ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

«БАРАБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Рассмотрено на заседании ЦМК

Протокол № \_\_\_\_от\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Председатель\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_О.А.Казак

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ**

Специальность 31.02.01 Лечебное дело

Профессиональный модуль 01. «Диагностическая деятельность»

Раздел 4. Обследование пациентов, диагностика острых и хронических заболеваний в педиатрии

Тема 4.13. Общие принципы классификации, этиологии, патогенеза; клиническая картина, осложнения методы клинического, лабораторного, инструментального обследования при пневмонии и оформление медицинской документации.

Разработчик – преподаватель Калашникова Елена Николаевна

2019

**СОДЕРЖАНИЕ**

|  |  |
| --- | --- |
| Методический лист | 3 |
| Примерная хронокарта занятия | 5 |
| Исходный материал | 6 |
| Контроль знаний по предыдущей теме | 9 |
| Задания для закрепления и предварительного контроля усвоения новых знаний | 12 |
| Критерии оценки знаний студентов | 12 |
| Задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов | 14 |
| Список использованных источников | 15 |

**Выписка из рабочей программы**

**профессионального модуля 01. «Диагностическая деятельность» для специальности**

 **31.02.01 Лечебное дело**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Наименование разделов и тем** | **Содержание учебного материала, лабораторные и практические работы, самостоятельная работа обучающихся, курсовая работ (проект) *(если предусмотрены)*** | **Объем часов** | **Уро-вень освое-ния** |
| **1** | **2** | **3** | **4** |
| Раздел 4. |  Обследование пациентов, диагностика острых и хронических заболеваний в педиатрии |  |  |
| Тема 4.13. Общие принципы классификации, этиологии, патогенеза; клиническая картина, осложнения методы клинического, лабораторного, инструментального обследования при пневмонии и оформление медицинской документации.  | **Содержание учебного материала** |  |
| 1 | Основные и дополнительные методы обследования, согласно существующей схеме | **2** | ***1,2*** |
| 2 | Этиология, патогенез, патанатомия | ***1,2*** |
| 3 | Клиническая картина, особенности течения, осложнения при пневмонии |  | ***1,2*** |
| 4 | Общие принципы классификации. |  | ***1,2*** |
| 5 | Клиника, диагностика пневмонии у детей |  | ***1,2*** |
| 6 | Проведение амбулаторного приёма детей, постановка предварительного диагноза, назначение и проведение исследования |  | ***1,2*** |
| 7 | Оформление медицинской документации. |  | ***1,2*** |
| **Лабораторные работы** | ***-*** |  |
|  |
| **Практическое занятие** | ***2*** |
| 4.13. | Планирование обследования пациентов с интерпретацией результатов лабораторных и инструментальных методов диагностики, осуществление сбора анамнеза для формулировки предварительного диагноза с оценкой состояния здоровья детей разного возраста с пневмонией и оформлением медицинской документации | ***2*** |

**МЕТОДИЧЕСКИЙ ЛИСТ**

**Тип занятия –** комбинированное занятие.

**Вид занятия** - текущая лекция, с демонстрацией наглядных пособий, с использованием информационных технологий.

**Продолжительность –** 90 мин.

**ЦЕЛИ ЗАНЯТИЯ**

1. **Учебные цели:**

- формирование профессиональных компетенций:

ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп;

ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний.

- формирование знаний: о диагностике пневмонии у детей (субъективных, объективных, лабораторных, инструментальных методах исследования пациентов), классификации пневмоний, симптомах, синдромах в клинике пневмонии у детей.

**2. Развивающие цели:**

- способствовать развитию у студентов ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять устойчивый интерес к ней.

**3. Воспитательные цели:**

- формирование общих компетенций: организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество (ОК 2);

**Методы обучения** – объяснительно-иллюстративный, репродуктивный.

**Место проведения занятия** – аудитория колледжа № 35.

**МОТИВАЦИЯ**

Пневмония, или воспаление легких, — острое инфекционное заболевание детей и подростков, преимущественно (на 75–80%) бактериальной природы, характеризующееся очаговым поражением респираторных отделов легких и наличием дыхательных расстройств и внутриальвеолярной экссудации. В нашей стране в инфекционной патологии детского возраста острые пневмонии занимают значительное место, определяя показатели качества жизни, здоровья и смертности детей, причем в первую очередь это касается новорожденных и детей раннего возраста.

