по дисциплине Поликлиническая и неотложная педиатрия для специальности 31.05.02 - Педиатрия (Очное, Высшее образование, 6.0)

Тема №19. Организация лечебно-профилактической помощи при патологии органов дыхания у детей и подростков. Стандарт диспансерного наблюдения

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=4754) | [http://krasgmu.ru/sys/images/ico_print.png](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=o_umkd_metod&metod_id=4754)

Право на изменение методички: [Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158" \t "_blank)

[▲ Передать право](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_change_right&metod_id=4754&metod_type=0)

АВТОРЫ МЕТОДИЧКИ

[+ Автор](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=df_user_search)[Гордиец Анастасия Викторовна](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=user&id=1158)

ОСНОВНЫЕ ДАННЫЕ

[**Утверждено:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=4754); Протокол № 0

[**Разновидность занятия:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&tl_type=1&metod_id=4754)дискуссия

[**Методы обучения:**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_method&metod_id=4754)объяснительно-иллюстративный [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4754&method_id=1), частично-поисковый (эвристический) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4754&method_id=4), исследовательский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_method&metod_id=4754&method_id=5)

[**Значение темы (актуальность изучаемой проблемы):**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod&metod_id=4754)Заболевания респираторного тракта имеют наибольший удельный вес в структуре детской инфекционной заболеваемости, при этом существенную роль играют такие болезни как бронхиты и пневмонии, частота которых составляет в среднем 100 случаев на 100 000 населения. Частота этих заболеваний возрастает у детей, проживающих в крупных городах, т.к. организм ребенка испытывает все возрастающую нагрузку ксенобиотиками, аллергенами, микрофлорой и другими агрессивными факторами неблагоприятной экологической обстановки мегаполиса и промышленных предприятий.

ЗНАТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_structure&metod_id=4754)

УМЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=4754&tl_level=1)

ВЛАДЕТЬ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_tl_add&metod_id=4754&tl_level=2)

МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ И ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_eltech&metod_id=4754&tl_level=2)

Весы детские электронные [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41182)

Коллекция СD- DVD дисков, видео- и аудиоматериалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41187)

Комплект методических указаний для аудиторной, для самостоятельной работы студентов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41176)

Комплект раздаточных материалов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41177)

Комплект фантомов и муляжей по отработке практических навыков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41181)

Методические пособия, разработанные сотрудниками кафедры; монографии [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41178)

Методические разработки для преподавателя [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41179)

Набор нормативных документов [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41180)

Персональные компьютеры [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41199)

Ростомер детский [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41183)

Сантиметровые ленты [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41185)

Стетофонендоскоп [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41184)

Телевизор [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41201)

Экран [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_eltech&metod_id=4754&eltech_id=41200)

ХРОНОКАРТА

[Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=0)[Копировать из...](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_copy&metod_id=4754)[Загрузить из шаблона](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_template&metod_id=4754)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| п/п | Этапы практического занятия | Продолжительность (мин.) | Содержание этапа и оснащенность |
| 1 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=23712) Организация занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23712) | 5.00 | Проверка посещаемости и внешнего вида обучающихся |
| 2 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=23713) Формулировка темы и целей [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23713) | 5.00 | Озвучивание преподавателем темы и ее актуальности, целей занятия |
| 3 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=23714) Контроль исходного уровня знаний и умений [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23714) | 20.00 | Тестирование, индивидуальный устный или письменный опрос, фронтальный опрос. |
| 4 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=23715) Раскрытие учебно-целевых вопросов по теме занятия [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23715) | 5.00 | Инструктаж обучающихся преподавателем (ориентировочная основа деятельности, амбулаторные карты детей с респираторной патологией) |
| 5 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=23716) Самостоятельная работа студентов под контролем преподавателя. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23716) | 70.00 | Работа с номенклатурными документами по теме, с бланками медицинской документации в поликлинике. Анализ ведения амбулаторных карт больных детей. Составление плана диспансерного наблюдения пациентов с бронхолегочной патологией. |
| 6 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=23717) Итоговый контроль знаний (письменно или устно) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23717) | 45.00 | Ситуационные задачи |
| 7 | [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono&metod_id=4754&chrono_id=23718) Задание на дом (на следующее занятие) [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_chrono&chrono_id=23718) | 5.00 | Учебно-методические разработки следующего занятия и методические разработки для внеаудиторной работы по теме |

АННОТАЦИЯ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_chrono_annotation&metod_id=4754)

**Бронхит** – воспалительное заболевание бронхов любого калибра, протекающее без признаков поражения легочной ткани.

Заболеваемость бронхитом колеблется в зависимости от эпидобстановки по ОРВИ и составляет от 75(до 1г) до 250 (1-3 г) на 1000 детей в год.

Заболеваемость, как правило, выше в холодное время года. Острый простой бронхит редко бывает самостоятельной болезнью, и он обычно одно из проявлений ОРВИ.

**Этиология**- виновниками острого бронхита являются около 200 вирусов и 50 бактерий.

* у детей раннего возраста возбудителями ОРВИ, приводящими к ОБ являются РС-вирусы, вирусы парагриппа 3-его типа

ЦМВ, риновирусы, вирусы гриппа

* у дошкольников и школьников – это чаще вирусы гриппа, аденовирусы, аирусы кори, микоплазма
* у детей с хроническими очагами инфекции м.б. гемофильная палочка, стрептококки, пневмококки, стафилококки, ГР(-) микробы.

**Предрасполагающими факторами** являются переохлаждение, резкое перегревание, пассивное курение, хронические очаги инфекции, неблагоприятные материально- бытовые условия, патология перинатального периода.

**Патогенез**– внедрение инфекционного агента вызывает сосудистые изменения, связанные с вазодилатацией, увеличением их проницаемости, экссудацией, что приводит к отеку тканей, высвобождению медиаторов воспаления и изменению секреции. Воспаление слизистой оболочки приводит к продукции вязкого секрета, что в свою очередь снижает санирующую и эвакуаторную функцию респираторного эпителия. Воспаление слизистой оболочки приводит к раздражению рецепторов и появлению кашля, который удаляет избыток трахеобронхиальной слизи.

**Классификация**

В принятой в России классификации выделяют:

-острый простой бронхит (ОПБ)

-острый обструктивный бронхит (ООБ)

-острый облитерирующий бронхиолит

-рецидивирующий бронхит (РБ)

-рецидивирующий обструктивный бронхит (РОБ)

**Острый простой бронхит**

Критерии диагностики:

1. Заболевание развивается после ОРВИ
2. Присутствует респираторный синдром

* гиперемия слизистой зева, ринит
* кашель в начале заболевания сухой, постепенно (через 2-3 дня) становится влажным.
* мокрота отделяется легко, имеет слизистый, реже слизисто-гнойный характер (при бактериальном характере воспалительного процесса).

1. синдром ДН – отсутствует или выражен умеренно на высоте процесса
2. Бронхолегочный синдром

* перкуторный звук не изменен, либо имеет коробочный оттенок
* дыхание жесткое, сухие крупно и среднепузырчатые хрипы, меняющиеся при кашле

1. Симптомы интоксикации проявляются в виде снижения эмоционального тонуса (ребенок плаксивый, капризный), может быть легкая бледность кожи

* температура чаще субфебрильная, длительность лихорадки не превышает 2-3 дней, при микоплазменной и аденовирусной этиологии может длиться до 10 дней

1. Рентгенография легких – только при подозрении на пневмонию, инородное тело
2. В гемограмме – лейкоцитоз, лимфоцитоз, СОЭ в норме.

***Микоплазменный бронхит***– у школьников, часто протекает с высокой температурой, но без токсикоза, в процесс вовлекаются мелкие бронхи (мелкопузырчатые хрипы). М.б. конъюнктивит, и в ряде случаев – обструкция. Может увеличиваться СОЭ при норме или сниженном кол-ве нейтрофилов.

***Хламидийный бронхит***– в начале характерен тяжелый фарингит, дисфония, повышение температуры, кашель малопродуктивный.

***Острый обструктивный бронхит***– протекает с синдромом бронхиальной обструкции (т.е. экспираторной одышкой).20-25% бронхитов у детей протекают как ООБ. Особенно велика частота этой формы бронхита у детей раннего возраста в силу АФО.

***Предраспологающие факторы:***

* курение матери во время беременности
* пассивное курение
* наследственная гиперреактивность бронхов

Комитет экспертов ВОЗ определил обструкцию дыхательных путей как сужение или окклюзию дыхательных путей.

