

Методические рекомендации по теме "Аллергические болезни у детей."

Кафедра общей врачебной практики

Тема занятия: Аллергические болезни у детей, бронхиальная астма, аллергический ринит.

Цель занятия: закрепить знания по диагностике и тактике ведения детей с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез аллергическим ринита и бронхиальной астмы, изучить критерии установления диагноза, основные принципы плановой и экстренной помощи, рациональной терапии и профилактики.

Ординатор должен иметь представление об организации медицинской помощи детям с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основные методы обследования и лечения и их применение в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Ординатор должен знать: этиологию и эпидемиологию бронхиальной астмы и ринита, наиболее важные аспекты патогенеза; современную классификацию, клиническую картину, критерии постановки диагноза «бронхиальная астма», принципы неотложной и базисной терапии бронхиальной астмы, понятие контроля заболевания, принципы мониторинга бронхиальной астмы и принципы профилактики обострений.

Ординатор должен уметь: заподозрить и диагностировать аллергический ринит и бронхиальную астму у детей, составлять план обследования, сформулировать диагноз, назначить лечение согласно современным международным, национальным клиническим рекомендациям и протоколам, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи по профилю заболевания; разработать программы индивидуальной терапии, профилактики обострений.

Ординатор должен владеть: методами обследования ребенка с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой, методами -инструментальной диагностики бронхиальной астмы и аллергического ринита, навыками индивидуализации назначаемого лечения, профилактики, оказания неотложной помощи.

Учебно-тематический план:

лекция – 1 час

практическое занятие – 6 часов

самостоятельная работа – 3 часа

План лекции:

1. эпидемиология аллергических заболеваний в детской популяции
2. определение бронхиальной астмы
3. этиологические факторы развития бронхиальной астмы: внешние и внутренние факторы
4. фенотипы бронхиальной астмы
5. классификация бронхиальной астмы

6. понятие контроля при бронхиальной астме
7. принципы диагностики бронхиальной астмы
8. дифференциальная диагностика при бронхиальной астме
9. базисная терапия при бронхиальной астме
10. принципы терапии обострений бронхиальной астмы
11. профилактика обострений бронхиальной астмы
12. диспансеризация пациентов с диагнозом бронхиальная астма
13. определение аллергического ринита
14. классификация аллергического ринита
15. диагностика аллергического ринита
16. дифференциальная диагностика аллергического ринита
17. терапия аллергического ринита
18. меры по профилактике трансформации аллергического ринита в бронхиальную астму

Клиническое практическое занятие включает в себя:

Вводный контроль (тесты).

Беседа по теме занятий.

Клинический разбор историй болезни детей с аллергическим ринитом и бронхиальной астмой.

Интерпретация исследований: клинического анализа крови, иммунологического анализа крови (определение общего и специфических IgE), данных риноцитогаммы, результатов функции внешнего дыхания, рентгенологического исследования органов грудной клетки, цитологического исследования мокроты.

Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при аллергическом рините и бронхиальной астме.

Разбор историй болезней детей с бронхиальной астмой в ведении которых допущены типичные ошибки.

Ролевые игры: маршрут пациента: кабинет доврачебного осмотра, врач общей практики, заведующий отделением, врач скорой (неотложной помощи), врач приемного покоя, врач отделения стационарной помощи, заведующий отделением.

Отработка практических навыков: обследование детей с бронхиальной астмой, аллергическим ринитом с осмотром, выявлением симптомов и синдромов, с формулированием развернутого диагноза, проведением дифференциального диагноза, интерпретация данных лабораторных и инструментальных исследований.

Перечень вопросов для собеседования:

1. Дайте определение понятию «бронхиальная астма».
2. Назовите критерии постановки диагноза «бронхиальная астма» у детей.
3. Перечислите основные фенотипы бронхиальной астмы в педиатрической практике.

4. Перечислите основные компоненты бронхообструктивного синдрома у детей.
5. Раскройте понятие «контроль бронхиальной астмы».
6. Перечислите основные классы препаратов, используемых в лечении бронхиальной астмы.
7. Дайте определение понятию «аллергический ринит».
8. Сформируйте план обследования ребенка с подозрением на аллергический ринит.

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)

Работа с тестами и вопросами для самопроверки.