Эксперты Европейского респираторного общества отмечают, что даже в экономически развитых странах острые инфекции респираторного тракта среди детей остаются одной из основных причин заболеваемости и смертности. В 2014 г. среди всего населения РФ из 507 031 случая заболеваний внебольничной пневмонией (ВП) (заболеваемость 354,1 на 100 000 населения) на детей и подростков до 17 лет пришлось 181 313 случаев (заболеваемость 678,7 на 100 000 населения). Таким образом, в последние годы заболеваемость только одной ВП, не говоря уже о других видах пневмонии, среди детей и подростков оказалась выше заболеваемости населения в целом. Доля пневмоний в общей массе острых респираторных заболеваний в РФ составляет 1,8% у детей до 1 года, 1% в возрасте 1–9 лет и 0,4% — у подростков. Причем в течение года заболеваемость ВП минимальна в июле–сентябре, повышается в октябре–декабре, достигает максимума в январе–апреле и снова снижается в мае–июне. То есть заболеваемость ВП коррелирует с сезонным повышением уровня острых респираторных заболеваний, чего нельзя сказать о врожденных пневмониях и внутрибольничных пневмониях.

Частота внутрибольничных (госпитальных, нозокомиальных) пневмоний в большей степени зависит от контингента больных, находящихся в стационарах, условий пребывания ребенка в стационаре и возраста детей и составляет до 27% случаев всех нозокомиальных инфекций. При этом максимальная частота госпитальных пневмоний также отмечается у новорожденных и недоношенных детей и у детей раннего возраста, а также у детей, перенесших операции, травмы, ожоги и т.д., что подчеркивает важность иммунобиологического фона у ребенка для развития этого инфекционного осложнения его пребывания в стационаре. Частота врожденных пневмоний составляет около 1% среди доношенных и около 10% среди недоношенных детей. У новорожденных, находящихся в отделении реанимации и на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), заболеваемость нозокомиальной (госпитальной) пневмонией варьирует в широких пределах и может достигать 40–45%.

Смертность от пневмоний (вместе с гриппом) в РФ в среднем составляет около 15 на 100 000 населения. Причем наивысшая смертность была отмечена среди детей в первые 4 года жизни и достигала 30,1 на 100 000 населения, наименьшая (0,8 на 100 000 населения) отмечалась в возрасте старше 10 лет (у подростков).

В последние годы произошло значительное снижение смертности от пневмонии среди детей первого года жизни: с 16,1 в 1995 г. до 2,7 в 2012 г. на 10 000 родившихся живыми детей. При этом в 24% случаев пневмония выступала не в качестве основной причины смерти, а в качестве конкурирующей причины смерти больных детей. Но необходимо учитывать, что данные о смертности от пневмонии по регионам РФ имеют значительный разброс показателей — от 0 до 13,7 на 10 000 детей.

Смертность от госпитальной пневмонии, по данным Национальной системы наблюдения за нозокомиальными инфекциями США, на рубеже прошлого века и нынешнего составляла 33–37%. В Российской Федерации смертность детей от госпитальной пневмонии не изучалась.

