

Невідкладна допомога при ЗАГРОЗЛИВИХ СТАНАХ У ДІТЕЙ

Ukraine **NOW** ua

Полтавський
державний медичний
університет Кафедра
педіатрії No2



План лекції:

- ❖ **Актуальність теми**
- ❖ **Гіпертермічний синдром**
- ❖ **Гостра дихальна недостатність**
- ❖ **Гостра серцева недостатність**
- ❖ **Судомний синдром**
- ❖ **Геморагічний синдром**

- **Загрозливий стан**— це патологічний стан, при якому можливий розвиток декомпенсації життєво важливих функцій організму або існує небезпека її виникнення.

Основні завдання, які стоять перед лікарем, який надає першу медичну допомогу:

- Діагностика загрозливого стану;
- Надання невідкладної допомоги, що дозволяє стабілізувати стан дитини;
- Прийняття тактичного рішення про необхідність і місце госпіталізації.



□ **Лихоманка**- захисно-приспосувальна реакція організму, що виникає у відповідь на вплив патогенних подразників і характеризується перебудовою процесів терморегуляції, що призводить до підвищення температури тіла, стимулюючої природну реактивність організму.



□ **Гіпертермічний синдром (ГС)** – патологічний варіант лихоманки, під час якого відзначається швидке, неадекватне підвищення температури тіла, що супроводжується порушенням мікроциркуляції, метаболічними розладами і прогресивно зростаючої дисфункції життєво важливих органів і систем.



Причини лихоманки у дітей

- 1. Гострі інфекційні захворювання
- 2. Інфекції
- 3. Аутоімунні захворювання і системні васкуліти
- 4. Лихоманка центрального походження
- 5. Гіперосмолярна лихоманка
- 6. Рухова лихоманка (підвищення температури тіла під час значних фізичних навантажень)
- 7. Лихоманка, пов'язана з перегріванням («тепловий удар»)

Клінічні прояви ЛИХОМАНКИ

«Рожевий тип» лихоманки:

- шкірні покриви червоні, гарячі на дотик, кінцівки теплі, прискорення серцевих скорочень і дихання відповідає підвищенню температури;
- поведінку дитини звичайне, хороша реакція на застосування жарознижуючих засобів.

«Блідий тип» лихоманки:

- блідість шкірних покривів, їх мармуровість, ціанотичний відтінок губ і слизових оболонок;
- позитивний симптом «блідої плями», похолодання кінцівок, непропорційна, надмірна тахікардія, тахіпное;
- характерно пошкодження ЦНС, яке проявляється порушенням або млявістю, галюцинаціями, судомами;
- ефект від жарознижуючих засобів незначний.

Показання для призначення антипіретиків:

- у дітей до 6 міс. при температурі тіла понад 38°C;
- у дітей від 6 місяців до 6 років при раптовому підвищенні температури понад 39 ° C;
- у дітей із захворюваннями серця і легенів, потенційно небезпечних з розвитку гострої серцевої і дихальної недостатності, у дітей з судорожним синдромом (будь-якої етіології), а також при захворюваннях ЦНС потенційно небезпечних з розвитку даного синдрому, при температурі 38°C і вище;



Вибір жарознижуючих засобів в педіатрії:

- **Парацетамол** у дітей після 1-го місяця життя в разовій дозі 15 мг / кг, добової 60 мг / кг.
- **Ібупрофен** - рекомендується дітям з 3 місяців в разовій дозі 6-10 мг / кг, добової 20-40 мг / кг.