Подготовка и написание докладов на заданные темы.

Основные темы докладов:

1. Функциональные методы диагностики бронхообструктивного синдрома у детей (осциллометрия, спирометрия, бронхопровокационный тест).
2. Астматический статус. Этиология, патогенез, клиника, диагностики и принципы терапии.
3. Небулайзерная терапия. Виды небулайзеров, показания к применению, лекарственные средства для небулайзерной терапии.
4. Новое в лечении аллергических заболеваний.

Фонд оценочных средств

Тестовые задания:

1. ПК-5 Выявление эозинофилов при цитологическом исследовании мазков-отпечатков со слизистой оболочки носа свидетельствует о наличии:

- 1) острого инфекционного респираторного заболевания
- 2) паразитоза кишечника
- 3) инородного тела полости носа
- **4) аллергического ринита**
- 5) нормального состояния слизистой оболочки полости носа

2. ПК-5 Аллергический ринит это:

- **1) хроническое аллергическое воспаление слизистой оболочки носа у пациентов с сенсибилизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам**
- 2) хроническое воспалительное заболевание на основе аномалии развития полости носа
- 3) хронический инфекционный процесс
- 4) симптом системного заболевания соединительной ткани
- 5) острый инфекционный процесс

3. ПК-5 К клиническим проявлениям аллергического ринита НЕ относится:

- 1) пароксизмальное чихание
- 2) ринорея
- 3) ощущение зуда в носу
- 4) заложенность носа
- 5) **гнойное отделяемое из носа**

4. ПК-6 К базисной противовоспалительной терапии аллергического ринита относятся следующие препараты, КРОМЕ:

- 1) антигистаминные препараты
- 2) антилейкотриеновые препараты
- 3) интраназальные кромоны
- 4) **интраназальные антибактериальные препараты**
- 5) топические интраназальные глюкокортикостероиды

5. ПК-6 Аллергенспецифическая иммунотерапия показана при:

- 1) **атопических заболеваниях респираторного тракта с доказанной сенсibilизацией к экзогенным неинфекционным аллергенам**
- 2) при частых респираторных заболеваниях
- 3) при atopическом дерматите
- 4) при отсутствии эффективности противоаллергической фармакологической терапии
- 5) при аллергических заболеваниях ЖКТ

6. ПК-6 К элиминационным мероприятиям при бытовой сенсibilизации относятся следующие КРОМЕ:

- 1) замена перьевых подушек на синтетические
- 2) ограничение мягкой мебели, ковров, портьер в доме
- 3) содержание книг на закрытых стеклом полках
- 4) стирка постельного белья в горячей /не ниже 70 градусов C/ воде не реже 2 раз в неделю
- 5) **поддержание в квартире влажности менее 30%**

7. ПК-5 К анатомо-физиологическим особенностям органов дыхания у детей НЕ относится:

- 1) узкие и короткие носовые ходы
- 2) «экспираторное» строение грудной клетки
- 3) незавершенность развития придаточных пазух
- 4) **широкие, относительно взрослых, бронхи и бронхиолы**
- 5) меньшая, чем у взрослых, выраженность дыхательной мускулатуры

8. ПК-5 Спастический навязчивый кашель со свистящим обертонном характерен для больших:

- 1) коклюшем

- 2) острым простым бронхитом
- **3) бронхиальной астмой**
- 4) бронхоэктатической болезнью
- 5) острым трахеитом

9. ПК-5 Кашель и чувство затруднения дыхания при физической нагрузке возникает у детей, больных:

- 1) острой пневмонией
- 2) ринофарингитом
- 3) коклюшем
- **4) бронхиальной астмой**
- 5) острым простым бронхитом

10. ПК-5 Диффузное ослабление дыхания характерно для:

- 1) острой пневмонии
- 2) острого простого бронхита
- 3) острого ринофарингита
- **4) приступного периода бронхиальной астмы**
- 5) коклюша

11. ПК-5 Какова роль инфекции в этиопатогенезе БА?

- инфекция как сенсibilизирующий фактор
- инфекция как неспецифический фактор повреждения
- сочетание этих механизмов

12. ПК-5 Какие механизмы аллергических реакций лежат в основе иммунопатологических вариантов БА?