**ПРИМЕРНАЯ ХРОНОКАРТА ТЕОРЕТИЧЕСКОГО ЗАНЯТИЯ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **п/№** | **Наименование этапа** | **Время** | **Цель этапа** | **Деятельность** | **Оснащение** |
| **преподавателя** | **студентов** |
| **-1-** | **-2-** | **-3-** | **-4-** | **-5-** | **-6-** | **-7-** |
|  | **Организационный этап** | 1 | Организация начала занятия, формирование ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество | Отмечает отсутствующих студентов в журнале | Староста называет отсутствующих студентов. Студенты приводят в соответствие внешний вид, готовят рабочие места.  | Журнал, тетради для конспектов |
|  | **Контроль базовых знаний по предыдущей** Теме 4.12. Общие принципы классификации, этиологии, патогенеза; клиническая картина, осложнения методы клинического, лабораторного, инструментального обследования при бронхитах у детей и оформление медицинской документации. | 5-6 | Оценка уровня сформированности базовых знаний по теме 4.12.Этиология, патогенез, патологическая анатомия, клиническая картина, особенности течения, осложнения, методы клинического, лабораторного, инструментального обследования у детей с бронхитом. | Инструктирует и проводит контроль | Дают устный ответ на контрольные вопросы  | Приложение 1  |
|  | **Мотивационный этап и целеполагание** | 2-3 | Развитие интереса к будущей профессии, понимания сущности и социальной значимости (ОК 1), установка приоритетов при изучении темы | Объясняет студентам важность изучения данной темы, озвучивает цели занятия | Слушают, задают вопросы, записывают название темы | Методичес-кая разработка, презентация, проектор, компьютер |
|  | **Изложение исходной информации** | 72-75 | - формирование знаний;- формирование ПК 1.1. Планировать обследование пациентов различных возрастных групп.- формирование ПК 1.3. Проводить диагностику острых и хронических заболеваний | Излагает новый материал, демонстрирует слайды | Слушают, изучают слайды, муляжи, конспектируют | Методичес-кая разработка, презентация, проектор, компьютер |
|  | **Выполнение заданий для закрепления знаний Предварительный контроль новых знаний** | 5-6 | Закрепление, систематизация, обобщение знаний | Контролирует усвоение ключевых моментов | Отвечают на контрольные вопросы по наиболее проблемным моментам | Приложение 2 |
|  | **Подведение итогов занятия** | 3-4 | Оценивает работу группы в целом. Объявляет оценки, мотивирует студентов, выделяет наиболее подготовленных | Слушают, участвуют в обсуждении, задают вопросы | Развитие эмоциональной устойчивости, дисциплинированности | Журнал |
|  | **Задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов** | 1-2 | Формирование и закрепление знаний  | Дает задание для самостоятельной внеаудиторной работы студентов, инструктирует о правильности выполнения, критериях оценивания | Записывают задание | Приложение 3 |

**ИСХОДНЫЙ МАТЕРИАЛ**

Тема 4.13. Общие принципы классификации, этиологии, патогенеза; клиническая картина, осложнения методы клинического, лабораторного, инструментального обследования при пневмонии и оформление медицинской документации.

* **Министерство Здравоохранения Российской Федерации**
* **Союз Педиатров России**
* **Российское Общество скорой медицинской помощи**
* **Федеральные клинические рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии у детей**

**Главный внештатный специалист педиатр Минздрава России** академик РАН А.А. Баранов

**Главный внештатный специалист по скорой медицинской помощи Минздрава России** академик РАН С.Ф.Багненко

2015 г.

ID: URL: <http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_vnebp.pdf> .

**План изложения материала:**

Определение

Код по МКБ-10

Этиология и патогенез

Классификация

Клиническая картина

Клинические проявления осложнений

Диагностика

Дифференциальная диагностика

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций:**

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| **Сила** | **Описание** |
| **А** | По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор или РКИ, оцененные как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| **В** | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+ |
| **С** | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++ |
| **D** | Доказательства уровня 3 или 4; или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+ |

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ**

**Пневмония** - острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме.

**Внебольничная пневмония** – острое инфекционное заболевание легких различной, преимущественно бактериальной, этиологии, развившееся вне стационара или в первые 48-72 часа пребывания ребенка в стационаре, сопровождаемое лихорадкой и симптомами поражения нижних дыхательных путей (одышка, кашель, физикальные данные), при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме (Российское респираторное общество, 2011).

**Респираторный дистресс** характеризуется появлением дыхательной недостаточности (ДН) независимо от ее происхождения (пневмонии, инородного тела, острого эпиглоттита и т.д.). ДН бывает гипоксической (при недостатке кислорода) и гиперкапнической (при избытке углекислоты).

**КОДЫ по МКБ-10**

J13 Пневмония, вызванная Streptococcus pneumoniae.

J14 Пневмония, вызванная Haemophilus influenzae (палочкой Афанасьева— Пфейффера).

J15 Бактериальная пневмония, не классифицированная в других рубриках.

