Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет

имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней с курсом ПО

**«Госпитальная педиатрия»**

**Рабочая тетрадь студента**

Тема №2: «Бронхиальная астма»

Для студентов 6 курса.

специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения)

**Ф.И.О. Кусанова Елена Сергеевна**

**Группа 607 группа педиатрического факультета**

Красноярск 2021 г

Рабочая тетрадь составлена в соответствии с рабочей программой дисциплины «Факультетская педиатрия, эндокринология» для специальности 31.05.02 Педиатрия (очная форма обучения) и предназначена для аудиторной и внеаудиторной работы студентов. Рабочая тетрадь обеспечивает максимальную активность студентов во время практических занятий. Заполнение рабочей тетради способствует качественному и системному усвоению получаемой информации, корректности и упорядоченности ее фиксации, что позволяет студентам овладеть необходимым уровнем знаний, умений и навыков по изучаемой теме. Работая с данной тетрадью, студенты получают целевую установку на самостоятельное изучение учебной и дополнительной литературы, их внимание акцентируется на вопросах, которые имеют важное прикладное значение для последующего обучения. Тетрадь составлена с учетом современных рекомендаций в области педиатрии.

**Аннотация к теме занятия:**

Бронхиальной астмой (БА) в мире страдают 300 млн. Человек. В РФ, по данным недавно проведенного эпидемиологического исследования, распространенность БА среди взрослых составляет 6,9%, а среди детей и подростков – около 10% Большинство пациентов, страдающих БА, хорошо отвечают на традиционную терапию, достигая контроля заболевания. В приемных отделениях и отделениях неотложной помощи стационаров развитых стран на долю пациентов с обострением БА приходится до 12% всех обращений, из них 20–30% нуждаются в госпитализации в специализированные отделения, и около 4-7% – в отделения реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ). Около 5% всех пациентов с обострением БА требуют проведения интубации трахеи и искусственной вентиляции легких (ИВЛ), при этом в случае проведения ИВЛ летальность среди больных БА достигает почти 7% ( Клинические рекомендации МЗ РФ «Бронхиальная астма» 2018)

**Задание № 1 Оценка исходного контроля знаний**

**Ответьте на тестовые задания, укажите один правильный ответ**

1. **ОБЪЕМ ФОРСИРОВАННОГО ВЫДОХА ЗА ПЕРВУЮ СЕКУНДУ (ОФВ1) У РЕБЕНКА СТАРШЕ 5 ЛЕТ ПОЗВОЛЯЕТ ОЦЕНИТЬ**

А) степень выраженности инфекционного процесса

Б) степень аллергизации организма

**В) степень бронхиальной обструкции**

Г) состояние иммунной системы организма

**2.ТЯЖЕЛАЯ БРОНХООБСТРУКЦИЯ У ДЕТЕЙ ЧАЩЕ ОСЛОЖНЯЕТСЯ РАЗВИТИЕМ**

А) абсцесса легкого

Б) напряженного пневмоторакса

**В) ателектаза**

Г) пиоторакса

**3.ПРИ АСПИРИНОВОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ ПРОТИВОПОКАЗАН ПРИЕМ**

**А) нестероидных противовоспалительных препаратов**

Б) антигистаминных препаратов

В) стабилизаторов мембран тучных клеток

Г) антибактериальных препаратов

**4.ОДНОЙ ИЗ ОСНОВНЫХ ЖАЛОБ БОЛЬНОГО С БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМОЙ ЯВЛЯЕТСЯ ЖАЛОБА НА**

А) кашель с гнойной мокротой

**Б) приступы удушья**

В) кровохарканье

Г) боль в грудной клетке

**5.ДЛЯ АУСКУЛЬТАТИВНОЙ КАРТИНЫ ВО ВРЕМЯ ПРИСТУПА БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО НАЛИЧИЕ**

А) крепитации

Б) влажных мелкопузырчатых хрипов

В) шума трения плевры

**Г) сухих свистящих хрипов**

**6.ПРИ АТОПИЧЕСКОЙ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ГИПЕРПРОДУКЦИЯ ИММУНОГЛОБУЛИНОВ КЛАССА**

**А) Е**

Б) А

В) М

Г) G

7. **ВЫСОКОЙ СЕНСИБИЛИЗИРУЮЩЕЙ АКТИВНОСТЬЮ ОБЛАДАЕТ**

А) картофель

Б) арахис

В) топинамбур

Г) огурцы

**8.БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА – ЭТО**

А) хроническое инфекционное воспаление слизистой оболочки бронхов

**Б) заболевание дыхательной системы, в основе которого лежит хроническое воспаление слизистой оболочки бронхов, которое сопровождается вариабельной обструкцией и бронхиальной гиперреактивностью**