НЕВІДКЛАДНА ДОПОМОГА

При «рожевій» гіпертермії

- Використовувати фізичні методи охолодження
- Призначити всередину (або ректально):
парацетамол (панадол, Калпол, еффералган упса і ін.) В разовій дозі 10-15 мг / кг всередину або в свічках ректально або ібупрофен в разовій дозі 5-10 мг / кг.
- Якщо протягом 30-45 хв температура тіла не знижується, ввести Антипіретичний суміш в / м:
50% р-р анальгіну дітям до року - в дозі 0,01 мл / кг, старше 1 року - 0,1 мл / рік життя + 2,5% р-р пипольфена (дипразина) дітям до року - в дозі 0,01 мл / кг старше 1 року - 01-015 мл / рік життя



При «білій» гіпертермії:

- Одночасно з жарознижувальними засобами (див. Вище) дати судинорозширювальні препарати всередину або в / м:
- папаверин або но-шпа в дозі 1 мг / кг всередину;
- 2% р-р папаверину дітям до 1 року - 0,1-0,2 мл, старше 1 року 0,1-0,2 мл / рік життя або р-р но-шпи в дозі 0,1 мл / рік життя , або 1% р-р дибазола в дозі 0,1 мл / рік життя;
- можна також використовувати 0,25% р-р дроперидола в дозі 0,1-0,2 мл / кг (0,05-0,25 мг / кг) в / м (але не більше 15 мг);
- при відсутності алергії можна застосувати 15% р-р ксантинолу нікотинат або 1% р-р нікотинової кислоти 0,1-0,15 мл / рік життя в / м.
- При тяжких формах захворювань, стійкої гіпертермії призначити преднізолон 1-2 мг / кг.
- При значному неспокої, збудженні, судомах - 0,5% р-р седуксена 0,5 мг / кг в / в або в / м, 20% р-р оксibuтират натрію 100-150 мг / кг в / в струменево



Гостра дихальна недостатність

порушення зовнішнього дихання, при якому легені не здатні забезпечити нормальний газообмін, в результаті чого зменшується кількість кисню в крові (гіпоксемія) і тканинах, накопичується вуглекислота (гіперкапнія).



Види дихальної недостатності

Обструктивна - може бути обумовлена механічними причинами (аспірація чужорідного тіла), розвитком набряку слизової оболонки (підзв'язкового ларинготрахеїт), наявністю бронхіолоспазма (напад бронхіальної астми), здавленні дихальних шляхів ззовні (подвоєння аорти, чужорідне тіло стравоходу), а також вродженими дефектами розвитку.

Паренхіматозна – характеризується переважним ураженням альвеол і капілярного русла малого кола кровообігу. Її клінічним еквівалентом є респіраторний дистрес-синдром. Найчастіше розвивається в результаті системної запальної відповіді організму на ендоксемію.

Вентиляційна-обумовлена порушенням нейром'язового управління зовнішнім диханням. Це може бути пов'язано з пригніченням діяльності дихального центру (отруєння токсичними речовинами), що проводить нервової системи (поліомієліт), синаптичної передачі (міастенія), зміни дихальної мускулатури (м'язова дистрофія) і ін.

КЛІНІКА ГОСТРОЇ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

- **Задишка** – прискорене, утруднене дихання з участю допоміжної мускулатури (втягнення міжреберних проміжків, м'язів діафрагми, западання яремної, над- і підключичних ямок, грудини, кивальні рухи головою в такт диханню, напруга, роздування і тремтіння крил носа), ціаноз шкіри і слизових оболонок;
- **зміни з боку серцево-судинної системи** – тахікардія, підвищення артеріального тиску, які у важкому стані змінюються брадикардією і гіпотензією;
- **ураження ЦНС** (Занепокоєння, збудження, загальмованість, млявість, сплутаність свідомості, судоми, кома).



СТУПЕНІ ДИХАЛЬНОЇ НЕДОСТАТНОСТІ

- **I ст. – легка.** Задишка помірна при фізичному навантаженні, ціаноз носогубного трикутника, шкірні покриви блідо-рожеві, тахікардія, АТ в нормі.
- **II ст. – середня.** Задишка в спокої, дихання часте, поверхнєве, з участю допоміжної мускулатури, ціаноз шкірних покривів, ураження нервової системи (рухове занепокоєння, збудження), співвідношення частоти дихання і частоти пульсу 1: 2,5-2,0, тахікардія, підвищення артеріального тиску.
- **III ст. – тяжка.** Виражена задишка, тахіпное, патологічні типи дихання, співвідношення частоти дихання до пульсу 1: 1-1,5, виражена тахікардія (понад 180 за 1 хв), шкірні покриви блідо-ціанотичний, збудження змінюється загальмованістю, порушується свідомість. Знижується артеріальний тиск.
- **IV ст. – Гіпоксеміческая або**
- **гиперкапническая кома.** Дихання рідке,
- аритмічне, напади судом, артеріальний тиск падає до 0, втрата