J16 Пневмония, вызванная другими инфекционными возбудителями, не классифицированная в других рубриках.

J17 Пневмония при болезнях, классифицированных в других рубриках.

J18 Пневмония без уточнения возбудителя.

**ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ** Ведущими возбудителями внебольничной пневмонии у детей являются Streptococcus pneumoniae (74,5% cлучаев), Mycoplasma pneumoniаe, Chlamydophyla pneumoniae, Haemophilus influenzae, возможна вирусная и вирусно-бактериальная этиология пневмонии.

Пневмония возникает вследствие снижения иммунного ответа, инфекции вирулентным микроорганизмом и/или вследствие контакта с микроорганизмами в высоких концентрациях.

Внебольничная пневмония в типичных случаях развивается на фоне острой инфекции верхних дыхательных путей, следом за которой инфекция (бактерии, или вирусы, или другие микроорганизмы) проникает в нижние дыхательные пути, вызывая иммунный ответ, в том числе, воспалительную реакцию. Альвеолы заполняются лейкоцитами, жидкостью и клеточным детритом, вследствие чего возникают спадение альвеол, нарушение вентиляционно-перфузионных нарушений. При тяжелых инфекциях ряд микроорганизмов, например, S. aureus, K. pneumoniae, некоторые штаммы S. pneumoniae, могут вызывать некротические (деструктивные) процессы. При отсутствии адекватного своевременного лечения усугубляется дыхательная недостаточность и повышается вероятность развития неблагоприятного исхода.

**КЛАССИФИКАЦИЯ**

На сегодняшний день используется следующая классификация:

1. По этиологии: бактериальная, вирусная, грибковая, паразитарная, хламидийная, микоплазменная, смешанная (J13—J18).

2. По месту возникновения:

• внебольничная (домашняя, амбулаторная);

• госпитальная (нозокомиальная, внутрибольничная)

3. Выделяют клинико-морфологические формы:

• очаговую;

• очагово-сливную;

• моно- или полисегментарную;

• лобарную (долевую, крупозную);

• интерстициальную.

4. По локализации:

• односторонняя;

• двусторонняя.

5. По степени тяжести: среднетяжелая и тяжелая. Тяжесть пневмонии определяется выраженностью клинических проявлений и наличием осложнений.

6. По наличию и характеру осложнений:

• легочные:

• плеврит;

• абсцесс легкого;

• пневмоторакс, пиопневмоторакс;

• внелегочные:

• отит, менингит, остеомиелит, пиелонефрит;

• инфекционно-токсический шок;

• сердечно-сосудистая недостаточность;

• ДВС-синдром.

1. По характеру течения:

• острая (длительностью до 6 нед);

• затяжная (более 6 нед).

8. У новорожденных выделяют следующие формы пневмонии:

• внутриутробные (врожденные);

• постнатальные (приобретенные).

1. Различают пневмонии:

• аспирационную — при заболеваниях, сопровождающихся рефлюксом, дисфагией, у больных с нарушением сознания;

• вентиляционную — развивается у пациентов на ИВЛ:

раннюю — в первые 5 сут. и

позднюю — после 5 сут ИВЛ.

**КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА**

**Пневмония** — острое заболевание, обычно с кашлем и лихорадкой, которая без лечения держится, в отличие от вирусной инфекции, более 3 дней; ринит и другие признаки ОРВИ часто отсутствуют.

Без повышения температуры тела (но с выраженной одышкой) протекают атипичные пневмонии у детей 1—6 мес жизни, вызванные С. trachomatis.

**Очень тяжелая пневмония** характеризуется наличием центрального цианоза, других признаков тяжелой дыхательной недостаточности (ДН, таблица 2), нарушением сознания, отказом ребенка от питья. Тяжелая пневмония характеризуется (при отсутствии угрожаемых жизни симптомов) наличием втяжений уступчивых мест грудной клетки (обычно в нижней части) при дыхании, у грудных детей — кряхтящим дыханием, раздуванием крыльев носа.