Причины обструкции:

1. Скопление слизи в просвете, но при парагриппе, ЦМВ инфекции характерны дистрофия, отторжение целых сдоев эпителия; аденовирусная – сопровождается выраженной экссудацией со слизистыми наложениями на эпителии, его разрыхление и отторжение.
2. Утолщение стенки бронхов за счет отека и крупноклеточного инфильтрата при аденовирусной инфекции.
3. Для аллергически настроенных лиц характерно сокращение мышц бронхов.
4. Нарушение мукоцилиарного клиренса
5. Дискриния (нарушение свойств слизи)

***Критерии диагностики* -**признаки экспираторного затруднения дыхания развиваются на 2-3 день ОРВИ, постепенно увеличивается частота дыхания и продолжительность выдоха. Дыхание становится шумным и свистящим в результате подсыхания секрета в бронхах. По мере нарастания одышки нарастает и участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания – визуально наблюдаем, втяжение межреберных промежутков и эпигастрия, надключичных ямок; видим напряжение крыльев носа. Нередко выявляется периоральный цианоз, бледность кожных покровов, ребенок становится беспокойным и принимает вынужденное положение. ДН тем выраженнее, чем младше ребенок.

***Облитерирующий бронхиолит***– эта форма свойственна аденовирусной инфекции. В основе процесса лежит поражение бронхиол и мелких бронхов с последующей облитерацией просвета.

Клиническая картина острого периода характеризуется резкими дыхательными расстройствами на фоне стойкой фебрильной температуры, часто с другими признаками аденовирусной инфекции (конъюнктивит). Выслушивается масса мелкопузырчатых хрипов, крепитация, на фоне удлиненного и затрудненного выдоха. ДН нарастает в течение 1-2 нед., обычно при фебрильной температуре, часто требуется проведение ИВЛ. Прогностически неблагоприятным является сохранение обструкции после нормализации температуры.

***Рецидивирующий бронхит***– это бронхит, без явлений обструкции, эпизоды которого повторяются 2-3 раза в течение 1-2 лет на фоне ОРВИ. Эпизоды бронхита характеризуются длительностью клинических проявлений (2 и более нед.). Этот диагноз оправдан у детей 1-6 лет, состоящих на учете какЧБД.

***Диагностические критерии:***

* кашель влажный, реже приступообразный до 3-4 нед, иногда длительнее
* общее состояние страдает мало, лихорадка обычно не более 4 дней
* на рентгенограмме – усиление легочного рисунка, расширены корни легкого, редко наблюдаются сегментарные ателектазы и признаки гиповентиляции.

***Рецидивирующий обструктивный бронхит***– определяется как бронхит, обструктивные эпизоды которого повторяются на фоне ОРВИ. Общепринятым диагноз РОБ является у детей до конца третьего года жизни.

В отличие от БА обструкция не имеет приступообразного характера, и не связана с воздействием неинфекционного агента. В цело у 50 – 60% детей с РОБ, не имеющих признаков аллергии, обструктивные эпизоды прекращаются к 5 годам.

Вне рецидивов клинические изменения отсутствуют, но наблюдается повышенная кашлевая готовность при переохлаждении, при физическом и психическом перенапряжении.

***Лечение бронхитов***

При вирусной этиологии ОПБ лечение по принципу терапии ОРВИ.

1. Обильное питье
2. Жаропонижающие у детей первых трех мес-цев при тем-ре 38, а так же у детей с судорогами в анамнезе, остальными гипотермические средства только при температуре 38,5 и более.
3. Интерферон, в первые два дня болезни, арбидол – старшим школьникам по 2 табл. 4 раза в день в течение трех дней.
4. Лечение кашля:

Раздражение рецепторного аппарата слизистых оболочек дыхательных путей и нарушение необходимого для нормального дыхания дренажа бронхиального дерева и являются причинами возникновения кашля, физиологическая роль которого состоит в восстановлении нормальной воздухоносности дыхательных путей. Изучение механизмов возникновения непродуктивного кашля позволяет определить наиболее оптимальный вариант противокашлевой терапии, направленной на разжижение слизи, стимуляцию выведения бронхиального секрета и регидратацию слизистой. Наоборот, при лечении продуктивного кашля с обильной жидкой мокротой основная задача заключается в изменении физико-химических свойств секрета (повышении вязкости и адгезивности), снижении его внутриклеточного образования. Такая терапия особо необходима в ситуациях, когда кашель очень интенсивный, сопровождается рвотой или когда имеется риск развития аспирации, например, у детей с тяжелой патологией ЦНС, миопатией, новорожденных, недоношенных детей.   
  
Таким образом, для правильного выбора противокашлевого лечения необходимо:

* **во-первых** – оценить характер кашля (продуктивность, интенсивность, степень влияния на состояние больного);
* **во-вторых** — на основании анамнестических, физикальных и, при необходимости, дополнительных лабораторных и/или инструментальных данных определить причину кашля и характер бронхиального секрета (слизистый или гнойный, степень вязкости, «подвижности», количество и т.д.), выявить наличие или отсутствие бронхоспазма;
* **в-третьих** – учитывать фармакологические характеристики противокашлевых препаратов.

Итак, **отхаркивающие средства**имеют два основных механизма действия

* повышают секрецию жидкого компонента мокроты
* усиливают моторику бронхов и транспорт мокроты

Многие из этих средств созданы на основе веществ растительного происхождения, представляющие собой эфирные масла. В детской практике чаще применяют микстуры.

В эту группу препаратов составляют –

-мукалтин (корень алтея)

-глицерам (корень солодки)

-Доктор Мом

-Бронхикум эликсир

-бронхолитин

-пектуссин

-пертуссин

-грудной сбор 1,2,3 и др.

**Муколитические препараты: -**снижают вязкость секрета, и способны изменять адгезию секрета.

У маленьких детей эта группа препаратов может вызвать бронхоррею, и привести к аспирационной пневмонии

* ацетилцистеин (АЦЦ)
* карбоцистеин (Мукодин, Мукопронт) – действует более мягко
* бромгексин – обладает муколитическим и отхаркивающим эффектом, обладает слабым противокашлевым действием от 3-5 лет по4 мг 3 р/сут

от 6-12 лет по 8 мг 3 р/сут и старше 12 лет по 12 мг. Эти препараты назначают короткими курсами – 3-7 дней.

Более эффективен **Амброксол**- муколитик нового поколения. Имеет широкий выбор лекарственных форм – сироп, табл, р-р для приема внутрь, для ингаляций, для эндобронхиального введения, для инъекций

* до 5 лет 7,5 мг 2-3 раза в сутки
* старше 5 лет 15 мг 3 раза в сутки
* старше 12 лет 30 мг 3 раза в сутки.

Можно применять до 3 недель в зависимости от характера процесса.

**Амбробене – так же новый муколитик, так же имеет широкий выбор лекарственных форм. Безопасность применения в любом возрасте, в том числе у новорожденных.**

Раствор для приема внутрь:

от 0-2 лет по 1 мл два раза в сутки

с 2-5 лет по 1 мл 3 раза в сутки

5-12 лет 2 мл 2-3 раза в сутки

с 12 лет по 4 мл 3 раза в сутки, через 2-3 дня дозу уменьшают.

**Лазолван – так же обилие лекарственных форм**

**«Фервекс от кашля»**- выпускается в виде обычных и шипучих таблетках от кашля со смородиновым вкусом, содержащих 30мг амброксола.

Детям от 5-12 лет ½ табл.3 раза в день, старше 12 лет по 1 таблетке 3 раза в день.

**Аскорил – комбинированный препарат, сочетает бронхолитический, муколитический и отхаркивающий эффекты, содержит сальбутамол, гвайфенезин, бромгексин, ментол. Выпускается в сиропе –**

**- дети до 6 лет – 5 мл (1 чайная ложка) 3раза в день**

* 6-12 лет 5-10 мл 3 раза в день
* старше 12 лет по 10 мл 3 раза в день

В лечении бронхитов применяется такой препарат – **Эреспал**

* обладает противовоспалительный эффект
* уменьшает отек слизистой оболочки и гиперсекрецию мокроты
* смягчает кашель
* улучшает мукоцилиарный клиренс.

Выпускается в сиропе и табл. сут доза 4-6 мг/кг/сут на три приема в течение 7-14 дней.

***Подавляющие кашель препараты***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

наркотические

препараты центрального не наркотические

действия (в педиатрии не при- центрального и

меняют) –кодеин и его произ- периферического действия

водные

К ненаркотическим препаратам ***центрального действия*** относится **Синекод.**

Применяют для симптоматической терапии при навязчивом, мучительном кашле.

* от 2 мес до 1 года по 10 кап. 3-4 раза в сутки
* от1-3 по 15 капель
* старше 3 лет по 25 капель

**Окселадин (Тусупрекс) –**от 2-8 лет по 5-10 мг на прием 3 раза, у старших по 10 мг.

К препаратам ***периферического действия*** относится – **Либексин, Левопронт**– применяют по1/2, ¼ 3 раза в день.

Кроме того постуральный дренаж и вибрационный массаж – являются мощными методами мобилизации и удаления мокроты.

Отвлекающая терапия так же дает положительные плоды в лечении бронхитов

* барсучий жир
* медовые аппликации
* горчичные носочки при отсутствии высокой температуры и аллергии

*Алгоритм спазмолитической терапии обструктивного бронхита*

При небольшой обструкции введение бронхолитиков необязательно, при более выраженной – предпочтительнее - симпатомиметики

Шаг 1 – аэрозоль дозированный (Беродуал, Беротек 100, Сальбутамол)

* без спейсера – 1 доза
* со спейсером – 2-4 дозы

**или**

- внутрь сальбутамол ребенку от 2мес до 1 года 1 мг

2-4 лет 2 мг.