- атопический
- цитотоксический
- иммунокомплексный
- ГЗТ
- сочетание 1 и 2
- сочетание 1 и 3

13. ПК-5 Каково современное отношение к месту «астмы физического напряжения» (АФН) среди форм и вариантов БА?

- АФН является самостоятельной формой БА
- АФН является проявлением паторцепторной формы БА
- АФН является проявлением атопической формы БА
- АФН является проявлением дисметаболической формы БА
- АФН является проявлением любой формы БА

14. ПК-5 Какие из перечисленных факторов являются специфическими этиологическими факторами для атопической формы БА?

- a) бронхолегочная инфекция
- b) метеофакторы
- c) резкие запахи, ирританты
- d) бытовые аллергены
- e) физическая нагрузка

15. ПК-5 Какие из перечисленных факторов провоцируют приступы неаллергической БА?

- a) аспирин
- b) холодный ветер
- c) пылевые и эпидермальные аллергены
- d) метеофакторы
- e) Правильно 1, 3, 4

16. ПК-5 Как изменяется функциональная активность (чувствительность) адренорецепторов бронхиального дерева при БА?

- a) повышается
- b) понижается
- c) не изменяется

17. ПК-5 Какие из перечисленных факторов повышают реактивность бронхов?

- a) ОРВИ
- b) хроническая бронхолегочная инфекция
- c) введение в/м гамма-глобулина
- d) коклюшная вакцина
- e) дифтерийная вакцина
- f) все перечисленные факторы

18. ПК-5 При каких из перечисленных форм БА имеет место синдром бронхиальной гиперреактивности?

- a) при атопической форме
- b) при неаллергической форме
- c) при аспириновой астме
- d) при дисметаболических формах
- e) при всех перечисленных формах

19. ПК-5 Как изменяются внутриклеточные концентрации циклических нуклеотидов при БА?

- a) повышается концентрация цАМФ
- b) понижается концентрация цАМФ

- c) повышается концентрация цГМФ
- d) понижается концентрация цГМФ
- e) Верно 2,3

20. ПК-5 Следующие профессии могут быть факторами, вызывающими профессиональную астму:

- a) лаборант медицинской лаборатории
- b) оператор ЭВМ
- c) сборщик в электронной промышленности
- d) работник типографии
- e) шахтер угольных шахт
- f) Верно 1, 3, 4

21. ПК-5 Многие больные астмой реагируют на единственный пусковой фактор

- a) верно
- b) неверно

22. ПК-5 Инфекции верхних дыхательных путей чаще других инфекций провоцируют приступы астмы

- a) верно
- b) неверно

23. ПК-5 Кожные пробы могут быть полезным средством диагностики астмы в кабинете врача общей практики

- a) верно
- b) неверно

24. ПК-5 Лабильность ПСВ на 5% в течение дня считается нормальной

- a) верно
- b) неверно

25. ПК-5 В обычных жилых помещениях бывает трудно избавиться от клещей домашней пыли

- a) верно
- b) неверно

26. ПК-5 Как правило, у больных астмой симптомы появляются реже во время занятий плаванием, а не бегом

- a) верно

b) неверно

27. ПК-5 У многих больных астмой отсутствуют изменения на рентгенограммах грудной клетки

a) верно

b) неверно

28. ПК-5 Наибольший риск формирования бронхиальной астмы характерен для пациентов с:

a. Аллергическим ринитом тяжёлого течения

b. Аллергическим ринитом лёгкого течения либо средней степени тяжести

c. Аллергическим ринитом интермиттирующим

d. Аллергическим ринитом персистирующим

29. ПК-5 К основным инструментальным методам диагностики БА относятся:

a) импульсная осциллометрия

b) спирометрия, пикфлоуметрия

c) спирометрия

d) импульсная осциллометрия, спирометрия+фармакологическая проба, пикфлоуметрия

30. ПК-5 С чем приходится дифференцировать БА у детей раннего возраста?

a) вирусный бронхолит

b) пневмония с СБО

c) облитерирующий бронхолит

d) муковисцидоз

e) все из перечисленных форм патологии

31. ПК-5 Какие из перечисленных симптомов являются характерными для периода предвестников приступа у детей раннего возраста?

a) нарушение сна, аппетита

b) приступообразный кашель

c) аллергический «салют»

d) обилие сухих, свистящих хрипов

e) перкуторно – укорочение легочного звука

32. ПК-5 Какие из перечисленных аускультативных изменений характерны для приступа БА у ребенка раннего возраста?