Невідкладна допомога НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

- **Надати дитині підвищене положення**, піднімаючи головний кінець, або положення на боці.
- **Звільнити від стискаючого одягу.**
- **Відновити прохідність дихальних шляхів:** очистити ротову порожнину від слизу пальцем, загорнутим бинтом, носовою хусткою; відсмоктати вміст носових ходів і ротової порожнини за допомогою гумової груші, провести туалет носа, при значному набряку слизової оболонки застосувати судинозвужувальні краплі; при западанні язика надати дитині положення на спині з максимальним розгинанням голови, висунути нижню щелепу вперед, очистити ротову порожнину і ввести повітропровід.
- **Забезпечити доступ свіжого повітря, надходження кисню за допомогою катетера, маски.**

Невідкладна допомога при госпіталізації

- **Забезпечити прохідність дихальних шляхів, продовжувати розпочату на догоспітальному етапі терапію:**
- **Санація верхніх дихальних шляхів за допомогою електровідсмоктувача;**
- **використання інгаляцій з лужними розчинами, муколітики, ферментами, гормонами, протинабряковими препаратами;**
- **постуральний дренаж, вібромасаж, механічна стимуляція кашлю;**
- **у важких випадках - інтубація трахеї, відсмоктування бронхіального вмісту («лаваж»).**
- **Оксигенотерапія зволоженим киснем (50-60%) через носовий катетер, маску, кисневу палатку зі швидкістю 6-8 л / хв протягом не менше 30 хв, далі 3-4 л / хв.**

- З метою розвантаження малого кола кровообігу в / в вводять: 2% р-р еуфіліну 3-5 мг / кг, 0,05% р-р строфантину або 0,06% р-р коргликона - 0,1 мл / рік життя, 1% р-р лазикса - 1-2 мк / кг, глюкокортикоїди - 2 мг / кг по преднізолону.
- При метеоризмі і високому стоянні діафрагми показані очисна клізма, масаж живота, аспірація вмісту шлунка за допомогою зонда.
- Корекція метаболічних розладів досягається в / в введенням поляризуючої суміші, 5% р-ра вітаміну В6 (0,3-0,5мл), кокарбоксилази 5-10 мкг / кг, панангіна 0,2 мл / кг, 4% розчину бікарбонату натрію від 2 до 4 мл / кг при наявності ацидозу.
- Лікування основного захворювання.

ГОСТРА Серцева недостатність (ОСН)

- захворювання, при якому первинне порушення функції серця викликає цілий ряд гемодинамічних нервових і гуморальних адаптаційних реакцій, спрямованих на підтримку кровообігу відповідно до потреб організму.**



КЛІНІКА гострою лівошлуночковою недостатністю

- Блідість шкірних покривів, акроціаноз, тахікардія, слабкий пульс, задишка.
- Кардіомегалія, тони серця значно ослаблені, шум на верхівці серця, акцент II тону на підставі серця, як правило, вислуховується протодіастоліческий ритм галопу.
- ЕКГ - вольтаж зубців може бути зниженим, проте в більшості випадків - високий. Реєструється левограма, часто негативний зубець Т в лівих грудних відведеннях, а також в II стандартному і в AVL відведеннях.
- Поступове зникнення негативного зубця Т свідчить про сприятливий перебіг міокардиту та ефективності лікування.

У клінічній картині ГЛШН виділяють серцеву астму і набряк легенів.