**или**

- внутримышечно Алупент 0,05% от 2-12 мес по 0,2 мл

2-4 лет по 0,4 мл

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

эффект есть эффекта нет

поддерживающая терапия

Эуфиллин внутрь 4-5мг/кг 3-4 раза/сут

Шаг 2

повторная доза

симпатомиметика

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

эффект есть эффекта нет

Шаг 3

внутримышечно

преднизолон 3-5 мг/кг или

дексаметазон 0,5 – 0,75 мг/кг

При такой тактике состояние у больных улучшается. Постуральный дренаж и вибрационный массаж уже со 2-го дня позволяют улучшить эвакуацию мокроты и снизить выраженность бронхоспазма.

**Диспансерное наблюдение**– благоприятный прогноз позволяет не принимать каких либо мер после первого эпизода. Следует обратить внимание родителей на качество воздуха в помещении (пассивное курение), закаливание. У перенесших обструктивные формы бронхита детей нередко сохраняется гиперреактивность бронхов, повторные эпизоды характерны для аллергически настроенных детей.

***Антибактериальная терапия при бронхитах у детей в большинстве случаев не показана***. Но в ситуации:

* если случай неясный и возраст ребенка от 1-6 мес
* гипертермия более трех дней
* с выраженной ассиметрией физикальных данных
* выраженным лейкоцитозом, и сдвигом формулы влево
* гнойный характер мокроты

Лечение РБ и РОБ – на первом месте – лечение хронических очагов инфекции.

При РБ в качестве базисного лечения применяется – кетотифен по 0,05 мг/кг/сут в течение 3-6 мес. Оправдано применение противовосполительной терапии – Эреспал.

При РОБ также в базисную терапию входит кетотифен, можно использовать дозированные ингаляции Интала, Тайледа по 2 дозы 2 раза в день в течение 3 мес.

У детей с рецидивирующими формами оправдана иммунотерапия. Последние годы широкое применение получили иммунокорректоры бактериального происхождения, в частности, микробные лизаты, мембранные фракции бактерий ИРС –19 – содержит лизат 19 бактерий, наиболее часто встречающихся при патологии органов дыхания.

С 3 мес. по 1 дозе в носовой ход 2 раза в день в течение 2 недель.

В острый период 1 доза 2-5 раз в день до исчезновения симптомов.

Препарат последнего поколения, сочетающий рибосомы и мембранные фракции, — «мукозальная» вакцина Рибомунил (Франция). Данный препарат является одним из наиболее изученных и высокоэффективных. В состав Рибомунила входят рибосомы *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Klebsiella pneumoniae* — наиболее распространенных возбудителей инфекций ЛОР-органов и дыхательных путей. Оральный прием рибосомальной вакцины Рибомунил сопровождается индукцией специфического ответа как в системе местного, так и системного иммунитета.

Дети с рецидивирующими формами состоят на «Д» учете:

педиатр осматривает 4 раза в год, консультация ЛОР-врача 2 раза в год

С учета снимаем, если рецидива нет в течение 2 лет.

Проблема острых пневмоний остается одной из актуальных в педиатрии. Это связано с высокой частотой поражения нижних отделов респираторного тракта, так и с серьезностью прогноза многих не леченых пневмоний.

Заболеваемость в России составляет 4-17 на 1000 детей, с максимумом в возрасте 1-3 лет. В последние годы определение пневмонии претерпело существенные изменения.

В настоящее время под пневмонией подразумевают острое инфекционное заболевание нижнего отдела дыхательных путей с фокальными признаками и с рентгенологически выявленным затемнением, которое ранее отсутствовало, и нет других известных причин для его возникновения (А.Г. Чучалин, 1997 г.).

Таким образом, в самом определении заболевания важнейший, практически основной критерий диагностики болезни – воспалительный инфильтрат в паренхиме легких, наличие которого обязательно должно быть выявлено на рентгенограмме.

Европейским обществом пульмонологов и американским торакальным обществом врачей рекомендована клиническая классификация пневмоний, которая была принята пульмонологами России в 1997 году:

1. I. По морфологическим формам:
2. Очаговая – наиболее распростр., очаги 1-2 см до 3-4 см. Сегмент заполнен не весь. Множественные, более мелкие очаги характерны для микоплазменной и хламидийной пневмоний.
3. Очагово-сливная – очаги сливаются, охватывают несколько сегментов, процесс может быть долевым на фоне которого могут быть видны более плотные участки клеточной инфильтрации, или полостные деструкции, часто осложняется плевритом.
4. Сегментарная – качественно отличается от очаговой, поскольку при ней в процесс вовлекается весь сегмент, находящийся, как правило, в состоянии ателектаза, возможна хронизация процесса.
5. Крупозная – (всегда лобит) – пневмококковая. диагносцируется по клиническим данным м.б. и др. этиологии.
6. Интерстициальная – пневмоцистная пневмония, страдает интерстиций, нет эксудата.
7. II. По месту возникновения и этиологии:
8. Внебольничная (домашняя) – развиваются у детей в обычных условиях их жизни. По этиологии это:
   * пневмококковая
   * стафилококковая
   * стрептококковая
   * вирусная
   * микоплазменная
   * легионелла
   * гемофильная палочка
   * Clamid. pneumonia
9. Внутрибольничная (госпитальная) – развиваются у пациентов, не ранее 48 часов после пребывания в стационаре. По этиологии это:
   * стафилокок
   * протей
   * гемоф. палочка
   * кишечная палочка
   * синегнойная палочка
   * вирусы
10. Перинатальная –
    * Clamid.trahomatis
    * пневмоцисты
    * уреаплазма
    * цитомегаловирус
11. При ИДС
    * бактерии
    * пневмоцисты
    * грибы
    * микобактерии
    * цитомегаловирус

III. По течению:

* острая - при адекватном лечении большинство не осложненных пневмоний разрешается за 2-4 нед.
* затяжная – при отсутствии динамики процесса (чаще сегмен.) в сроки от 1,5 до 6 месяцев.

1. IY. По наличию осложнений:

* не осложненная
* осложненная

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |

***легочные внелегочные***

* метапневмонический плеврит · инфекц. токсич. шок
* синпневмонический плеврит · ДВС-синдром
* легочная деструкция (абсцессы, · РДС взрослого типа

буллы, пневмоторакс, · отек легких

пневмо-пиопневмоторакс)

**Формулировка диагноза должна звучать согласно данной классификации**

***Например*:**Внебольничная пневмония, пневмококковая, левосторонняя, очагово-сливная, нижнедолевая, острое течение, нетяжелая, не осложненная.

Традиционно этиологическая диагностика пневмоний ограничивается микробиологическим исследованием мокроты, однако диагностическая ценность ограничивается следующими обстоятельствами:

* Часто кашель в начале заболевания непродуктивный (мокроту собрать невозможно)
* Выделение культуры возбудителя из мокроты возможно не ранее 48 ч. от момента забора материала
* Атипичные возбудители не выделяются
* Трудности в разграничении собственных и патогенных микроорганизмов, колонизирующих дыхательные пути
* Информативность микробиологического исследования снижается, если больной ребенок ранее получал антибактериальную терапию
* Этиологическая идентификация пневмонии возможна в 30-50% случаев.

Этиология пневмонии зависит от возраста ребенка, и как говорила уже выше по классификации, от места ее возникновения. Поэтому выбор стартового антибиотика проводится с учетом этих данных.

**Внебольничные пневмонии**

У детей первых 6 мес. жизни **типичная** пневмония вызывается банальной пневмотропной флорой

* пневмококк
* гемофильная палочка
* кишечная палочка

Либо **атипичными** возбудителями:

* Clamid.trahomatis (до 25%) от матери
* пневмоцисты у недоношенных и инфицированных ВИЧ-инфекцией

При возникновении пневмонии в этом возрасте необходимо исключать муковисцидоз.