- a) стабильность характера хрипов
- b) непостоянство характера хрипов
- c) обилие разнокалиберных влажных хрипов
- d) обилие сухих свистящих хрипов

33. ПК-5 Какой тип одышки наиболее характерен при приступе БА у ребенка раннего возраста?

- a) инспираторный тип
- b) экспираторный тип
- c) смешанный тип

Ситуационные задачи:

Задача 1

ПК-5, ПК-6

МАЛЬЧИК 6 ЛЕТ

ЖАЛОБЫ: НАВЯЗЧИВЫЙ КАШЕЛЬ, ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В НОЧНОЕ ВРЕМЯ, НЕ ЛИХОРАДИТ, ПОСЛЕ БЕГА - ПОДКАШЛИВАНИЕ.

АНАМНЕЗ: ДО 1 ГОДА - АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, С 3 ЛЕТ - ЧАСТЫЙ НАСМОРК, С 4 ЛЕТ - ОБСТРУКТИВНЫЙ БРОНХИТ 2-3 РАЗА ЗА ГОД.

ОСМОТР: НОСОВОЕ ДЫХАНИЕ - ЗАТРУДНЕНО, ДЫХАНИЕ - ЖЕСТКОЕ, ВЫДОХ - УДЛИНЕН.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

РЕКОМЕНДОВАННАЯ ТЕРАПИЯ?

Ответ: обструктивный бронхит, рецидивирующее течение, риск развития бронхиальной астмы. Аллергический ринит?

план обследования: спирометрия, проба с физической нагрузкой, кожные пробы, клинический анализ крови, снимок легких, снимок придаточных пазух носа, консультация аллерголога

терапия: в носовые ходы – назонекс, сингуляр в дозе 5 мг 1 раз в сутки.

Задача 2

ПК-5, ПК-6

ДЕВОЧКА 12 ЛЕТ.

ЖАЛОБЫ: ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ 1 РАЗ В МЕСЯЦ, НАБЛЮДАЕТСЯ НЕРЕГУЛЯРНО.

АНАМНЕЗ: ДО 1 ГОДА - АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ, В 4 ГОДА ПОСТАВЛЕН ДИАГНОЗ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ, В ОСЕННЕ-ЗИМНИЙ ПЕРИОД КУРСЫ ТАЙЛЕДА ПО 2-3 МЕСЯЦА. ПИКФЛОУМЕТРИЯ - ЖЕЛТАЯ ЗОНА.

ДИАГНОЗ? РЕКОМЕНДОВАННАЯ ТЕРАПИЯ?

Ответ:

Бронхиальная астма, средне-тяжелое течение, неконтролируемое, период обострения. Учитывая показатели ПФМ и клинику, рекомендовано изменить базисную терапию: препараты топические стероиды в виде фликсотиды по 125 мкг 2 раза в день на 1 месяц с

дальнейшим контролем состояния через 1 месяц – проведение спирометрии и оценкой клиники.

Задача 3. ПК-5, ПК-6

ДЕВОЧКА 10 ЛЕТ.

ЖАЛОБЫ: ДЛИТЕЛЬНЫЙ НАСМОРК В ТЕЧЕНИЕ 3-4 ЛЕТ, ДНЕМ - СЕРОЗНОЕ ОТДЕЛЯЕМОЕ, ПРИСТУПЫ ПАРОКСИЗМАЛЬНОГО ЧИХАНИЯ, НОЧЬЮ - ЗАЛОЖЕННОСТЬ НОСА, ЧАСТОЕ ПРИМЕНЕНИЕ СОСУДОСУЖИВАЮЩИХ ПРЕПАРАТОВ.

АНАМНЕЗ: ЧАСТЫЕ ОРВИ ДО 3 ЛЕТ, С 4 ЛЕТ НАБЛЮДАЕТСЯ ЛОР-ВРАЧОМ С ДИАГНОЗОМ АДЕНОИДИТ, В 7 ЛЕТ - АДЕНОТОМИЯ, БЕЗ ПОЛОЖИТЕЛЬНОЙ ДИНАМИКИ.