**Неосложненная пневмония** диагностируется, если отсутствуют указанные выше признаки при наличии одышки в отсутствие обструктивного синдрома (ЧД≥ 60 в минуту у детей до 2 мес; ≥ 50 в минуту — от 2 мес до 1 года; ≥ 40 в минуту — от 1 года до 5 лет) и/или классических физикальных симптомов: укорочения перкуторного звука, ослабленного или бронхиального дыхания, крепитации или мелкопузырчатых хрипов над участком легких. Отсутствие одышки не исключает пневмонии.

**КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСЛОЖНЕНИЙ**

**Плеврит** — воспалительное заболевание плевры бактериального или вируснобактериального генеза. Различают сухие и выпотные плевриты.

Клинические проявления:

• одышка;

• стонущее/кряхтящее дыхание;

• болевой синдром;

• притупление перкуторного звука и ослабление дыхания над зоной поражения;

• смещение средостения в противоположную поражению сторону при наличии плеврального выпота.

При плевральной пункции (подозрение на выпотной плеврит) — обнаружение жидкости в плевральной полости.

**Абсцесс легкого** — ограниченный очаг воспаления легочной ткани с ее распадом и образованием полости, заполненной гноем.

Клинические проявления:

• высокая лихорадка, часто с ознобом;

• цианоз; • тахипноэ, одышка;

• жалобы на боль в грудной клетке (без плеврита могут отсутствовать);

• может быть приступообразный кашель с гнойной мокротой.

**Пневмоторакс** — скопление газа в плевральной полости, что приводит к спадению ткани легкого, смещению средостения в здоровую сторону, сдавлению кровеносных сосудов средостения, опущению купола диафрагмы, что вызывает нарушение дыхания и кровообращения. При пневмонии причиной пневмоторакса может быть разрыв легочной ткани вследствие действия протеолитических ферментов микроорганизмов или присутствия в плевральной полости газообразующих микроорганизмов

Клинические проявления закрытого пневмоторакса:

• острая боль на стороне пораженного легкого, которая усиливается при кашле, движении и иррадиирует в плечо, лопатку, брюшную полость;

Клинические проявления напряженного (клапанного) пневмоторакса:

• состояние тяжелое или крайне тяжелое;

• увеличение в объеме пораженной стороны грудной клетки;

• прогрессирующая одышка, цианоз, общая слабость;

• тахикардия, артериальная гипотония;

• отмечается набухание шейных вен и вен верхних конечностей; • может наблюдаться потеря сознания.

**ДИАГНОСТИКА**

Критерии диагностики пневмонии следующие:

Клинические: повышение температуры тела, кашель, физикальные изменения в легких, дыхательная недостаточность.

Рентгенологические: инфильтративные изменения в легких.

Лабораторные: наличие островоспалительных изменений в гемограмме. Поскольку пневмония часто (до половины случаев и более) «немая», без классических физикальных симптомов, за основу диагностики следует принимать общие симптомы. Приводимый ниже диагностический алгоритм имеет чувствительность и специфичность выше 95%. Наличие бронхиальной обструкции (свистящего дыхания — wheezing) с высокой вероятностью исключает типичную внебольничную пневмонию и встречается изредка при атипичных формах и внутрибольничном заражении.

Диагностика осложнений пневмонии основывается на соответствующих клинических проявлениях (см. клиническую картину), по показаниям проводятся дополнительные исследования.

Диагностические критерии острой дыхательной недостаточности в зависимости от степени приведены в таблице 2.

**Степени острой дыхательной недостаточности**

Таблица 2

|  |  |
| --- | --- |
| **Степень дыхательной недостаточности** | **Симптомы** |
| **I** | Одышка, тахикардия, раздувание крыльев носа при значимой физической нагрузке. |
| **II** | Одышка, тахикардия при незначительной физической нагрузке. Небольшой цианоз губ, периоральной области, акроцианоз. Раздувание крыльев носа, втяжение межреберий и/или подреберий |
| **III** | Выражены одышка, тахипноэ в покое. Поверхностное дыхание. Разлитой цианоз кожи, слизистых оболочек (следует помнить, что цианоз не всегда отражает степень дыхательной недостаточности у ребенка). Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Ребенок вялый, адинамичный или, наоборот, очень беспокойный. Есть вероятность развития гипоксической энцефалопатии (нарушения сознания, судорог) |
| **IV** | Гипоксемическая кома. Сознание отсутствует, дыхание аритмичное, периодическое, поверхностное |

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА**

Дифференциальную диагностику проводят со следующими заболеваниями:

• острым бронхитом, бронхиолитом (у детей 1 года жизни);

• туберкулезом легких;

• обтурацией инородным телом дыхательных путей;

• сердечной недостаточностью;

• острым аппендицитом.