У детей в возрасте от 6 мес до 6 лет этиологическим фактором является

* пневмококк (80%)
* гемофильная палочка (до 10%)
* микоплазменная – 10-15%
* хламидии – 3-5% (на фоне шейного лимфоаденита и яркого фарингита)
* очень редко стафил. и гемолит. стрептококк гр.А

У детей в возрасте 7-15 лет

Основным бакт. возбудителем является пневмококк – 40%

* микоплазм. пневмония – 7-24% случаев
* моракселла катаралис – до 10% случаев

Практически нет пневмоний вызываемых гемофильной палочкой

**Внутрибольничные пневмонии:**

Их может вызывать госпитальная флора, которая резистентна к антибиотикам. Инфицирование может произойти аутофлорой больного, характер возбудителя определяется терапией, которая проводилась ребенку до развития пневмонии:

* у детей, которые не получали антибактер. терапию до развития пневмонии причиной м.б. флора, чувст к противококков. препаратам
* пенициллин
* ампициллин
* макролиды
* цефалоспорины
* дети, которые получали антибактериальную терапию чаще высевают стафилококк и микоплазму резистентную к пенициллину:
* макролиды
* цефалоспорины
* дети, леченные антибакт. препаратами широкого спектра, высевают Гр(-) флору.
* цфсп 3 поколения
* аминогликозиды
* дети леченные гентамицином высевают пневмококк
* карбопинемы
* цефалоспорины 3,4 покол.
* после проведения броноскопии чаще высевают пентострептококки, бактероиды с гемолит. стрепт. гр. А
* ванкомицин
* рифампицин
* карбопеницилл.
* цефалоспорины

**ПАТОГЕНЕЗ*:*практически любая пневмония развивается вслед за ОРЗ. Происходит снижение секреторного Ig A, нарушение мукоциллиарного клиренса, в результате чего нарушается целостность альвеолярного барьера, подавляются иммунные реакции, что приводит к затруднению колонизации условно-патогенной флорой верхних дыхательных путей. При пневмонии развивается реактивный отек в месте поражения, который способствует размножению микроорганизмов и распростр. инфекции в прилежащие отделы легкого. Альвеолы заполняются лимфц., нейтроф. палочкояд. лейкоц., отечной жидкостью, фибрином, что приводит к гипоксии, аспирации.**

ГР (-) бактерии способствуют снижению уровня сурфанктанта в легких и возникновению вторичных гиалиновых мембран (которые при ограниченном процессе не вызывают выраженного нарушения газообмена в легких). При большом объеме поражения происходят вентиляционные нарушения и ДН.

**ДН – представляет собой такое состояние организма, при котором либо легкие не обеспечивают поддержание нормального газового состава крови, либо он достигается за счет усиленной работы аппарата внешнего дыхания. Нарушение внешнего дыхания у больных с пневмонией м.б. обусловлено как вентиляционной, так и диффузно-распределительной недостаточностью.**

Вентиляционная недостаточность при среднетяжелой и тяжелой пневмонии обусловлена:

1. Рестриктивными нарушениями - изменением эластичной тяги легких из-за выключения их дыхания пораженных отделов и изменений в соседних участках легких.
2. Обструктивными расстройствами – увеличение сопротивления току воздуха в дыхат. путях из-за отека стенок бронхов и бронхиол и выделении в просвет секрета.
3. Дискоординацией работы дыхательных мышц из-за расстройств Д.Ц.(интоксикация, гипоксия).

Диффузно-распределительная недостаточность при о. пневмонии связана:

1. С нарушением распределения из-за воспал., вздутия и ателектазов; некоторые альвеолы гипервентилируются, а другие гиповентилируются.
2. с нарушением диффузии газов через альвеолярную стенку из-за воспаления и дефицита сурфактанта
3. У более тяжелых больных из-за гипертензии в МКК в ответ на гипоксемию раскрываются не функционирующие в норме артериовенозные анастомозы и часть циркулирующей крови вообще не достигает альвеол.

Нарушение газообмена при пневмонии в начальный стадиях компенсируется за счет:

1. Одышки, которая приводит к увеличению МОД.
2. За счет усиления сердечной деятельности, возникает тахикардия, и как следствие происходит увеличение МОК, сердечного выброса и скорости кровотока. Происходит временное улучшение газообмена.
3. за счет изменения периферической циркуляции в ответ на гиперкапнию и гипоксемию, происходит спазм периферических сосудов увеличивается АД и скорость кровотока.
4. За счет активации транспортной функции эритроцитов.
5. Почечного механизма компенсации. Почки берут на себя выведение анионов угольной кислоты.

***Выделяют три степени ДН.***

I ст. – При физич. нагрузке одышка – без участи дыхательной мускулатуры. АД в норме. Пульс/дыхание=3,5-2,5:1. Поведение не нарушено или ребенок немного беспокоен.

II ст. – Одышка с участием вспомогательной мускулатуры в покое.

Пульс/дыхание=2-1,5:1, тахикардия, цианоз периоральный, лица, рук, постоянный не исчезает. АД повышается. Ребенок вялый, адинамичный, такое состояние периодически сменяется возбужденностью.

III ст. – одышка выраженная (ЧД более 150% от нормы) дыхание апериодичное, брадипноэ, дыхание десинхронное, пародоксальное дыхание.

Цианоз генерализованный, кожа бледная с мраморным оттенком, липкий пот, АД снижено, сомнолентность, кома, судороги.

***Диагностика***

1. Фебрильная температура более 3 дней.

У детей до 2-х лет могут быть афебрильные формы пневмоний

Атипичные формы пневмоний могут протекать с фебрилитетом или субфебрилитетом.

1. Одышка при отсутствии бронхообструкции (по рекомендации ВОЗ)

- до 2-х мес. более 60 в 1 мин

- 2-12 мес. более 50

- 1-5 лет более 40

1. Локальная физикальная симптоматика:

в начале пневмонии – легкое ослабление дыхания в месте поражения, укорочение перкуторного звука, локальные хрипы при заполнении альвеол экссудатом. Это классически. Укорочение перкуторного звука встречается тем чаще, чем массивнее поражение (при долевых процессах – в 75% случаев). Для пневмонии не характерны симптомы разлитого бронхита, рассеянные, сухие хрипы обнаруживаются только у 10%, а рассеянные влажные – 25% и обычно в поздние сроки болезни. Локальные мелкопузырчатые хрипы определяются менее, чем у половины больных, чаще в самом начале болезни Влажные хрипы над огран. участком – делают диагноз пневмонии весьма вероятным, но их отсутствие ни в коей мере этот диагноз не исключает. Лишь у 70% больных выявляется изменение дыхания над участком легкого: жесткое (с усиленным выдохом) или бронхиальное дыхание, чаще ослабленное.

Обструктивный синдром для пневмонии не характерен.

1. Цианоз носогубного треугольника при очень тяжелых пневмониях и выраженная бледность.
2. Для атипичных пневмоний характерны асимметричные свистящие хрипы, сопровождающиеся лающим кашлем, как при трахеите.
3. В ан. крови – нейтрофильный лейкоцитоз (либо лейкопения – вызванные гемофилюсом, микоплазмой), ускор. СОЭ нередки отсутствие гематологических сдвигов, что не исключ. дмагноза пневмонии.
4. Рентгенологически – инфильтрат в легком.

***Рентгенологичекая диагностика.***

Ее проведение при ясном клиническом диагнозе не обязательно, но позволяет подтвердить клинический диагноз и уточнить форму пневмонии.

есть группа R-негативных пневмоний – при наличии клиники на снимке нет картины пневмонии:

* из-за низкой разрешающей способности
* - гомогенная тень – характерна для бактериальных пневмоний
* тяжистые, негомогенные – для атипичных пневмоний
* уменьшение в объеме гомогенной тени треугольной формы, с верхушкой, обращенной в сторону легкого – о наличии ателектатического компонента, тенденция к затяжному течению.
* диссеминированные участки в обоих легких – с реакцией интерстиция – атипичная пневмония (хламид., пневмоцистная, м.б. туберкуллез)

Полное рассасывание инфильтрата происходит через 2-4 недели, раньше снимок делать не надо. При подозрении на развитие осложнение – снимок делать незамедлительно.

***Основные особенности пневмоний, вызванных разными возбудителями.***

**Пневмококковая**(по форме чаще крупозная, очаговая, или очагово-сливная).

* остро развившаяся лихорадка до 40 гр., с ознобом, резкое нарушение общего состояния.
* болевой синдром в грудной клетке
* кашель со ржавой мокротой
* покраснение щеки на стороне поражения
* герпес
* непостоянно слышны крипетирующие хрипы
* ослабленное дыхание над очагом поражения
* в гемограмме – л-оз 15-20, СОЭ – 20-40 мм рт ст, нейтрофилез со сдвигом влево.

У детей первых лет жизни пусковым механизмом лежит ОРЗ и течет как очаговая.

**Стафилококковая**– особенность – сливные очаги со склонностью к деструкции, к некрозу с образованием абсцессов с уровнем жидкости

Чаще – это внутрибольничная пневмония, и развивается у детей, получавших пенициллин и лишь у детей первых месяцев жизни, и причем с наличием в анамнезе тяжелых соматических заболеваний, ППЦНС, недоношенных, с врожденными пороками развития. Т.к. дети подвергаются повторным госпитализациям – высок риск внутрибольничного инфицирования.

**Стрептококковая**– пиогенный стрептококк группы А. Чаще у детей 2-7 лет.

Очаги уплотнения небольшие, рассеянные в обоих легких, наблюдается выраженная ДН. Часто возникает плеврит. Возможны метастатические очаги в кости, суставы, почки. Затяжное течение. Нередко возникают нарушения ритма сердца (а-в блокады). Диагноз подтверждается по антистрептолизину О.