КЛІНІКА набряк легенів

- Першими ознаками набряку легень можуть бути ядуха, рефлексорний кашель і клекочуще дихання.
- Адинамія, сплутаність свідомості, ціаноз, велика кількість виділення з рота пінистої білої або геморагічної мокроти.
- Над легенями вислуховується велика кількість дрібно і середньо пухирчастих вологих хрипів.
- Шкіра і слизові оболонки холодні, вологі.
- Тахікардія, глухі тони серця, пульс слабкого наповнення, артеріальний тиск підвищений.
- Рентгенографія - характерна поява хмароподібних тіней, розташованих симетрично, збільшення тіні серця.
- Аналіз газового складу артеріальної крові свідчить про гіпоксемію і гіперкапнію, що характеризує ступінь тяжкості вентиляційно-перфузійних порушень газообміну.

Невідкладна допомога при гострій лівошлуночковій недостатності

- Заспокоїти дитину, перевести його в високе положення з опущеними ногами, забезпечити вільну прохідність дихальних шляхів;
- Оксигенотерапія 30-40% киснем через маску або носовий катетер;
- Накласти венозні джгути на 15-20 хвилин на рівні верхньої третини стегна або плеча. Пульс на артерії дистальніше джгута повинен визначатися;
- Для зниження ОЦК показані діуретики: фуросемід (лазикс) в / в повільно 0,1-0,2 мл / кг 1-2 мг / кг; диакарб;
- Преднізолон в / в струминно в дозі 3-5 мг / кг.
- Еуфілін 2,4% р-р в / в повільно на 20-10 мл 0,9% розчину NaCl в дозі 1 мл / рік життя, але не більше ніж 5 мл;

Невідкладна допомога при гострої лівошлуночкової недостатності

Контроль ЧСС, АТ, ЕКГ-моніторинг; рентгенографія органів грудної клітини, ЕхоКГ

При відсутності ефекту від проведених заходів, для ліквідації набряку легенів і відновлення адекватності насосної функції серця додаткового необхідно провести наступні заходи:

промедол 1% р-р в / м в дозі 0,1-0,2 мг / кг;

для посилення ефекту від промедолу при нормальному або підвищеному АТ можна ввести дроперидол 0,25% в / в або в / м в дозі 0,1-0,2 мг / кг;

добутамін в / в за допомогою інфузійного насоса в дозі 2-15 мкг / кг / хв.



ГОСТРА ПРАВОШЛУНОЧКОВА Серцева недостатність

*патологічний стан, обумовлений
різким зниженням пропульсивної
можливості правих відділів серця,
яке призводить до перерозподілу
об'єму циркулюючої крові у великому
колі кровообігу.*



КЛІНІКА ГОСТРОЇ правошлуночкової недостатності

- Погіршення стану розвивається раптово і супроводжується появою задухи, болем або відчуттям здавлення за грудиною, загальною слабкістю.
- Шкіра бліда, холодний піт, загальний ціаноз, при ТЕЛА - «чавунний» ціаноз.
- Типовою ознакою порушення кровотоку до правих відділів серця і застою у великому колі кровообігу є набухання шийних вен, яке посилюється в горизонтальному положенні хворого.
- Швидко збільшується печінка, яка при пальпації болюча, пульсує.
- Межі серця в більшості випадків зміщені вправо, відзначається пульсація в епігастрії і в другому міжребер'ї зліва від грудини.
- Тони серця ослаблені, другий тон на легеневій артерії акцентований, пульс частий, артеріальний тиск знижений.
- На рентгенограмі грудної клітки відзначаються збільшення правого шлуночка серця, розширення легеневої артерії.
- На ЕКГ виявляються ознаки перевантаження правих відділів серця.
- Швидкий розвиток застійних явищ у великому колі кровообігу призводить до функціональної недостатності нирок.