В) хроническое обструктивное заболевание с нарушением реологических свойств мокроты и задержкой физического развития

Г) хроническое заболевание дыхательной системы, характеризующееся прогрессирующей необратимой обструкцией бронхов

**9. ОСОБЕННОСТЬЮ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА ЯВЛЯЕТСЯ**

**А) выявление влажных хрипов при аускультации и более продуктивный кашель**

Б) экспираторный характер одышки

В) вздутие грудной клетки

Г) участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания

**10. ПРИСТУП БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ ПРОЯВЛЯЕТСЯ**

А) кашлем с мокротой

Б) болью в грудной клетке

В) инспираторной одышкой

**Г) экспираторной одышкой**

**Задание № 2**

**Задание для актуализации знаний**

**1). Напишите определение:**

***Бронхиальная астма – это***

Это хроническое воспалительное заболевание дыхательных путей, в котором играют роль многие клетки и клеточные элементы .Хроническое воспаление обуславливает развитие бронхиальной гиперреактивности, которая приводит к повторяющимся эпизодам свистящих хрипов, одышки, чувства стеснения в груди и кашля, особенно по ночам и ранним утром

***Бронхиальная гиперреактивность это\_***

Это ответная реакция бронхов в виде спазма гладкой мускулатуры в ответ на выделение медиаторов воспаления.

***Бронхиальная обструкция - это***

Это сужение просвета бронхов, которое сопровождается периодически возникающими приступами экспираторной одышки с затрудненным выдохом вследствие отека СО бронхов, повышенной секреции бронхиальных желез,изменения качества секрета.

***Астматический статус - это***

 Тяжёлое, угрожающее жизни осложнение бронхиальной астмы, возникающее обычно в результате длительного некупирующегося приступа. Характеризуется отёком бронхиол, накоплением в них густой мокроты, что ведёт к нарастанию удушья и гипоксии.

**2) Этиопатогенез заболевания**

**Перечислите внутренние факторы БА у детей:**

Генетическая предрасположенность, атопия, гиперреактивность дыхательных путей

**Перечислите внешние факторы БА у детей:**

Домашние аллергены, внешние аллергены, профессиональные, курение , воздушные поллютанты, респираторные и паразитарные инфекции, социально-экономический фактор,число членов семьи,диета и лекарство , ожирение

**4) Клинические признаки**

 **Продолжите преждложения**

* Характерными симптомами БА являются: *бронхоспазм, утолщение стенки дыхательных путей и увеличение количества слизи в просвете*
* Симптомы вариабельны по времени и интенсивности и часто ухудшаются  *после физической нагрузки или воздействия других триггеров, таких как контакт с домашними животными, холодная или влажная погода, эмоции или смех*
* Клинические проявления БА могут провоцировать *респираторные вирусные инфекции* , воздействие а*ллергенов*, *изменения* …*погоды*……………., контакт с ………*неспецифическими ирритантами*………………..
* Типичными клиническими симптомами БА у детей являются *свистящие хрипы*, часто усиливающиеся в ……*ночное*…………. время или при пробуждении
* При развитии обострения БА у детей появляется *навязчивый сухой или малопродуктивный кашель*  (иногда до рвоты), *экспираторная* одышка, шумное *свистящее дыхание.*

**5). Диагностика БА в зависимости от возрастных периодов**

Дети от первых двух лет жизни

 -характерна наследственная отягощенность аллергическими заболеваниями (особенно по материнской линии);
 -высокая частота аллергических реакций на пищевые продукты, медикаменты,  выраженные кожные аллергические проявления,
- бурное течение бронхообструктивного синдрома с ранним началом во время ОРВИ,
-отчетливый эффект бронхолитической терапии.
-практически ни один из этих показателей в отдельности (в том числе уровень IgE) не может служить достоверным дифференциально-диагностическим критерием обструктивного бронхита и бронхиальной астмы.

Дети 2-5 лет

-Ключевым критерием  диагностики БА является персистирование симптомов  на протяжении последнего года.
-Наиболее частые триггеры – вирусы
-БА, провоцируемая физической нагрузкой, также может быть уникальным фенотипом в  этой возрастной группе.

Дети 6-12 лет

-Провоцируемая вирусами астма  остается обычной формой заболевания.
-Обострения, вызванные аллергенами, и сезонность можно выделить без особых затруднений.

Подростки старше 12 лет

-Астма может впервые проявляться в подростковом возрасте, должен настораживать бронхоспазм при физической нагрузке.
-У пациентов этой возрастной группы могут возникать дополнительные проблемы при выборе тактики ведения,  отказ от регулярного приема лекарства, от каких-либо ограничений в поведении. Нередко курят.
-Страх удушья формирует тревожность, чувство отверженности, подкрепляемые переживаниями своего отличия от сверстников.