Пневмонии вызванные **гемофильной палочкой -**в легких возбудитель вызывает очаги инфильтрации, некроз эпителия бронхиол, геморрагический отек Заболевание наблюдается у детей в возрасте до 5 лет., начало острое, с фебрильной температурой, токсикозом. На фоне обширного процесса не сдвигов в гемограмме – СОЭ и кол-во лейкоцитов в норме.

**Микоплазменные** пневмонии - заболеваемость повышается каждые 4-5 лет, носит сезонный характер обычно в августе-ноябре. Среди заболевших, преобладают дети школьного возраста. Инкубационный период 1-3 недели. Начало постепенное, кашель упорный 2-3 недели, подъем температуры до высоких цифр к 4-6 дню болезни, часто возникают мышечные боли. Пульс может не соответствовать температуре. Покраснение конъюнктивы без выпота (сухой конъюнктивит). Склонность к затяжному течению с вовлечением в процесс интерстиция.

Кашель – коклюшеподобный, низкого тембра, сопровождается затрудненным вдохом. Сухие, или локальные влажные хрипы, крепетация. Рентгенологически – негомогенная инфильтрация в обоих легких.

В гемограмме – лейкоцитарная формула не изменена, м.б. лимфоцитоз, лейкопения.

Характерна диссоциация некоторых клинических симптомов:

* высокая температура, в сочетании с нормальной лейкоцитарной формулой, мокрота слизистая
* субфебрилитет с проливными потами и тяжелой, длительной астенизацией.

**Хламидийные пневмонии**

***Clamid.trahomatis*** вызывает пневмонии у детей первых 6 мес. жизни, заражение происходит от матери, во время родов. Кашель стокатто, тахипноэ без температурной реакции, мелкопузырчатые хрипы. В легких – рентгенологически – множество мелких очагов, картина напоминает картину миллиарного туберкулеза. Клинически диагноз не сложен, при наличии:

* нарастающей одышки при субфебрильной или нормальной температуре
* конъюнктивита в анамнезе на первом месяце жизни
* коклюшеподобного кашля
* рассеянных влажных хрипов при остутствии бронхиальной обструкции
* необычно высокого лейкоцитоза и эозинофилии

Диагноз подтверждается наличием специфических антител.

***Clamid. pneumoniae*** вызывает пневмонию у школьников и подростков. Инкубационный период – 21 день. Особенностью этой инфекции является развитие фарингита и шейного лимфаденита, предшествующих и сопутствующих пневмонии. Заболевание сопровождается нарушением общего состояния, болями в горле, охриплостью голоса. Наличие обструктивных изменений в отсутствие влажных хрипов.

Процесс всегда двухсторонний. Диагноз подтверждается наличием специфических антител.

**Пневмоцистная пневмония** у детей первых месяцев жизни с ИДС, глубокой недоношенности.

Происходит утолщение межальвеолярной перегородки в 10-20 раз, что приводит к резкой одышке до 90-100 в минуту. Кашель приступообразный, с пенистым отделяемым изо рта. Хрипов нет, дыхание резко ослаблено, цианоз. Без лечения летальный исход обусловлен прогрессированием ДН. Рентгенологически – по обоим легочным полям – распространяющиеся от корня к периферии множественные неплотные затемнения на фоне интерстициальных изменений.

***ОСЛОЖНЕНИЯ***

**Плеврит** – одно из наиболее частых осложнений. При острой пневмонии наблюдаются два основных типа плевритов:

* ***синпневмонический***
* ***метапневмонический***

отличающиеся как по срокам развития, так и по патогенезу.

1. **Синпневмонический**(бактериальный) – протекает вместе с пневмонией с первого дня болезни (иногда почти одновременно с пневмонической инфильтрацией). Может быть гнойный или серозно-фибринозный, так же может осложняться метапневмоническим плевритом.. Длительность лихорадки – 7-12 дней и определяется нарастанием экссудата.
2. **Метапневмонический** (абактериальный**)**- иммунологической природы, появляется на 7-10 день заболевания. Чаще этот плеврит наблюдается при пневмококковой пневмонии. Наиболее типично для МПП его развитие на фоне эффективного лечения пневмонии и спустя 1-2 дня после установления нормальной пневмонии (температурное плато).

38

37

МПП – представляет собой типичный иммунологический процесс, когда происходит образование ЦИК при избытке антигенов на фоне массовой гибели микробных тел в результате лечения. Это процесс протекает как в крови, так и в плевре, так как плевра является шоковым органом. Поэтому экссудат при МПП – всегда фибринозный, а после выпадения фибрина – серозный, с низким цитозом.

Экссудат же при СПП может быть как фибринозным, так и гнойным.

Длительность лихорадки при МПП – 7 дней на нее не влияет антибактериальная терапия.

Лечение МПП в первую очередь предусматривает НПВС. Антибиотики больной получает до развития МПП, и их замена оправдана лишь при отсутствии признаков эффективности.

**Легочная деструкция - внутрилегочные полости (буллы, абсцессы).**

**Факторы риска деструкции легочной ткани (по Федорову):**

* возраст 1-3 года
* двухсторонняя пневмония
* лобарный пневмонический инфильтрат
* левосторонняя локализация процесса
* токсикоз 2-3 степени
* наличие гнойного синпневмонического плеврита с цитозом 3,5 в 1 мкл жидкости септического процесса
* лейкоцитоз более 20х109/л, СОЭ – 40 мм рт. ст.

**Буллы** представляют собой воздушные полости с тонкими стенками. Формируются на 9-15 день болезни.

**Абсцесс толстостенное образование с уровнем жидкости. Чаще появляется в зоне инфильтрата, без стадии воздушной буллы. Образование абсцесса, как правило происходит на фоне активности воспалительного процесса, в 1/3 случаев формируется в пиопневмоторакс.**

**Пиопневмоторакс – результат прорыва гнойного очага легкого в плеару, чаще всего образуется сообщение бронха с плевральной полостью. Особенно тяжело протекает клапанный (напряженный) пневмоторакс: сотояние ребенка крайне тяжелое, выраженный цианоз, ребенок ловит воздух ртом, беспокойный.**

Рентгенологически – легкое поджато, органы средостения смещены в противоположную сторону, в плевральной полости жидкость с горизонтальным уровнем и воздушной полостью под ней.

**ДВС – синдром**проявляется мраморностью кожи, конечности холодные при высокой температуре, кровоточивочть, вялость, сонливость сочетается с нарушением микроциркуляции, при неэффект. терапии:

* гиперфибриногенемия
* уменьшение время свертывания

в стадии гиперкоагуляции вводим гепарин 200-250 ЕД /кг/сут

в стадии гипокоагуляции 50-100 ЕД /кг/сут

ГКС (преднизолон) в/м, в/в – 4-10 мг/кг в теч 1-3 дней.

**Респираторный дистресс синдром** (взрослого типа) – шоковое легкое, отек легких. – проявляется внезапным ростом парциального давления СО2и гипоксимией, появлением массы хрипов.Наиболее частая причина – избыточная инффузия жидкости. Инффузионная терапия проводится по диурезу. ИВЛ – в режиме положительного давления на выдохе.

ИТШ – температура 39-40, цианоз, олигурия, снижение АД, нарушения со стороны ЦНС, ССС, микроциркуляции, гемокоагуляции, требует введения наряду с а/б, вазотонических средств, высоких доз ГКС и перевод в реанимацию.

Антибактериальная терапия внебольничной пневмонии

**Основу лечения пневмонии составляет рациональная антибактериальная терапия которая предусматривает:**

* адекватную стартовую терапию
* правильный выбор метода введения и доз
* своевременное применение альтернативной терапии

В клинической практике начальную антибактериальную терапию всегда назначают **эмпирически**. Однако следует учитывать клиническую и микробиологическую эффективность препарата, его безопасность, наличие удобной лекарственной формы, стоимость используемого препарата. При этом следует учитывать тип возбудителя, степень тяжести заболевания, потенциальную токсичность препаратов, возможные противопоказания и аллергологический анамнез. Следует решить вопрос о применении монотерапии или комбинации нескольких антибактериальных препаратов.

У детей первых 6 месяцев жизни пневмонии обычно протекают тяжело, их лечение проводится в стационаре парентеральными препаратами.

При неосложненной внебольничной пневмонии у детей старше 6 мес. лечение может проводиться амбулаторно. Предпочтительно назначение пероральных форм антибиотика. На сегодняшний день доказана высокая эффективность при лечении ВП **аминопенициллинов**(амоксициллинн, флемоксин солютаб), **макролидов** (кларитромоцин, азитромицин, макропен), и **ИЗП** (амоксициллин/клавуланат).

Эффективность амоксициллина определяется его высокой концентрацией в очаге воспаления и отличной абсорбцией…По спектру и уровню активности в отношении ГР(+) бактерий и анаэробов, амоксициллин сопоставим с природными пенициллинами, однако его концентрация в мокроте является максимальной среди всех пероральных b-лактамов.

Биодоступность амоксициллина в форме флемоксин-солютаб наиболее высока и выпускается в двух формах табл. и сиропе-суспензии.

