхательными движениями

АЭРОФАГИЯ – заглатывание воздуха

БЦЖ – вакцина, применяемая для вакцинации туберкулёза

ГИПЕРТОНУС – повышенный мышечный тонус

ГИПОГАЛАКТИЯ – снижение секреторной деятельности молочных желёз

ГИПОТОНИЯ – снижение мышечного тонуса

ЗАПОР – задержка стула

ИКТЕРИЧНОСТЬ – желтушное окрашивание кожи и слизистых

ИНТРАНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД – период в родах

КОПРОГРАММА – макроскопическое и микроскопическое исследование кала

ЛАКТАЦИЯ – секреторная деятельность молочных желёз

МЕКОНИЙ – первый стул новорожденного

МЕТЕОРИЗМ – вздутие живота, обусловленное повышенным газообразованием в кишечнике

МОЛОЗИВО – молоко, высококалорийное, богатое белком, минеральными солями, жиром, вырабатывается в первые дни лактации

МОЧЕКИСЛЫЙ ИНФАРКТ – повышенное выделение мочевой кислоты с мочой

НЕОНАТОЛОГИЯ – раздел педиатрии, изучающий физиологические особенности и болезни детей первого месяца жизни

ОПРЕЛОСТЬ – воспалительный процесс кожи в складках

ПАТРОНАЖ – активное посещение ребёнка (без вызова родителей) на дому

ПЕДИАТРИЯ – наука о развитии и заболеваниях детей

ПОСТНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД – период после рождения

ПРИКОРМ – качественно новый вид пищи

РЕЖИМ – правильное чередование сна, бодрствования, кормления

СРЬГИВАНИЕ - пассивное забрасывание небольших количеств пищи из желудка в пищевод, в глотку и ротовую полость в сочетании с отхождением воздуха

ЦИАНОЗ – синюшность

+ШКАЛА АПГАР – шкала оценки состояния новорожденного

ЭРИТЕМА – покраснение кож

Методические рекомендации

Обязательная литература:

1. Мазурин А.В. «Общий уход за детьми» /А.В. Мазурин, А.М. Запруднов, К.И. Григорьев. – М.: Медицина 1998.
2. Шабалов Н.П. «Детские болезни» г. Санкт – Петербург 2007
3. Н.А. Геппе «Пропедевтика детских болезней» Издательство «ГЭОТАР - Медиа»

Дополнительная литература:

1. Исаева Л.И. Стандарт профессиональной деятельности палатной медицинской сестры детского отделения / Л.И. Исаева. – М.: «АНМН», 1998.
2. Усов И.П. «Практические навыки педиатра» /И.П. Усов, М.В. Чичко, Я.Н., Астахова – Высшая школа. - М.:, 1990.
3. Уход за больным ребенком /под ред. Юрьева В.В., Симахорского А.С./ Учебно-методическое пособие. Л.: Медицина, 1989.