**Приложение 1**

**Контроль знаний по предыдущей теме**

Тема 4.12. Общие принципы классификации, этиологии, патогенеза; клиническая картина, осложнения методы клинического, лабораторного, инструментального обследования при бронхитах и оформление медицинской документации.

1. **Возможные рентгенологические изменения при бронхите?**

**Эталон ответа:**

Рентгенологические изменения при бронхите:

изменение легочного рисунка (возможно усиление и повышение прозрачности) при отсутствии инфильтративных и очаговых теней в легких.

1. **Критерии диагностики хронического бронхита у детей?**

**Эталон ответа:**

Критерии диагностики:

Клинические:

продуктивный кашель,

разнокалиберные влажные хрипы в легких при наличии не менее 2-3-х обострений заболевания в год на протяжении 2-х и более лет подряд.

Рентгенологические:

усиление и деформация бронхолегочного рисунка без локального пневмосклероза.

Хронический бронхит как отдельная нозологическая форма у детей диагностируется крайне редко и только после исключения заболеваний, протекающих с синдромом хронического бронхита (муковисцидоз, первичная цилиарная дискинезия, пороки развития бронхолегочной системы, другие хронические заболевания легких).

1. **Критерии диагностики рецидивирующего бронхита?**

**Эталон ответов:**

**Рецидивирующий бронхит** (J40.0) – повторные эпизоды острых бронхитов 2-3 раза и более в течение года на фоне респираторных вирусных инфекций.

Критерии диагностики острого эпизода соответствуют клиническим и рентгенологическим признакам острого бронхита. Встречается, как правило, у детей первых 4-5 лет жизни.

**КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОТВЕТОВ СТУДЕНТОВ**

Оценка **«отлично»** ставится, если студент:

• обстоятельно, с достаточной полнотой излагает соответствующий материал;

• дает правильные формулировки, точные определения и понятий терминов, обнаруживает полное понимание материала и может обосновать свой ответ, привести необходимые примеры (не только из учебников, но и подобранные самостоятельно), полно и правильно отвечает на дополнительные вопросы преподавателя, имеющие цель выяснить степень понимания студентом данного материала;

• уверенно и правильно проводит разбор ошибок, знает положительные и отрицательные стороны выполнения практических работ;

• свободно владеет речью, медицинской терминологией.

Оценка **«хорошо»** ставится, если студент:

• дает ответ, удовлетворяющий тем же требованиям, что и оценка «отлично», но допускает единичные ошибки, которые исправляет после замечания преподавателя.

Оценка **«удовлетворительно»** ставится, если студент:

• знает и понимает основные положения данной темы, но допускает неточности в формулировке правил;

• допускает частые ошибки;

• излагает материал недостаточно связанно и последовательно.

Оценка **«неудовлетворительно»** ставится, если студент:

• обнаруживает незнание общей части соответствующего раздела темы, допускает ошибки в формулировке правил, искажающие них смысл, беспорядочно и неуверенно излагает материал, сопровождая изложение частыми остановками и перерывами.

**Приложение 2**

**Задания для закрепления и предварительного контроля усвоения новых знаний**

Тема 4.13. Общие принципы классификации, этиологии, патогенеза; клиническая картина, осложнения методы клинического, лабораторного, инструментального обследования при пневмонии и оформление медицинской документации.

1. **Определение пневмонии?**

**Эталон ответа:**

**Пневмония** - острое инфекционное заболевание легочной паренхимы, диагностируемое по синдрому дыхательных расстройств и/или физикальным данным, а также инфильтративным изменениям на рентгенограмме.