Спектр действия ИЗП (амоксициллин/клавуланат – аугментин, амоксиклав) позволяет применять эти препараты при лечении внебольничных пневмоний (ВП) у детей в качестве альтернативной терапии, а в период новорожденности – в качестве стартовой. Наличие клавулановой кислоты препятствует разрушению амоксициллина b-лактамазами бактерий. Кроме того, формы выпуска препарата (таблет. и инъекц.), позволяют применять его при ступенчатой терапии тяжелых форм ВП. Т.е. сначала 3-5 дней парентерально, а затем переходим на пероральное лечение до 8-10 дней.

Макролиды активны в отношении ГР(+) кокков и внутриклеточных возбудителей. Низкий уровень резистентности к этим препаратам в России, хорошая переносимость, удобство применения, наличие антимикробных эффектов (иммуномодулирующего, противовоспалительного, муколитического) позволяет рассматривать макролиды, как препараты выбора, при эмпирической амбулаторной терапии ВП. Могут применяться в качестве монотерапии и в комбинации с b- лактамами.

***Эмпирическая терапия имеет свои особенности в зависимости от возраста :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возраст | препарат выбора | альтернативные препараты |
| новорожденные | Амоксициллин/клавуланат в/в | цефалоспорины 2-3 поколения в/в, в/м |
| 1-6 мес | Амоксициллин/клавуланат в/в  ± макролиды | цефалоспорины 2-3 поколения в/в, в/м, ± макролиды |
| 6мес-5 лет | Амоксициллин внутрь ± макролиды | Амоксициллин/клавуланат  ± макролиды |
| 6-15 лет | Амоксициллин внутрь или макролиды | Амоксициллин/клавуланат  цефалоспорины 2-3 поколения |
| 16-18 лет | Амоксициллин внутрь или макролиды | Амоксициллин/клавуланат  цефалоспорины 2-3 поколения, фторхинолоны |

ДОЗЫ

***Амоксициллин***–с 1 мес до 12 лет – 30-60 мг/кг/сут

старше 12 лет – 1,5 г сут в три приема

***Амоксициллин – клавуланат***с 1 мес до 12 лет – 20-40 мг/кг/сут, при парентеральном разовая – 30 мг/кг

старше 12 лет – 1,5 г сут в три приема во время

еды, при парентеральном разовая 3,6-4,8 г/ сут в 3-4 введения только в/в.

***Кларитромицин***с 1 мес до 12 лет -15 мг/кг/сут

старше 12 лет 0,5 – 1,0 г в два приема

***Азитромицин***1 мес до 12 лет - 10 мг/кг/сут при 3-х дневном курсе в один

при 5-дневном 10 мг/кг/сут – в первый день а затем по 5 мг/кг прием

старше 12 лет – по 0,5г при трех днях, и по 0,5г в первый день,

а затем по 0,25 при пятидневном.

***Мидекамицин (макропен)***1 мес до 12 лет - 30-50 мг/кг/сут

старше 12 лет – 1,2г. в сут. в три приема.

Из цефалоспоринов 2 поколения используют (в качестве альтернативной терапии)

***Цефуроксим –***30 -100мг/кг тела/сут 3-4 раза

***Цефамабол -***50-100мг/кг тела/сут 4-6 раз

***Цефокситин –***20-40 мг/кг через 6-8 часов

Из цефалоспоринов 3 поколения

***Цефотаксим***(Клафоран) - 50-100мг/кг тела/сут 4-6 раз

Старше 12 лет – 1г через 12 часов

***Цефтриаксон*** (Роцефин) - до 12 лет – 20-80 мг/ кг тела/сут 1 раз

Старше 12 лет 1-2г/сут 1 раз сут

*Показанием к переходу на альтернативные препараты является отсутствие клинического эффекта от препарата первого выбора в течение 48 часов при нетяжелой ВП и 72 часа при тяжелой, а также развитие нежелательных побочных эффектов.*

***Типичные ошибки при лечении ВП***

Гентамицин – отсутствие активности в отношении пневмококков.

Ампициллин внутрь – низкая биодоступность

Ко-тримаксозол – высокая резистентность к пневмококку и гемофильной палочке

Фторхинолоны – детям противопоказ50-100мг/кг тела/сут аны

Сочетание антибактер. препаратов с нистатином и антигистам. препаратами – осутствие доказательной профилактической эффективности, лишние затраты.

***ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ТЕРАПИИ***- типичная ошибка – сверхдлительная терапия.

При неосложненных формах ВП – 7-10 дней

при атипичных – 10-21 день.

**Основные критерии отмены антибиотика** – регресс клинических симптомов, но при сохранении отдельных лабораторных и рентгенологических данных.

**Другая терапия**

* насильно ребенка не кормить
* жидкости 100мл на кг не более 2,5 литров в сутки с учетом жидкой пищи.
* при вязкой мокроте – муколитики – лазолван, амбробене, эреспал
* отхаркиваюшие средства
* при сухом навязчивом кашле – тусупрекс, глаувент

Диспансерное наблюдение – ЛФК, дыхательная гимнастика, витаминотерапия.

.

ИЗОБРАЖЕНИЯ ДЛЯ АННОТАЦИИ

[+ Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_image&metod_id=4754)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_vaktsinoprofilaktika_pnevmokok._infektsii_deti.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2588)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_immunoprofilaktika_rs_infektsii_deti.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2589)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_bronholegochnaya_displaziya.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2590)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kl._rekom._ostr._bronhiolit_deti.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2591)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_protokol_vnebol_pnevmoniya_deti.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2592)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_antibakterialnaya_terapiya._uch._posobie.2016.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2593)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2594)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_spravra_sankur.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2595)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur_karta_dlya_detey.rtf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2596)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_forma_030.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2597)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_talon_amb._patsienta.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2598)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_pr_5_c_232.11.10.001_ostryy_bronhit,_lechenie.rtf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2599)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_pr_11_c_233.11.10.002_retsidiviruyuschiy_bronhit.rtf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2600)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey,2013.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2601)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_pediatriya._klinicheskie_rekomendatsii.pdf>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2602)

Ссылка: <http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_blanki_retseptov.doc>  
[**✖** Изображение](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_image&image_id=2603)

ВОПРОСЫ ПО ТЕМЕ ЗАНЯТИЯ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4754&control_type=10) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4754&control_type=10&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4754&control_type=10)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758389) Анатомо-физиологичeские особенности системы дыхания у детей. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758389&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758389)

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758390) Патофизиологические реакции, возникающие при различных патологических состояниях в системе дыхания. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758390&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758390)

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758391) Клиническую симптоматику основных заболеваний системы дыхания с дифференциальной направленностью. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758391&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758391)

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758392) Дифференциально-диагностические критерии острых, затяжных, рецидивирующих бронхитов и острых пневмонии у детей. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758392&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758392)

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758393) Основные виды терапии и профилактики болезней органов дыхания у детей. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758393&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758393)

6. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758394) Принципы поиска информации на официальных медицинских сайтах по ведению детей и диспансерному наблюдению с бронхолегочной патологией. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758394&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758394)

7. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758395) Принципы диспансерного наблюдения детей на педиатрическом участке с бронхолегочной патологией. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758395&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758395)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4754&control_type=1) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4754&control_type=1&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4754&control_type=1)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758398) У НОВОРОЖДЕННОГО РЕБЕНКА 7-МИ ДНЕЙ СООТВЕТСТВУЕТ ВОЗРАСТНОЙ НОРМЕ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758398&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758398)

**- частота дыхания до 40 в минуту;**

- поверхностное, аритмичное дыхание;

- “коробочный” перкуторный звук;

- ослабленные дыхательные шумы;

- одышка в покое;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758401) ЧАСТОТА ДЫХАНИЯ В МИНУТУ У ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА ДВУХ ЛЕТ В СОСТОЯНИИ ПОКОЯ СОСТАВЛЯЕТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758401&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758401)

- 40-50;

- 30-40;

**- 20-30;**

- 15-20;

- менее 15;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758403) ПРИ МУКОВИСЦИДОЗЕ УРОВЕНЬ ПРОВОДИМОСТИ ХЛОРИДОВ ПОТА (НА АНАЛИЗАТОРЕ «MACRODUCT») СОСТАВЛЯЕТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758403&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758403)

- 20 ммоль/л;

- 30 ммоль/л;

- 40 ммоль/л;

- 50 ммоль/л;

**- 60 ммоль/л и выше;**

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758405) ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ У РЕБЕНКА 10 МЕСЯЦЕВ РЕШАЮЩЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758405&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758405)

- глубокий влажный кашель;

- цианоз носогубного треугольника;

- локально определяемые мелкопузырчатые влажные хрипы в легких;

- температура тела 37,8 градусов С;

**- число дыханий 70 в минуту;**

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758406) О ПОРАЖЕНИИ ПАРЕНХИМЫ ЛЕГКОГО СВИДЕТЕЛЬСТВУЮТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758406&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758406)

- «коробочный» характер перкуторного звука;

- укорочение перкуторного звука;