ОСМОТР ПЕДИАТРА, ДИАГНОЗ - ЧДБ, РЕКОМЕНДОВАН КУРС БРОНХОМУНАЛА.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ?

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТЕРАПИЯ?

Ответ: предварительный диагноз – аллергический ринит? план обследования: консультация ЛОР –врача, снимок придаточных пазух носа, риноцитограмма, посев на флору, консультация аллерголога.

рекомендуемая терапия: назонекс 2 дозы 2 раза в день на 1 месяц, сингуляр по 5 мг в день на 1 месяц.

Задача 5.

ПК-5, ПК-6

МАЛЬЧИК 12 ЛЕТ

ЖАЛОБЫ: ЧАСТЫЕ ПРИСТУПЫ УДУШЬЯ, НА УРОКАХ ФИЗКУЛЬТУРЫ ПОСЛЕ БЕГА - ОДЫШКА.

АНАМНЕЗ: ДО 1 ГОДА - АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ. С 3 ЛЕТ - АЛЛЕРГИЧЕСКИЙ РИНИТ, С 6 ЛЕТ - БРОНХИАЛЬНАЯ АСТМА, В 6-7 ЛЕТ КУРСЫ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ (ИНТАЛ), С 9 ЛЕТ УЧАЩЕНИЕ ПРИСТУПОВ, РЕКОМЕНДОВАН КУРС СТЕРОИДОВ (ФЛИКСОТИД В ДОЗЕ 200 МКГ/СУТКИ), ПОСЛЕДНИЙ КУРС СТЕРОИДОВ ПРОВЕДЕН 3 МЕСЯЦА НАЗАД, ЗА ПОСЛЕДНИЕ 2 МЕСЯЦА - ПРИМЕНЕНИЕ САЛЬБУТАМОЛА 3-4 РАЗА ЕЖЕДНЕВНО.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ? ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ТЕРАПИЯ?

Ответ: бронхиальная астма среднетяжелое течение, неконтролируемая, период обострения.

план обследования: спирометрия, контроль пикфлоуметрии

рекомендовано назначение комбинированной терапии как пример серетид в дозе 50 /100 мкг в сутки на 1 месяц с дальнейшим контролем.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите этиологические факторы бронхиальной астмы.
2. Классификация бронхиальной астмы согласно международным и национальным рекомендациям.

3. Дифференциальная диагностика бронхообструктивного синдрома у детей.
4. Основные классы бронходилатационных препаратов.
5. Понятие базисной терапии бронхиальной астмы, фармакологические эффекты основных групп лекарственных препаратов.
6. Классификация аллергического ринита.
7. Методы лабораторной и инструментальной диагностики бронхиальной астмы и аллергического ринита.
8. Ступенчатая схема терапии аллергического ринита.

Хронокарта клинического практического занятия по теме: Аллергические болезни у детей, бронхиальная астма, аллергический ринит.

	На 4 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	10 мин
Тестирование	15 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	40 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	90 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	15 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Рекомендуемая литература:

1. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах: Т.1, 2013.-1147с.
2. Общая врачебная практика: национальное руководство в 2-х томах: Т.2, 2013.- 1147с.
3. Аллергология. Федеральные клинические рекомендации. Главные редакторы: акад. Р.М. Хаитов, проф. Н.И. Ильина – М.: «Фармарус Принт Медиа», 2014. 126 с.
4. Болезни органов дыхания у детей /Под ред. С.В. Рачинского, В.К Таточенко М.: Медицина, 1998 г.
5. Физиология роста и развития детей и подростков (теоретические и клинические вопросы). Под ред. А.А. Баранова, Л.А. Щеплягиной. М., 2000 г.
6. Баранов А.А. Пропедевтика детских болезней. М.: Медицина, 1999 г.
7. Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник. 6-е изд. В двух томах. Т.1. – Спб: Питер, 2008. – 928 с. – (Серия «национальная медицинская библиотека»).
8. Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник. 6-е изд. В двух томах. Т.2. – Спб: Питер, 2008. – 928 с. – (Серия «национальная медицинская библиотека»).

Методические рекомендации по теме "Аллергические болезни у детей."

Кафедра общей врачебной практики

Тема занятия: Атопический дерматит у детей.