6. План диагностических мероприятий

Сбор анамнеза и жалоб :

а) наличие наследственной отягощенности по БА или другим аллергическим заболеваниям;

б) наличие более одного из симптомов: одышка, кашель, затруднение дыхания, стеснение в груди, особенно если эти симптомы:

- частые и повторяющиеся,

- преимущественно ночью и/или утром при пробуждении,

- возникают и/или ухудшаются после физической нагрузки или воздействия других триггеров, таких как контакт с домашними животными, холодная или влажная погода, эмоции или смех,

- исчезновение симптомов при устранении контакта с аллергеном (эффект элиминации),

- улучшение состояния после применения бронходилататоров;

в) наличие повторных эпизодов бронхиальной обструкции, особенно протекающих на фоне нормальной температуры, вне эпизодов ОРВИ;

г) наличие других аллергических заболеваний.

Проводится оценка тяжести обострений

**Дополнительные методы диагностики**

**Исследование функции внешнего дыхания:**

**•     Пикфлоуметрия** (определение пиковой скорости выдоха)
**•     Спирометрия.**

**Аллергологическое обследование**

**•     Кожные пробы (тесты уколом)** можно проводить у детей любого возраста. Так как  кожные пробы у детей раннего возраста менее чувствительны, велика роль тщательно собранного анамнеза.
**•     Определение аллерген-специфических IgE**  полезно в  случае, когда выполнение кожных проб не представляется возможным (выраженный атопический дерматит/экзема, или нельзя прекратить прием антигистаминных препаратов, или существует реальная угроза развития анафилактической реакции на введение  аллергена).

**Прочие методы исследования**
**•**У детей младше 5 лет – компьютерная бронхофонография

**•**Рентгенография грудной клетки
**•**Пробное лечение (ответ на противоастматическую терапию)
**•**В анализах :эозинофилия

**•**В мокроте у детей с бронхиальной астмой могут выявляться эозинофилы, спирали Куршмана
**•**В дифференциальной диагностике используют следующие методы: бронхоскопию, компьютерную томографию

**6) Напишите ступенчатую терапию Бронхиальной астмы у детей, используя современный подход ступенчатой терапии ( см. лекцию «Бронхиальная астма, УМКД)**

**Ступень1**

 Ингаляционные β2-агонисты короткого действия применяются в качестве неотложной облегчающей терапии у всех пациентов с симптомами астмы на всех ступенях терапии.

**Ступень 2**

Антагонисты лейкотриеновых рецепторов (АЛР) или низкие дозы теофиллинов

**Ступень 3**

ИГКС в средней/высокое дозы
либо
Низкие дозы ИГКС+АЛР (или + теофиллины)

**Ступень 4**

Высокие дозы ИГКС + АЛР (или + теофиллины)

**Ступень 5**

Дополнительная терапия (антиIgE)
Низкие дозы ИГКС

**7). Заполните таблицу**

**Заполните таблицу**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Название ингаляционных кортикостероидов по МНН** | **Торговые названия**  | **Выписать дозировки (низкие средние и высокие)** |
| 1.Будсонид | ПульмикортТафен НоволайзерТафен НазальБенакорт | 200-500мкг низкие дозы500-1000 мкг средние дозыбольше 1000мкг – высокие дозы |
| 2.Беклометазона дипропионат | Будесонид фортеПульмикортТурбохалер | 200-400 мкг – низкие дозы400-800 мкг- средние дозыбольше 800мкг – высокие дозы |
| 3.Флунизолид | Ингакорт | 500-1000 мкг низкие дозы1000-2000 мкг средние дозыбольше 2000 мкг высокие дозы |
| 4.Флутиказона проионат | ФликсотидФликсотид мультидиск | 100-250 мкг низк.дозы250-500мкг- средн.дозы500 мкг и больше –высокие дозы |
| 5.Триамцилон ацетонид | Азмакорт | 400-1000 кгнизкие дозы1000-2000мкг средние дозы2000 и больше мкг высокие дозы |
| 6.  |  |  |

**Задание №3 Задача.**

**Оценка практических навыков**

У участкового врача-педиатра мама с ребенком 2 года 7 лет с жалобами на малопродуктивный приступообразный кашель, подъѐм температуры до 38,5ºС, отказ от еды, шумное затруднѐнное дыхание.

Из анамнеза заболевания известно, что ребѐнок болен 3 дня, появилась температура, насморк, подкашливание. На 3 день болезни присоединилось затрудненное дыхание.