- жесткое дыхание;

**- крепитация;**

- свистящие хрипы;

6. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758417) ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ПРИ СПИРОГРАФИИ ПРОБА С БРОНХОЛИТИКОМ СЧИТАЕТСЯ ПРИ ПРИРОСТЕ ОФВ1 НА [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758417&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758417)

**- 12%;**

- 13%;

- 14%;

- 15%;

- 25%;

7. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758426) КРИТЕРИЯМИ ДИАГНОСТИКИ БРОНХИТОВ ЯВЛЯЮТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758426&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758426)

- длительная фебрильная температура, локальные физикальные изменения в легких, инфильтративные и очаговые изменения в легочной ткани;

- фебрильная температура, боль в горле при глотании, тяжелая интоксикация;

**- кашель, сухие и разнокалиберные влажные хрипы, двустороннее усиление легочного рисунка и корней легких;**

- субфебрильная температура, катар верхних дыхательных путей, отсутствие изменений на рентгенограмме грудной клетки;

- лающий приступообразный кашель, инспираторная одышка, жесткое дыхание;

8. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758430) К БАЗИСНЫМ ПРЕПАРАТАМ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ОТНОСЯТСЯ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758430&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758430)

**- беклометазон;**

- преднизолон;

- сальбутамол;

- кетотифен;

- амброксол;

9. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758437) ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЁННОГО ОСТРОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ОФОРМЛЕНИЕ РЕБЕНКА В ДЕТСКИЙ САД ВОЗМОЖНО [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758437&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758437)

- через 1 месяц после клинического выздоровления;

- через 2 недели после клинического выздоровления;

- через 1 неделю после клинического выздоровления;

**- сразу после выздоровления;**

- через 3 недели после клинического выздоровление;

10. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=0&question_id=758440) ЧАСТОТА ОСМОТРОВ В ПОЛИКЛИНИКЕ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА ЛОР-ВРАЧОМ И СТОМАТОЛОГОМ ДЕТЕЙ БОЛЬНЫХ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ СОСТАВЛЯЕТ [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758440&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758440)

- 1 раз в год;

**- 1 раз в полгода;**

- 3 раза в год;

- 4 раза в год;

- только при обострении очага хронической носоглоточной инфекции;

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ТЕМЕ С ЭТАЛОНАМИ ОТВЕТОВ

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_question&metod_id=4754&control_type=17) | [+ Ввести новый вопрос](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_bank&umkd_id=2713&metod_id=4754&control_type=17&question_id=0) | [▲ Упорядочить нумерацию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_pcontrol_order&metod_id=4754&control_type=17)

1. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758451) Новорожденная девочка поступила под наблюдение участкового пе-диатра в возрасте 7 дней. Ребенок от 2 беременности (первая закончилась выкидышем). Матери 22 года, студентка, страдает бронхиальной астмой. Во время беременности постоянно пользовалась тайледом, вентолином. 2 раза переболела ОРВИ. Во время настоящей беременности в квартире был ремонт, беременная находилась дома. У родственников по линии отца и матери различные аллергические заболевания. Роды срочные, путем кеса-рева сечения, оценка по шкале Апгар - 6/8 баллов. Закричала не сразу. Масса тела 2800 г, длина – 50 см. К груди приложена на 2-е сутки, сосала вяло по 30 - 40 минут, срыгивала. При осмотре: ребенок на естественном вскармливании. Сосет вяло, с перерывами, отмечаются не обильные срыгивания. Интервалы между кормлениями выдерживает. Девочка достаточно активна, физиологиче-ские рефлексы живые, мышечный гипертонус. Кожа и слизистые оболоч-ки чистые. Пупочная ранка чистая, сухая. Большой родничок 3x3 см, невыбухает. Дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмич-ные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см, селезенка не пальпируется. Стул 5 раз в день, желтый, кашицеобразный. 1. Диагноз? По какой группе здоровья будет наблюдаться ребенок? 2. Оцените имеющиеся факторы риска и их направленность. Какое влияние на плод оказывает вентолин? Какое воздействие на новорожден-ного оказывают анестезия и аналгезия при родоразрешении путем кесаре-ва сечения? 3. Составьте план диспансерного наблюдения и ведения ребенка на педиатрическом участке. 4. Какие физиологические параметры оцениваются у новорожденного по шкале Апгар и что в сумме они позволяют определить? 5. Оцените массово-ростовой коэффициент при рождении у данного ребенка. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758451&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758451)

- Врожденная внутриутробная гипотрофия I степени. ППЦНС, ги- 66 поксически - ишемического генеза, синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, ранний восстановительный период. Группа здоровья III.;

- Группы риска: II, IV; реализация группы риска I, III. Вентолин (сальбутамол) вызывает преждевременные роды, цервикальную недоста-точность, урежение пульса плода. Анестезия во время кесарева сечения вызывает депрессию новорожденного, апноэ, ацидоз, снижение реакции на слуховые стимулы.;

- Осмотр педиатром ежедневно в течение 10 дней, контроль за размерами окружности головы, уровнем нервно-психического и моторного раз-вития; невропатолога 1 раз в месяц; осмотр заведующим поликлиническим отделением в 1 мес. Раннее лабораторное обследование: анализы крови, мочи в возрасте 1 и 3 месяцев и после каждого заболевания. Мероприятия по профилактике раннего выявления и лечения дисбактериоза, анемии, рахита и др. Профилактика регургитации - положение во время сна - на боку. Контроль за массой тела 4 раза в месяц (семья должна быть обеспечена весами). Профилактические прививки по Национальному календарю.;

- Шкала Апгар: через 1 мин., 5 мин., 30 мин. Оценка в баллах 0, 1, 2. ЧСС, сердечный ритм, дыхательная активность, мышечный тонус, реф-лекторная возбудимость, окраска кожи. 10-7 хорошее состояние; 6-4 средней тяжести; 3-1 тяжелое; 0 клиническая смерть.;

- МРК=56 (в норме 60), дефицит веса I степени.;

2. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758464) К врачу обратились родители ребенка 6 лет с жалобами на повышение температуры до 37,9 С, скудное слизистое отделяемое из носовых ходов, кашель. Заболевание длится около 2 дней, самостоятельно не лечились. Из анамнеза известно, что отец недавно болел ОРЗ. При осмотре состояние ребенка средней тяжести, кашель частый, малопродуктивный, мокрота скудная, густая; температура тела 36,9; ЧДД 22 в минуту. Перкуторно над симметричными участками легких выслушивается ясный легочный звук. При аускультации определяется жесткое дыхание, выслушиваются рассеянные разнокалиберные влажные хрипы. 1. Сформулируйте диагноз? 2. Обоснуйте диагноз 3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз? 4. Какие дополнительные методы исследования помогут в уточнении диагноза? 5. Лечение? [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758464&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758464)

- ОРВИ: острый ринит, острый бронхит.;

- Контакт с отцом, больным ОРВИ, наличие малопродуктивного кашля, рассеянных влажных хрипов.;

- Острая пневмония, обструктивный бронхит.;

- Рентгенография органов грудной клетки, анализ крови клинический.;

- Обильное питье, муколитическая терапия, ручной массаж грудной клетки, сосудосуживающие препараты.;

3. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758471) Маша, 11 лет обратилась на прием к участковому педиатру в связи с жалобами на: приступообразный малопродуктивный кашель, сопровождающийся болями в области грудины, на субфебрильную температуру тела в течение 5-ти дней, осиплость голоса, общую слабость, недомогание. Заболела остро, около недели назад, когда поднялась 446 температура тела до 37,6оС, появились слизистые выделения из носа, затем присоединился кашель, осиплость голоса. Принимала сироп доктор МОМ, эффект слабый. В семье у девочки болеет старший брат в течение недели с похожим кашлем. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ 2-3 раза в год. В 4года и в 7 лет острые бронхиты 1-2 раза в год, лечилась амбулаторно. В 7 лет пневмония. Аллергический анамнез не отягощен. В семье курит отец. Объективно: Кашель приступообразный, малопродуктивный. Голос изменен. Из носа слизистые выделения. Кожные покровы бледные, чистые. Лимфоузлы заднешейные до 1,0 см., умеренно болезненные. В зеве умеренная, разлитая гиперемия, отмечается зернистость задней стенки. При аускультации в легких: на фоне ослабленного дыхания сухие и немногочисленные влажные хрипы с обеих сторон. ЧД 20 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные ЧСС 80 в минуту. Другие органы и системы при физикальном обследовании — без особенностей. 1. Сформулируйте диагноз.3. Какие необходимо провести обследования? 4.Какие особенности есть у возбудителя? 5. Какую группу антибактериальных средств необходимо назначить? 2. Какой предполагаемый возбудитель? [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758471&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758471)

- Острый бронхит.;

- Внутриклеточные возбудители: Mycoplasma pneumoniae, либо Chlamydia pneumoniae.;

- Клинический анализ крови, определение антител класса Jg M и А к Mycoplasma и Chlamydia pneumonia,проведение ПЦР-диагностики носоглоточной слизи, рентгенография грудной клетки.;