Цель занятия: закрепить знания по диагностике и тактике ведения детей с атопическим дерматитом.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез атопического дерматита, критерии постановки диагноза, основные принципы медикаментозной и немедикаментозной терапии (лечебный уход с помощью дерматологических средств) и профилактики обострений.

Ординатор должен иметь представление об организации медицинской помощи детям с атопическим дерматитом, последовательности работы на амбулаторном и стационарном этапах, основные методы обследования и лечения и их применение в соответствии с порядком оказания медицинской помощи по соответствующему профилю.

Ординатор должен знать: этиологию и эпидемиологию атопического дерматита, наиболее важные аспекты патогенеза; современную классификацию, клиническую картину, критерии постановки диагноза «атопический дерматит», принципы диетотерапии, лекарственной терапии обострений атопического дерматита и базового лечебного ухода, а также принципы профилактики обострений.

Ординатор должен уметь: заподозрить и диагностировать атопический дерматит у детей, составлять план обследования, сформулировать диагноз, назначить лечение согласно современным международным, национальным клиническим рекомендациям и протоколам, порядкам и стандартам оказания медицинской помощи по профилю заболевания; разработать программы индивидуальной диетотерапии и индивидуального лечебного ухода за кожей ребенка-атопика.

Ординатор должен владеть: методами обследования ребенка с атопическим дерматитом, методами дифференциальной диагностики, навыками индивидуализации назначаемого лечения и профилактики обострений атопического дерматита.

Учебно-тематический план:
практическое занятие – 2 часа
самостоятельная работа – 1 час
всего – 3 часа

Клиническое практическое занятие включает в себя:

Вводный контроль (тесты).

Беседа по теме занятий.

Клинический разбор детей с атопическим дерматитом.

Интерпретация исследований: клинического анализа крови, иммунологического анализа крови (определение общего и специфических IgE), результатов копрограммы, данных УЗИ органов брюшной полости.

Решение ситуационных задач, представляющих типичные клинические ситуации при atopическом дерматите.

Разбор историй болезней детей с atopическим дерматитом в ведении которых допущены типичные ошибки.

Ролевые игры: маршрут пациента: кабинет доврачебного осмотра, врач общей практики, заведующий отделением, врач скорой (неотложной помощи), врач приемного покоя, врач отделения стационарной помощи, заведующий отделением.

Отработка практических навыков: обследование детей с atopическим дерматитом, выявлением симптомов и синдромов, оценка тяжести atopического дерматита с использованием SCORAD-индекса, с формулированием развернутого диагноза, проведением дифференциального диагноза, интерпретация данных лабораторных и инструментальных исследований, разработка индивидуальной диеты и подбор средств по уходу за кожей ребенка.

Перечень вопросов для собеседования

1. Назовите большие и малые критерии диагноза «atopический дерматит».
2. Что такое SCORAD-индекс?
3. В чем суть atopического марша?
4. Дифференциальная диагностика atopического дерматита.
5. Перечислите основные принципы гипоаллергенной диеты.

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)

Работа с тестами и вопросами для самопроверки.

Подготовка и написание докладов на заданные темы.

Основные темы докладов:

1. Белковые гидролизаты и аминокислотные смеси в лечении atopического дерматита.
2. Дифференциальная диагностика atopического дерматита.
3. Наружная терапия atopического дерматита (топические глюкокортикостероиды и ингибиторы кальциневрина). Характеристика основных представителей, показания/противопоказания к применению.
4. Лечебная косметика по уходу за кожей ребенка с atopическим дерматитом.

Фонд оценочных средств.

Тестовые задания

1. ПК-5 атопический дерматит - это:

- 1) острое аллергическое воспаление кожных покровов
- 2) острое инфекционное заболевание кожи и подкожной клетчатки
- 3) аллергическая реакция на контакт с химическими веществами
- **4) хроническое аллергическое заболевание с поражением кожных покровов**
- 5) эпизодические уртикарные высыпания на коже

2. ПК-5 у детей первого года жизни с атопическим дерматитом наиболее частым сенсибилизирующим фактором являются аллергены:

- 1) клещей домашней пыли
- 2) злаков
- **3) коровьего молока**
- 4) домашней пыли
- 5) животных