Невідкладна допомога при гострої правошлуночкової недостатності

- Заспокоїти дитину, перевести його в високе становище з опущеними ногами, забезпечити доступ свіжого повітря, провести інгаляцію 40-50% киснем.
- На тлі брадикардії і / або бронхоспазму ввести 2,4% р-р еуфілін в / в повільно на 10-20 мл 0,9% розчину NaCl в дозі 1 мл / рік життя, але не більше ніж 5 мл.
- При збільшенні ОЦК - фуросемід (лазикс) 1% р-р в / в повільно в дозі 1-2 мг / кг.
- В \ в ввести 3% р-р преднізолону в дозі 3-5 мг / кг струйно.
- При больовому синдромі і значному психомоторному збудженні ввести 1% р-р промедолу в дозі 0,1-0,2 мг / кг (дітям після 2 років) або 20% р-р ГОМК в дозі 50-100 мг / кг в / в .
- При тромбозі легеневої артерії і її гілок призначити гепарин в дозі 200-400 ОД \ кг / сут в / в 4-6 разів під контролем коагулограми; активатор фібринолізу - стрептокиназу в дозі 100000-250000 ОД в / в крапельно протягом 1 год; дипиридамо́л в дозі 5-10 мг / кг в / в.
- При гіпотензії - ввести реополіглюкін або його аналоги в дозі 5-10 мл / кг в / в струменевий пово́лі або крапельно.
- Негайна госпіталізація хворого у відділення реанімації та інтенсивної терапії.

СУДОМНИЙ СИНДРОМ

неспецифічна реакція нервової системи на різні ендо- або екзогенні фактори, що характеризується раптовим нападом клонічних, тонічних або клоніко-тонічних мимовільних короткочасних скорочень м'язів з втратою або без втрати свідомості.



ПРИЧИНИ судомного синдрому

- **інфекційні:** менінгіт і енцефаліт; нейротоксикоз на тлі ГРВІ; фебрильні судоми.
- **метаболічні:** гіпоглікемічні судоми; гіпокальціємічні судоми.
- **Гипоксичні:** афективно-респіраторні судоми; при гіпоксично-ішемічній енцефалопатії; при вираженій дихальній недостатності; при вираженій недостатності кровообігу; при комі III будь-якої етіології та ін.
- **епілептичні:** ідіопатична епілепсія.

структурні: на тлі різних органічних змін у центральній нервовій системі (пухлини, травми, аномалії розвитку і ін.).

Клінічний симптомокомплекс судомного синдрому

- *раптовий початок*
- *Появою рухового збудження, блукаючого погляду, закидання голови*
- *Згинання верхніх кінцівок в променево-зап'ясткових і ліктьових суглобах*
- *Виправлення нижніх кінцівок, змикання щелеп*
- *Спостерігається глибокий вдих і сіпання м'язів, кінцівок та ін. Груп м'язів*
- *Дихання стає шумним*
- *Ціаноз змінюється значною блідістю шкірних покривів*

Невідкладна допомога НА ДОГОСПІТАЛЬНОМУ ЕТАПІ

- *Забезпечити вільний доступ повітря.*
- *Звільнити дитину від стискаючого одягу.*
- *Очистити і підтримувати вільну прохідність дихальних шляхів.*
- *Оберігати дитину від механічних травм, підкладаючи м'які речі під голову.*
- *Ввести в / м або в / в струменево в 20 мл фізіологічного розчину натрію хлориду, 0,5% р-р седуксена (разова доза 0,1-0,2 мл / кг).*
- *Ввести в / м 25% р-р магнію сульфату 0,2 мл / кг (протипоказаний при захворюваннях органів дихання і порушення діяльності дихального центру).*
- *Призначити діуретик - в / м 1% р-р лазикса (1-2 мг / кг).*
- *Термінова госпіталізація хворого.*