Из анамнеза жизни известно, что ребѐнок родился доношенным, с весом 3500 г, к груди приложен в родовом зале. Вскармливание грудное до 6 месяцев, затем переведѐнна искусственное (у мамы не стало молока). Развитие по возрасту. Привит в соответствии с календарем прививок. Болеет 2-3 раза в год, не тяжело. Антибиотики не получал. Аллергоанамнез не отягощѐн. Тубконтакты отрицает. Наследственность: у бабушки по линии мамы – экзема. Мама не переносит пенициллин.

При осмотре: состояние средней степени тяжести. Ребѐнок возбужден, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой выражен, паратрофик. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1-2 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание слышно на расстоянии, с затрудненным выдохом и втяжением межреберных промежутков. Частота дыхания до 45 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется коробочный звук. При аускультации сухие свистящие и влажные хрипы различного калибра. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС - 120 в минуту. Живот несколько вздут, пальпации доступен, безболезненный. Печень и селезѐнка не увеличены. Стул и мочеиспускание не нарушены.

При обследовании в общем анализе крови: лейкоциты – 19 тысяч; палочкоядерные нейтройфилы - 8%; сегментоядерные нейтрофилы - 47%; лимфоциты - 42%; моноциты - 3%. СОЭ – 23 мм/ч.

**Вопросы:**

1. Предположите наиболее вероятный диагноз.

ОРВИ. Бронхиальная астма , острый период,тяжелая степень. ДН 3.

2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз.

На основании жалоб на малопродуктивный приступообразный кашель, подъѐм температуры до 38,5ºС, отказ от еды, шумное затруднѐнное дыхание; данных анамнеза : болен 3 дня, появилась температура, насморк, подкашливание. На 3 день болезни присоединилось затрудненное дыхание; у бабушки по линии мамы – экзема. Мама не переносит пенициллин; данных осмотра : состояние средней степени тяжести. Ребѐнок возбужден, на осмотр реагирует негативно. Кожные покровы бледные, параорбитальный и периоральный цианоз. Подкожно-жировой слой выражен, паратрофик. Слизистые сухие. В зеве умеренная гиперемия. Из носа слизистое отделяемое. Пальпируются заднешейные лимфоузлы 1-2 размера, безболезненные, не спаянные с тканью, эластичные. Грудная клетка цилиндрической формы. Дыхание слышно на расстоянии, с затрудненным выдохом и втяжением межреберных промежутков. Частота дыхания до 45 в минуту. Перкуторно по всем полям определяется коробочный звук. При аускультации сухие свистящие и влажные хрипы различного калибра; данных лабораторного обследования : ОАК : лейкоцитоз со сдвигом влево, повышенное СОЭ.

3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента.

1) Rg-графия органов грудной клетки
2)Спирография
3)Определение чувствительности к неспецифическим антигенам
4)Анализ мокроты ( микроскопия, бак.посев)

4. Препарат какой группы необходимо назначить ребенку в качестве основной терапии для купирования бронхообструктивного синдрома? Обоснуйте свой выбор.
Препарат группы ИГС , при тяжёлой степени БА ребенку до 6 лет назначаются ИГС в высокой дозе.

5. На фоне проводимой терапии состояние ребѐнка улучшилось: купировалась одышка, появился продуктивный кашель, нормализовалась температура тела. Какова Ваша дальнейшая лечебная тактика? Обоснуйте Ваш выбор.
Переход на низкие дозы ИГС, продолжать лечение муколитиками.

**Напишите представление о больном, которого Вы курировали на практическом занятии**

**( или клинический пример, который Вы разобрали совместно с преподавателем)**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**УИРС:**

**Выберите тему для более углубленного изучения по теме занятия (УИРС), напишите реферат или сделайте презентацию в .ppt**

1. Астматический статус у детей.

2. Эозинофильная пневмония

3. Первичная цилиарная дискинезия у детей

4. Трахеомаляция

5. Аллергический бронхолегочный аспергиллез

**Рекомендуемая литература**

1. Шабалов, Н. П. Детские болезни [Электронный ресурс] : учебник : в 2 т. - 8-е изд., перераб. и доп. - СПб. : Питер, 2017. - Т. 1. - 880 с. : ил. - (Учебник для вузов).
2. Федеральные клинические рекомендации Союза педиатров России (<http://www.pediatr-russia.ru/news/recomend>)
3. Болезни органов дыхания у детей. Практическое руководство /В.К.Таточенко.-7-е издание, испр.-2019-300 с.
4. Аллергология и иммунология/ под ред. Л.С.Намазовой-Барановой, А.А.Баранова, Р.М.Хаитова: Союз педиатров России [и др.].-М.:Изд-во «ПедиатрЪ,2020.-512 с. (Практические рекомендации для педиатров).
5. УМКД для студентов Красноярского государственного медицинского университета

https://krasgmu.ru/index.php?page[org]=umkd\_metod\_tl&tl\_id=171774&metod\_type=0&metod\_class=1