3. ПК-6 к наружным противовоспалительным средствам неинфицированного атопического дерматита не относится:

- 1) элидел
- 2) адвантан
- 3) элоком
- **4) синтомициновая эмульсия**
- 5) локоид

4. ПК-5 к клинико-anamнестическим признакам атопического дерматита не относится:

- 1) наличие аллергических заболеваний у родственников
- 2) зуд кожных покровов
- 3) типичная морфология и локализация кожных высыпаний
- **4) изменения в анализе периферической крови, указывающие на активность бактериального воспаления**
- 5) высокий уровень общего и аллерген-специфических IgE в сыворотке крови

5. ПК-5 Ребенок 7 лет, с 1,5 лет наблюдается с диагнозом атопический дерматит, средне-тяжелая форма. До 3 лет ежегодно отмечались до 4-5 обострений в год. В течение последних 2 лет ремиссия. Ваши профилактические мероприятия, за исключением:

1. образовательные программы
2. ограничение антигенной нагрузки
3. коррекция лечебного питания
4. закаливание
- 5. наружная терапия**

6. ПК-6 При наружной терапии атопического дерматита используют:

- a) Топические глюкокортикостероиды
- b) Ингибиторы кальциневрина
- c) Косметику по уходу за атопичной кожей

d) Все вышеперечисленное

7) ПК-6 К 1 классу топических глюкокортикостероидов относят:

- a) Клобетазола пропионат (Дермовейт)
- b) Бетаметазона дипропионат (Акридерм)**
- c) Мометазона фураат (Унидерм)
- d) Метилпреднизолона ацепонат (Адвантан)

8). ПК-5 К частому осложнению атопического дерматита относят:

- a) Наложение вторичной бактериальной инфекции**
- b) Келлоидные рубцы
- c) Появление стрий
- d) Трофические язвы

9). ПК-5 По классификации аллергический ринит бывает:

- a) Круглогодичный/сезонный
- b) Интермиттирующий/персистирующий
- c) Легкий/среднетяжелый/тяжелый
- d) Все варианты верны**

10) ПК-5 К гипоаллергенным продуктам относят:

- a) Курица, рыба, горох
- b) Кролик, зеленое яблоко, греча**
- c) Пшеница, куриное яйцо, помидор
- d) Перепелиное яйцо, фасоль, банан

11). ПК-5 Определение общего IgE как метод диагностики аллергопатологии:

- a) Не является показателем наличия/отсутствия аллергопатологии
- b) Достоверный показатель**
- c) Не используется в диагностике аллергопатологии
- d) Крайне редко используется для диагностики

12). ПК-5 У детей с атопическим дерматитом прикормы вводятся:

- a) В те же сроки, что и у здоровых детей (4-5 мес)**
- b) В более поздние сроки (6-8 мес)
- c) В более ранние сроки (около 3 мес)
- d) Не раньше 10 мес

13). ПК-5 Первым продуктом прикорма у детей с атопическим дерматитом являются:

- a) овощи
- b) каши
- c) фрукты
- d) или овощи, или каши**

14). ПК-5 Вакцинация детей с аллергопатологией:

- a) Детей не вакцинируют
- b) Детей вакцинируют в стадии ремиссии аллергопатологии**
- c) Детей вакцинируют не ранее чем через 6 мес по достижении ремиссии по аллергопатологии
- d) Детей вакцинируют не ранее чем через 12 мес по достижении ремиссии по аллергопатологии

- 15) ПК-5 К сывороточным гидролизатам относят:
- a) Нутрилон Пепти Аллергия
 - b) Нутрамиген
 - c) Прегестимил
 - d) Фрисопеп АС

16) ПК-5 К казеиновым гидролизатам относят:

- a) Прегестимил
- b) Фрисопеп
- c) Алфаре
- d) Нутрилон Пепти Аллергия

Ситуационные задачи:

Задача 1.

ПК-5, ПК-6

МАЛЬЧИК 5 МЕСЯЦЕВ. Жалобы на высыпания с первого месяца жизни. Беременность, роды без патологии. С 2 месяцев проявления атопического дерматита на лице в виде сухости, гиперемии, зуд – умеренный. Осмотр педиатра: введен NAN ГА с 3 месяцев, без эффекта, лечение - фенистил гель, без эффекта. Формулировка диагноза. Диета

Ответ: атопический дерматит, младенческая фаза, легкое течение, период обострения. Рекомендован перевод ребенка на гидролизные смеси с дальнейшей консультацией аллерголога.