1. **Определение внебольничной пневмонии?**

**Эталон ответа:**

**Внебольничная пневмония** – острое инфекционное заболевание легких различной, преимущественно бактериальной, этиологии, развившееся вне стационара или в первые 48-72 часа пребывания ребенка в стационаре, сопровождаемое лихорадкой и симптомами поражения нижних дыхательных путей (одышка, кашель, физикальные данные), при наличии инфильтративных изменений на рентгенограмме (Российское респираторное общество, 2011).

1. **Определение дистресс-синдрома?**

**Эталон ответа:**

**Респираторный дистресс** характеризуется появлением дыхательной недостаточности (ДН) независимо от ее происхождения (пневмонии, инородного тела, острого эпиглоттита и т.д.). ДН бывает гипоксической (при недостатке кислорода) и гиперкапнической (при избытке углекислоты).

1. **Клиническая характеристика ДН III?**

**Эталон ответа:**

Выражены одышка, тахипноэ в покое. Поверхностное дыхание. Разлитой цианоз кожи, слизистых оболочек (следует помнить, что цианоз не всегда отражает степень дыхательной недостаточности у ребенка). Участие в акте дыхания вспомогательной мускулатуры. Ребенок вялый, адинамичный или, наоборот, очень беспокойный. Есть вероятность развития гипоксической энцефалопатии (нарушения сознания, судорог).

1. **Охарактеризуйте плеврит как осложнение пневмонии у детей?**

**Эталон ответа:**

**Плеврит** — воспалительное заболевание плевры бактериального или вируснобактериального генеза. Различают сухие и выпотные плевриты.

Клинические проявления:

• одышка;

• стонущее/кряхтящее дыхание;

• болевой синдром;

• притупление перкуторного звука и ослабление дыхания над зоной поражения;

• смещение средостения в противоположную поражению сторону при наличии плеврального выпота.

При плевральной пункции (подозрение на выпотной плеврит) — обнаружение жидкости в плевральной полости.

**Приложение 3**

**ЗАДАНИЕ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ВНЕАУДИТОРНОЙ РАБОТЫ СТУДЕНТОВ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Цель домашнего задания** | **Вид домашнего задания** | **Источник информации** |
| - закрепление и систематизация знаний | - изучение текста учебника, МП;- работа с конспектом теоретического занятия;- изучение презентации. | 1.Основная литература:Педиатрия с детскими инфекциями: учебник для студентов учреждений среднего профессионального образования / А.М.Запруднов, К.И.Григорьев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 560с.: ил., стр. 231 – 249.1. Дополнительные источники:
* МП «Сборник опорных конспектов», стр. 109 – 121;
* конспект лекции.
* презентация.
 |

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ:**

1. Внебольничная пневмония: распространенность, диагностика, лечение и профилактика. Научно-практическая программа. Москва. 2011. Российское респираторное общество. Федерация педиатров стран СНГ. Московское общество детских врачей.
2. В.М. Шайтор Скорая и неотложная медицинская помощь детям на догоспитальном этапе: Краткое руководство для врачей. СПб.: ИнформМед, 2013. с. 120-125.
3. В.К. Таточенко Практическая пульмонология детского возраста. М., 2000, 272 с.
4. В.П. Колосов, Е.Ю. Кочегарова, С.В. Нарышкина Внебольничная пневмония (клиническое течение, прогнозирование исходов). Благовещенск: АГМА, 2012. 124 с.
5. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Российское респираторное общество, 2009. 18 с.
6. Оказание стационарной помощи детям. Руководство по ведению наиболее распространенных болезней детского возраста / Карманный справочник. 2-е изд. Всемирная организация здравоохранения (Женева). 2013, 412 с.
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20.12.2012 № 1213н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при пневмонии».

Электронные ресурсы:

1. Федеральные клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при внебольничной пневмонии у детей 2015 [электронный ресурс]. – url: <http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_vnebp.pdf> (дата обращения: 19.03.2019);
2. Роспотребнадзор [электронный ресурс]. – url: [http://rospotrebnadzor.ru/activities/statisticalmaterials/statictic\_details.php ЕLEMENT\_ID=5525](http://rospotrebnadzor.ru/activities/statisticalmaterials/statictic_details.php%20%D0%95LEMENT_ID%3D5525) (дата обращения: 18.03.2019).