- Отсутствие клеточной стенки приводит к длительному персистированию возбудителя в клетках респираторного эпителия, ускользает от фагоцитоза, снижает выработку местных факторов защиты, стимулирует избыточное образование Ig E и формирование гиперреактивности бронхов.;

- Макролидные антибиотики(азитромицин, джозамицин, кларитромицин).;

4. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758474) Девочка, 1 год, направлена в отделение патологии раннего возраста для уточнения диагноза. Из анамнеза: от 1 беременности, роды 1, срочные. Масса 462 при рождении 3450 г, масса тела при выписке 3350 г. Грудное вскармливание до 2 месяцев, затем переведена на искусственное. С рождения у девочки - обильный стул, жирный, не смывался с пленок, со зловонным запахом. Была заподозрена целиакия. В 5 месяцев находилась на обследовании и лечении в отделении раннего возраста. Выписана с диагнозом «Целиакия. Рахит II, подострое течение, период разгара. Гипотрофия 2 степени. Была назначена диета с исключением продуктов, содержащих глиадин, но состояние не улучшается. На протяжении года трижды болела бронхитом. При этом отмечался длительный кашель с трудноотделяемой мокротой. По настоянию родителей направляется в стационар для уточнения диагноза. Диагноз при направлении: Синдром нарушенного всасывания? Гипотрофия 2 степени. 1. Ваш предположительный диагноз? 2. Какая ошибка допущена в диагностике патологического состояния? 3. Какие обследования помогут подтвердить диагноз? 4. Составьте план лечения больного. 5. Составьте план диспансерного наблюдения за больным. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758474&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758474)

- Муковисцидоз, смешанная, легочно-кишечная форма;

- Симптомы целиакии появляются после введения глютен-содержащих прикормов, у ребенка нарушено переваривание и всасывание жиров с рождения, что опровергает диагноз целиакии.;

- Анализ пота на электролиты(хлориды), копрограмма, определение панкреатической эластазы, ДНК-исследование мутации гена МЗ, бак. посев мокроты на флору.;

- Высококалорийная диета, подбор дозы Креона по копрограмме, ингаляции пульмозима ежедневно, бронхолитики и ИГКС, кинезитерапия, ежемесячно – курс антибактериальных препаратов с антисинегнойной активностью.;

- Ежеквартально лечение в региональном центре муковисцидоза, оформление на инвалидность.;

5. [▲](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_pcontrol_bank&umkd_id=2713&control_view=1&question_id=758476) Мальчик 2 г, заболел с кашля, приступообразного, навязчивого, на следующий день повысилась температура до 38,5 С, был осмотрен участковым педиатром, назначен макропен, на третий день болезни появилась одышка, недомогание, машиной скорой помощи был госпитализирован в стационар. При поступлении состояние близко к 464 тяжелому, температура 37,6 С, одышка 52-56 в мин, бледный, мраморность кожного покрова, грудная клетка вздута, напряжена, перкуторно коробочный звук, при аускультации мелкопузырчатые хрипы по всем полям. Сердечные тоны приглушены, ритмичные, чсс 148 в минуту. Проведено обследование: Анализ крови клинический: Hb 106 г/л, L 6,4Х10/9/л, п 27%, с 35%, л 38%, СОЭ 15%; Проведена рентгенография органов грудной клетки: 1. Сформулируйте и обоснуйте диагноз. 2. Предположите возбудителя 3. Опишите рентгенограмму органов грудной клетки 4. Назначьте лечение 5. План профилактического наблюдения [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_question&question_id=758476&metod_id=4754) [▲ Позицию](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_fos_pos&metod_id=4754&question_id=758476)

- Острая внебольничная пневмония в нижней доле слева, тяжелая, осложненная экссудативным плевритом.;

- МСКТ органов грудной клетки, исследование плевральной жидкости(цитология, серология, бактериоскопия).;

- Продолжить антибактериальную терапию до 14 дней, наладить дренаж плевральной полости, с противовоспалительной целью- индометацин до 10-14 дней, физиотерапия.;

- Контрольное рентгенологическое исследование органов грудной клетки через 3 и 12 месяцев, повторные курсы ручного массажа грудной клетки, муколитики, профилактика респираторых инфекций, вакцинация от гриппа, пневмококка, гемофильной инфекции.;

- Клиническое выздоровление – положительная клиническая динамика, нормализация гемограммы, регресс физикальной симптоматики, рентгенологическое выздоровление – отстает от клинического на 4-6 недель.;

Примерная тематика НИРС по теме

[+ Выбрать из базы](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_nirs&metod_id=4754) | [+ Ввести новый](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_tl_metod&umkd_id=2713&tl_type=8&tl_id=0&semester=6&metod_id=4754)

1. Основы законодательства РФ по охране материнства и детства. Правовые аспекты работы врача педиатра амбулаторного звена [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173003&metod_id=4754)

2. Мониторинг медико-биологических, социально-гигиенических факторов риска развития заболеваний детей и подростков. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173004&metod_id=4754)

3. Роль семьи в формировании здоровья детей и подростков [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_nirs&nirs_id=173149&metod_id=4754)

ЛИТЕРАТУРА

[+ Добавить](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=umkd_metod_lit&metod_id=4754)

**Основная литература**

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51199)

[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51199) [Электронный ресурс] : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 896 с. : ил. - ISBN 9785970426487 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51199)

**Дополнительная литература**

616-053.2  
Д38  
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=31422)

616-053.2  
Д38  
[Детские болезни](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=31422) : учеб. для мед. вузов / ред. А. А. Баранов. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 1008 с : ил.. + CD. - ISBN 9785970411162 : 1281.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=31422)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=35172)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35172) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.1. - 255 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=35172)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=35173)

616-053.2  
П69  
[Практика педиатра: первичная медицинская помощь](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=35173) : учеб. пособие для врачей : в 2 ч. / Т. Е. Таранушенко, Е. Ю. Емельянчик, В. Н. Панфилова [и др.] ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : Новые компьютерные технологии, 2013. - Ч.2. - 224 с. : 200.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=35173)

616-053.2  
П50  
[Поликлиническая и неотложная педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=39562) : учебник / ред. А. С. Калмыкова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 895 с. : ил. - ISBN 9785970426487 : 1080.00 [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=39562)

616-053.2  
Г15  
Галактионова, М. Ю.  
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=50805)

616-053.2  
Г15  
Галактионова, М. Ю.  
[Организация диспансерного наблюдения и санаторно-курортного лечения детей и подростков с хроническими заболеваниями](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=50805) [Электронный ресурс] : учеб. пособие для студентов 6 курса, обучающихся по специальности 060103.65 - Педиатрия / М. Ю. Галактионова, Н. В. Матыскина, А. В. Гордиец ; Красноярский медицинский университет. - Красноярск : КрасГМУ, 2015. - 233 с. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=50805)

Цыбулькин, Э. К.  
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51205)

Цыбулькин, Э. К.  
[Неотложная педиатрия. Алгоритмы диагностики и лечения](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51205) [Электронный ресурс] / Э. К. Цыбулькин. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 160 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста). [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51205)

Учайкин, В. Ф.  
[Неотложные состояния в педиатрии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51206) [Электронный ресурс] : практ. рук. / В. Ф. Учайкин, В. П. Молочный. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 256 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51206)

Учайкин, В. Ф.  
[Неотложные состояния в педиатрии](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51206) [Электронный ресурс] : практ. рук. / В. Ф. Учайкин, В. П. Молочный. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 256 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51206)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51216)

[Педиатрия](http://krasgmu.ru/index.php?page%5bcommon%5d=elib&cat=catalog&res_id=51216) [Электронный ресурс] : нац. рук. : крат. изд. / гл. ред. А. А. Баранов. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 768 с. : ил. [**✖**](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_del_metod_lit&metod_id=4754&res_id=51216)

**Электронные ресурсы**

ПРИЛОЖЕНИЕ

[▲ Редактировать](http://krasgmu.ru/index.php?page%5borg%5d=df_umkd_metod_addition&metod_id=4754)

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_blanki_retseptov.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_pediatriya._klinicheskie_rekomendatsii.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur._lechenie_detey_s_hron._patologiey,2013.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_pr_11_c_233.11.10.002_retsidiviruyuschiy_bronhit.rtf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_pr_5_c_232.11.10.001_ostryy_bronhit,_lechenie.rtf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_talon_amb._patsienta.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_forma_030.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_san-kur_karta_dlya_detey.rtf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_spravra_sankur.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_organizatsiya_dispansernogo_nablyudeniya.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_antibakterialnaya_terapiya._uch._posobie.2016.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_protokol_vnebol_pnevmoniya_deti.doc>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kl._rekom._ostr._bronhiolit_deti.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_bronholegochnaya_displaziya.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_immunoprofilaktika_rs_infektsii_deti.pdf>

<http://krasgmu.ru/umkd_files/metod/1_kr_vaktsinoprofilaktika_pnevmokok._infektsii_deti.pdf>