Невідкладна допомога на госпітальному етапі

- Продовжити протисудомну терапію: 0,5% р-р седуксена 0,1-0,2 мл / кг в / в, 20% р-р оксибутират натрію 50-100 мг / кг дітям до року і 100-150 мг / кг старшим дітям в / в або в / м.
- Обов'язковою умовою протисудомної терапії є постійний контроль і спостереження за ефективністю зовнішнього дихання, проведення оксигенотерапії.
- Показані глюкокортикоїди - преднізолон 2-3 мг / кг, або гідрокортизон 5-10 мг / кг, або дексаметазон 0,2-0,5 мг / кг в разовій дозі в / м або в / в.
- За свідченнями застосовують антигістамінні препарати (супрастин, піпольфен та ін.), Які потенціюють протисудомний ефект.
- Відсутність ефекту від проведеної терапії є показанням для проведення люмбальної пункції (з діагностичною і лікувальною метою).
- Українське злучає - Гексеналовий наркоз (1% р-р гексенала в / в або 5% р-р в / м по 3-5 мг / кг, не більше 15 мг / кг), введення міорелаксантів (тубокурарин 0,2 мг / кг або піпекуронію бромід 0,04-0,06 мг / кг в / в) з перекладом дитини на ШВЛ.

геморагічний синдром

Етіологія і патогенез

порушення
тромбоцитарної
ланки гемостазу-
тромбоцитопенії та
тромбоцитопатії

порушення плазмової
ланки гемостазу - дефіцит
факторів згортання-
коагулопатії

порушення
судинної
ланки гемостазу-
вазопатії

підвищена кровоточивість

Обов'язкові додаткові методи діагностики:
визначення кількості тромбоцитів, часу згортання
крові, тривалості кровотечі, протромбіновий
індекс, симптом джгута

Першочергові заходи при кровотечі

- Виявити симптоми, які вказують на джерело кровотечі, і вжити заходів до місцевої зупинки кровотечі.
- Визначити, чи не призвело кровотеча до розвитку геморагічного шоку, і при його розвитку Н Е Г А Й Н О почати протишокову терапію.
- Припустити причину підвищеної кровоточивості: порушення цілісності судин, пов'язане з травмою, або дефект будь-якого компонента гемостазу (тромбоцитарного, коагулопатичного, судинного або змішаного).
- Організувати транспортування хворого в соматичне, гематологічне, хірургічне або ЛОР-відділення.
- На основі скарг, анамнезу захворювання, даних об'єктивного обстеження визначити ознаки кровотечі, надати невідкладну допомогу.

Перша допомога при кровотечі у дитини з гемофілією

При гемофільії А призначають:

- а) Кріопреципітат VIII фактора в / в струменево, відразу ж після відтаювання (препарат зберігається в замороженому вигляді при температурі -200С) в наступних дозах:
 - при невеликих порізах і травмах, перед малими хірургічними маніпуляціями - 15-20 ОД / кг / добу в 1 прийом;
 - при гемартрозах, підшкірних і м'язових гематомах, порожнинних операціях - 35-40 ОД / кг / добу в 2 прийоми;
 - при великих травмах і при кровотечах. Загрожують життю (травми голови, гематоми в області шиї, травматичні операції на легенях, печінці) - 50-100 ОД / кг / добу в 2 прийоми.
 - Повторні введення в тій же дозі рекомендуються протягом 4-5 днів до повної зупинки кровотечі і запобігання загрози його відновлення.
 - При екстракції зубів - доза 30-40 ОД / кг вводиться за 12 годин і за 1 годину до маніпуляції, повторні введення вказаної дози рекомендуються через 4-10 год після екстракції, ще 3 дні щодня, а потім через день до епітелізації лунки.
- б) При відсутності кріопреципітата ввести:
 - антигемофільний глобулін (розрахунок в міжнародних ОД, як і кріопреципітату) або
 - антигемофільну плазму в разовій дозі 10-15 мл / кг; добова доза 30-50 мл / кг розподіляється на 3 прийоми з інтервалом 8 год;

Перша допомога при кровотечі у дитини з гемофілією

При гемофільії В призначають:

- а) концентрат PPSB ліофінізований (містить II, VII, IX, X фактори згортання) в / в струменево (розрахунок дози. Як у криопреципітаті);
- б) при відсутності концентрату PPSB - препарат вибору свіжозаморожена плазма 10-15 мл / кг.