Задача 2.

ПК-5, ПК-6

МАЛЬЧИК 2 ГОДА. Жалобы на высыпания в течение последних 3 месяцев, в виде бляшечных высыпаний, без зуда, первоначально на лице, затем распространение на тело, конечности. В 1 год родители обнаружили аскариду, пролечен, контрольные анализы не сдавали. С 1 до 2 лет без обострения. Диета - строгая с исключением облигатных аллергенов, без четкой положительной динамики. Лечение: элидел с положительной динамикой, зиртек по 5-7 дней. Осмотр: обильные эритематозно-пятнистые высыпания на лице, наружной поверхности предплечий, бедер, без зуда. Диагноз -? Рекомендации по диете и лечению.

Ответ: учитывая клинико-anamnestически данные рекомендовано обследование ребенка на наличие глистно – паразитарной инвазии. До консультации аллерголога курс топических стероидов и антигистаминных препаратов.

Задача 3.

ПК-5, ПК-6

ДЕВОЧКА 3 МЕСЯЦА. Жалобы на высыпания в течение 1 месяца. Самочувствие не нарушено, находится на искусственном вскармливании (молочная смесь), фруктовое пюре. Наследственность: отец – псориаз. Осмотр: множественные эритематозно-бляшечные элементы, округлой формы с четкими границами, с шелушением в центре, локализация паховая область, лицо. Предположительный диагноз - ? Диета?

Ответ: предположительный диагноз – псориаз, с последующей консультацией дерматолога. Диета по возрасту.

Задача 4.

ПК-5, ПК-6

МАЛЬЧИК 2 МЕСЯЦА

Жалобы на высыпания на теле, конечностях в течение 1 месяца, общее беспокойство, особенно в ночное время, прибавки в весе - хорошие. Находится на грудном вскармливании, мать не соблюдает безмолочную диету. В семье - еще двое детей - здоровы. В 1,5 месяца ездили отдыхать на поезде. Наследственность: неотягощена. Осмотр: множественные папулезные папулы на теле, конечностях, подошвенных и ладонных поверхностях

Диагноз? Диета?

Ответ: предположительный диагноз – чесотка, диета по возрасту, рекомендована консультация дерматолога для дифференциальной диагностики дерматита.

Задача 5.

ПК-5, ПК-6

ДЕВОЧКА 7 ЛЕТ. Жалобы на высыпания в течение 2-3 месяцев, сниженный аппетит, периодические боли в животе, неустойчивый стул.

Наследственность: мать – атопический дерматит, отец - бронхиальная астма. Осмотр: на неизменном фоне кожных покровов множественные эритематозные бляшки с четкими границами на теле, конечностях, в периорбитальной области - эритема, шелушение, в крови - эозинофилия 15-25% в течение последних 6 месяцев. Диагноз?

Рекомендации

Ответ: предварительный диагноз: неуточненный дерматит на фоне глистно-паразитарной инвазии, предположительно лямблиоз, рекомендовано обследование на простейшие кал методом ПЦР, УЗИ органов брюшной полости, консультация гастроэнтеролога.

Контрольные вопросы:

1. Перечислите этиологические факторы атопического дерматита.
2. Классификация атопического дерматита согласно международным и национальным рекомендациям.
3. Особенности наружной терапии атопического дерматита у детей.
4. Основные классы топических глюкокортикоидов. Показания/противопоказания к применению.
5. Методы лабораторной и инструментальной диагностики атопического дерматита.

Хронокарта клинического практического занятия по теме: атопический дерматит у детей.

	На 2 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	4 мин
Тестирование	9 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	18 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и /	45 мин

или ситуационной задачи; отработка практических навыков	
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	9 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	5 мин

Рекомендуемая литература:

а) основная литература:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>
3. Кильдиярова Р.Р., Лабораторные и функциональные исследования в практике педиатра [Электронный ресурс] / Р.Р. Кильдиярова - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 192 с. - ISBN 978-5-9704-3391-1 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970433911.html>