Кровотеча при ідіопатична тромбоцитопенічна пурпура

- В / в крапельно ввести 5% р-р Е-амінокапронової кислоти 100-200 мг / кг; при триваючих кровотечениях повторити в \ в введення через 4 години після зупинки кровотечі перейти на прийом препарату внутрішньо у дозі 50-100 мг \ кг.
- Ввести 12.5 р-р дицинона (етамзілат натрію) в дозі 1.0- 2.0 мл (до 2 разів на добу) в / в або в / м 0,025% масляний розчин андроксона в дозі 1,0-2,0 мл в / м або п / к (1-2 рази на добу).
- При носовій кровотечі: провести передню тампонаду носових ходів з 3% перекисом водню або розчином тромбіну і андроксона в амінокапронової кислоти
- При шлунково-кишкової кровотечі: призначають всередину 5% р-р Е-амінокапронової кислоти 50 мл + 0,025% р-р андроксона 1 мл + тромбін.
- При підтвердженому діагнозі аутоімунної тромбоцитопенії строго по показанням призначається преднізолон в дозі 1-2 мг / кг / сут:
- При розвитку важкої (Hb 60-70 г / л) постгеморагічної анемії показані трансфузії розморожених очищених еритроцитів в дозі 10-15 мл / кг з індивідуальним підбором

ВИСНОВКИ

- **Проблема невідкладних станів у дітей та підлітків займає одне з центральних місць серед усіх розділів клінічної педіатрії.**
- **Кожен лікар повинен володіти фундаментальними знаннями та вміннями, що стосуються надання невідкладної допомоги дитині при критичних станах.**
- **Вибір лікування в кожному конкретному випадку повинен ґрунтуватися на клінічному підході і бути направлений на хворого, а не тільки на хворобу, синдром або симптом**

**Пошта для питань по темі лекції:
stella556@gmail.com.**



Використана література:

Основна література:

1. Педіатрія. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації/ За ред. проф. О. В. Тяжкої /Видання 4-те. - Вінниця: Нова Книга, 2016. - 1149 с.
2. Педіатрія : національний підручник : у 2 т. / Н. Г. Гойда, Р. О. Моїсеєнко, Л. І. Чернишова [та ін.] ; за ред. В. В. Бережного ; Асоціація педіатрів України. – К. : Сторожук О. В., 2013. – Т. 1. – 1037 с.
3. Аряєв М.Л., Котова Н.В., Горностаєва Н.Ю. та ін. Педіатрія: у 2-х т. - Одес. нац. мед. ун-т. - Т. 1, 2014. - 154 с. 2.
4. Аряєв М.Л., Котова Н.В., Горностаєва Н.Ю. та ін. Педіатрія: у 2-х т. - Одес. нац. мед. ун-т. - Т. 2, 2014. - 311 с.
5. Диференційна діагностика найбільш поширених захворювань дитячого віку. Підручник для студентів вищих медичних навчальних закладів IV рівня акредитації/ За ред. проф. В.М. Дудник /Видання 1-ше. - Вінниця: Нілан ЛТД, 2017. - 567с.
6. Педіатрія: національний підручник: у 2 т. Том 1. За редакцією професора В.В. Бережного, К., 2013. – 1040 с.
7. Педіатрія. Під ред. Крючко Т.О., Абатурова О.Е. Національний підручник для студентів стоматологічних факультетів вищих навчальних закладів МОЗ України, Київ: «Здоров'я», 2015. – 206 с.
8. Педіатрія /Крючко Т.О., Абатуров О.Є., Кушнерева Т.В., Грасименко О.М. //Навчальний посібник. Полтава, Дніпропетровськ. – 2012 р. – 171 с.

Інформаційні ресурси

<http://www.booksmed.com/pediatriciya>
<http://pediatriciya.info>
<http://health-ua.com/parts/pediatrics>
<http://www.med-edu.ru/pediatr>
<http://medi.ru/Doc/j01.htm>
<http://www.mif-ua.com/archive/zhurnal-zdorove-rebenka/numbers>
<http://medkniga.ucoz.net/publ/pediatriciya/40>
http://www.medport.info/index.php?option=com_content&view=section&id=48&Itemid=73
<http://youalib.com/медицина/педіатрія>